

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. LAMBLA.

# O CHOROBIĘ GLÉNARD'A.

Podał

E. W. Zieliński,  
ordynator kliniki.

*(Praca nagrodzona na konkursie im. Helbicha).*

W S T Ę P.

W roku 1885 lekarz zdrojowy z Vichy D-r FR. GLÉNARD, na posiedzeniu lekarzy lyońskich wykazał, że należy wyodrębnić z wielkiej grupy t. zw. dyspepsy nerwowych „jednostkę chorobową nową, dotąd nieznaną“, a przedstawiającą jednakże cały określony zbiór objawów podmiotowych i cech przedmiotowych charakterystycznych, dotąd bądź nieobserwowanych, bądź też niezrozumiałych. Nową tę chorobę GLÉNARD nazwał „enteroptose“, z racji, że w niej skonstatować można, i klinicznie i anatomo-patologicznie, opadanie licznych trzewiów brzusznych ku dołowi, a przede wszystkim kiszek grubej, żołądka i dwunastnicy. Opadanie to jest zasadniczą przyczyną zjawiania się owych licznych stanów chorobowych, które dotąd odnoszono do dyspepsy nerwowych, jako pozbawionych gruntu realnego, anatomo-patologicznego, a więc będących tylko nerwicami. Nerwice te w świetle nowej teorii bywają rezultatem zakłócenia statyki trzewiów brzusznych i znajdują dla siebie

Pam. T. L. T. 91. Z. II.

16

Biblioteka Główna  
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

„zupełnie wystarczające pod każdym względem“, mechaniczne wytłómaczenie.

Czy zbyt ciężki wykład autora nowych poglądów, jego niczem nieopisana chęć szematyzowania, rozklasyfikowania i podporządkowania objawów chorobowych, czy zawiły opis anatomicznych stosunków kiszek i nieznany dotąd podział ich na nowe pętle, kąty i otwory — dość, że nowa teoria nie znalazła na razie dobrego przyjęcia, lecz przeciwnie—chłodne lub niemal lekceważące, nawet wśród rodaków autora. Bardzo też być może, że jednocześnie zjawiająca się hipoteza BOUCHARD'a, dotycząca tegoż przedmiotu, t. zw. teoria autoiutoksykacji organizmu przez wytwarzające się w takich stanach ptomainy i leukomains, — teoria oparta na najświeższych zdobyczach biochemii, a więc bardziej porywająca, — odciągnęła na razie uwagę lekarzy od teorii tylko mechanicznej, zbyt prostej, dla dzisiejszych umysłów. Że tak było, zdaje się wynikać ze słów DUJARDIN-BEAUMETZ'a, wypowiedzianych przezeń na jednym z wykładów: „dla objaśnienia dyspepsy neurastenicznych egzystują trzy hipotezy: nerwowa [BEARD'a], mechaniczna [GLÉNARD'a] i humoralna [BOUCHARD'a]. Ja dawno zrobiłem wybór, przyjmując teorię BOUCHARD'a, która moim zdaniem, ma wszystkie zalety, gdyż bardziej zgadza się z danymi fizyologicznymi i pozostawia mniej pola do hipotez“. A jednak czy to nie stek samych przypuszczeń, domagających się gwałtem sprawdzenia i ustalenia, takie np. opisanie owej „mało fantazyjnej teorii“? „Czynność żołądka, zahamowana długo-trwałą obecnością pokarmu, prowadzi do powstawania ptomainów. Ptomainy te, dostając się z kiszek do krwi, warunkują pojawienie się najróżnorodniejszych objawów, jakie spotykają się u chorych dotkniętych rozstrzenią żołądka [neurasteników]. Gdy rozstrzeń żołądka powoduje nadmierne wytwarzanie się alkaloidów, to w rezultacie tegoż zjawia się przekrwienie wątroby, jako objaw wtórny; wskutek zaś powiększenia tym sposobem wątroby, nerka prawa odciska się ku dołowi, wreszcie uruchamia zupełnie“. Zapewne hipoteza to pociągająca, jeżeli się nie zapytać: a zkad się wzięła ta rozstrzeń pierwotna żołądka, nieod-

zowna dla fermentacyi, ile i jakie to alkaloidy wytwarzają się przy rozstrzeniach, czy przekrwienie wątroby istotnie może być dostateczną siłą dla zepchnięcia nerki?

Te to pytania musiały się nasuwać jednak pewnej liczbie lekarzy francuzkich, skoro niewszyscy za przykładem BEAUMETZ'a, dawno zrobiwszy wybór, uznali niższość teoryi GLÉNARD'a. Wkrótce po wystąpieniu GLÉNARD'a [1887 r.] FÉRÉOL, wsparty 200-tu obserwacyami zgodnemi z opisem, danym przez twórcę nowej teoryi, — potwierdził ją i rozgłosił, poczem posypały się liczne dysertacye doktorskie, oparte na obserwacyi bądź pojedynczych przypadków, bądź też kilkunastu naraz, a wszystkie one były tylko potwierdzeniem, niemal dosłownem powtórzeniem wywodów GLÉNARD'a. Nieliczne głosy [FROMONT] odzywały się, że „te enteroptozy, te enterostenozy mają tylko techniczne znaczenie i nie odpowiadają ani jednemu z faktów, konstataowanych przez nas na trupie“. Mimo te głosy, nowa choroba zdobyła sobie snąć prawo obywatelstwa we Francyi, skoro enteroptozę GLÉNARD'a umieścił BOUVERET w swym podręczniku chorób żołądka (*Traité des maladies de l'estomac. Paris. 1893, p. 361—380*), jako odrębną postać nozologiczną.

Jeżeli przyjęcie nowej teoryi znajdowało silny opór we Francyi, trudno się dziwić, że w Niemczech teorya ta spotkała się z niedowierzaniem i zarzutami. Dla uczonych, zajętych sporami o dokładność określenia 0,001% wolnego kwasu chloro-wodorowego, wydać się mogła ta bez badań chemicznych, bez zglębniaka nawet zbudowana teorya, czemś cuchnącem pleśnią starości. Prócz tego oparła się ona również na tak makroskopowych zmianach anatomo-patologicznych, których oko nowoczesnego prosektora, przywykłe do ograniczonego pola drobnowidzowego, objąć naraz już nie było wstanie. Ztąd znów podejrzliwość wśród tych, o których mówił HYRTL, że zastąpili skalpele mikroskopem „und mit Vergrößerungsgläse arbeiten oder tändeln“. Mimo nawet niesprzyjające warunki, mimo początkowo lekceważące zdanie EWALD'a, teorya ta i w Niemczech pomalą zdobyła sobie prawo obywatelstwa, dzięki uwzględnieniu enteroptozy, jako nowej jednostki chorobowej w po-

dręczniku chorób żołądka BOAS'a [Lipsk. 1893],—nawet w końcu, w ostatnim wydaniu podręcznika EWALD'a. Najgorętszym jednak jej rzecznikiem w Niemczech był MEINERT, chcący enteroptozą objaśnić powstawanie bladaczki (*chlorosis*), samą zaś enteroptozę zrobić zależną od gorsetu i sznurowania.

Dość jednak przejrzeć dołączone do pracy MEINERT'a fotografie chorych, aby rozwiać wszelkie w tej mierze złudzenia; autor widział enteroptozę nie u chlorotyczek, lecz widział anemię i wychudnięcie u enteroptozą dotkniętych dziewcząt. Zaledwie dwie lub trzy pacjentki mają typ chorych blednicowych.

Niezależnie zupełnie od GLÉNARD'a, w Niemczech LANDAU przyszedł do podobnych wniosków, uważając ciężce częste i porody za główną przyczynę opadnięcia wątroby i nerki.

Wreszcie u nas nowa choroba GLÉNARD'a poznana została w 1889 r., dzięki podanemu przez CHŁAPOWSKIEGO streszczeniu jej w Nowinach lekarskich, ostrej krytyce DUNINA w odczycie: „O habitualnem zaparciu stolca“, w końcu z jej opisu [według MEINERT'a] w podręczniku chorób żołądka JAWORSKIEGO.

Że sprawa ta, mająca w sobie jeżeli nie całą, to dużo prawdy, sprawa na czasie, dowodem tego ta obfita literatura, którą bezpośrednio lub pośrednio nowa teoria powołała do życia, a którą poniżej przytaczam.

1) ASTROS. Dilatation de l'estomac avec rétrécissement secondaire du pylore. Marseille méd. N. 12. 1888.

2) BLANC-CHAMPAGNAC. Dilatation de l'estomac. Thèse de Paris. 1890.

3) BLOCQ. La neurasthénie. Gaz. des Hôpit. 1891. 18 avr.

4) BOUVERET. La neurasthénie. Province méd. 1889. 19 octob.

5) BRAUNE. Sur la mobilité du pylore et du duodénum. Revue de Hayem. 1874.

6) BOAS. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig. 1893. Bd. II, p. 79 etc.

7) BOUVERET. Traité de maladies de l'estomac. Paris. 1893, p. 361—380.

8) CUILLET. Étude clinique sur l'entéroptose ou maladie de GLÉNARD. Gaz. d. Hôpit. 1888, p. 911, 941, 968 i 1889. N. 105.

- 9) **CHÉRON.** De l'entéroptose. Union méd. 1888. 20 Decembr.
- 10) **CHÉRON.** La méthode d'exploration de l'abdomen par les procédés de **M. GLÉNARD.** Union méd. 1889. 3 janv.
- 11) **CHAPOTOT.** L'estomac et le corset. Paris. 1892.
- 12) **CHAPUT.** Considérations sur le traitement de l'occlusion intestinale. France méd. 1888, p. 1794.
- 13) **CLOSIER.** De la dilatation primitive de l'estomac (par l'attitude verticale). Rev. de clin. et therap. 1888. N. 40.
- 14) **COUTARET.** Dyspepsie et catarrhe gastrique. Paris. 1890.
- 15) **CZŁAPOWSKI.** O rozpoznawaniu niektórych zbroczeń w położeniu jelit i o zapobieganiu ich skutkom. Nowiny lekarskie. 1889. Grudz. Str. 592—600.
- 16) **DANLOS.** Dilatation de l'estomac et du duodenum sans obstacle. Soc. méd. des Hôp. de Paris. 1887. 12 août.
- 17) **DUJARDIN-BEAUMETZ.** La neurasthénie et dilatation d'estomac. Bull. médic. 1889, p. 1380.
- 18) **DUJARDIN-BEAUMETZ.** La neurasthénie gastrique. Bull. gén. de therap. 1889, liv. 44.
- 19) **DUNIN.** O habitualnem zaparciu stolca. Odczyty kliniczne. 1890, str. 12.
- 20) **EWALD.** Ueber Enteroptose und Wanderniere. Berl. klin. Woch. 1890. N. 12 und 13.
- 21) **EWALD.** Klinik der Verdaungs-krankheiten. III Auflage. Berlin. 1893. II Bd. Seit. 536 etc.
- 22) **FÉRÉOL.** De l'entéroptose. Bull. de la Société méd. des Hôp. 1887. 5 janv. et 1888. 12 nov., p. 499—509.
- 23) **FROMONT.** Portion sous-diaphragmatique de tube digestive. Thèse de Lille. 1890.
- 24) **GLÉNARD Fr.** Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Paris. 1885.
- 25) **GLÉNARD.** Enteroptose et neurasthénie. Soc. méd. des Hôp. de Paris. 1886. 15 mai.
- 26) **GLÉNARD.** A propos d'un cas de neurasthénie gastrique (Entéroptose traumatique). Province méd. 1887. 16 avr.
- 27) **GLÉNARD.** Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose. Lyon méd. 1887, juin.
- 28) **GLÉNARD.** De l'entéroptose, conférence faite à l'hôpital de Mustapha (Alger) Lyon. 1889.
- 29) **GLÉNARD.** De la maladie du rein mobile (entéro-néphroptose). Communic. à la Société de méd. de Lyon. 1885. 16 nov.
- 30) **GLÉNARD.** Indication de la néphrectomie. Lyon méd. 1885. november.
- 31) **GLÉNARD.** Note sur la sangle pelvienne. Province méd. 1887, p. 125.
- 32) **GLÉNARD.** Note sur l'exploration manuelle du rein mobile. Gaz. hebd. 1889.

- 33) GLÉNARD. Sur le livre de Coutaret. Lyon. méd. 1890.
- 34) GRATIA. Du reccourcisse de l'intest. dans la cirrhose atroph. du foie. Sem. med. 1890.
- 35) GUÉNIOT. Prolapsus graisseux de l'abdomen. Arch. génér de méd. 1878.
- 36) GUÉNIOT. Prolapsus parietovisceral. Arch. génér. de méd. 1885.
- 37) GYON. Exploration manuelle du rein. Gaz. méd. 1889. 8 Fev.
- 38) JAMES-ISRAËL. Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren. Berl. klin. Woch. 1889. N. 9.
- 39) JAWORSKI W. Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1893. Str. 157 etc.
- 40) JONESCO. Sur l'anatomie topograph. du duodenum. Progr. méd. 1889. 9 mars.
- 41) JULLIEN. De la dilatation de l'estomac. 1889. Paris.
- 42) KAPLAN. Contribution à l'étude de l'entéroptose. These de Paris. 1889.
- 43) KUTTNER. Ueber palpable Nieren. Berl. klin. Woch. 1890. N. 15 i 17.
- 44) KREZ. Zur Frage der Enteroptose. Münch. med. Woch. 1892. N. 35.
- 45) LEMOINE. Pathogénie de la neurasthénie. Annal. de méd. 1888.
- 46) LEVILLAIN. La neurasthénie. Paris. 1891.
- 47) LANDAU. Die Wanderniere der Frauen. Berlin. 1881.
- 48) LANDAU. Die Wanderleber und der Hängebauch der Frauen. Berlin. 1885.
- 49) LITTEN. Ueber den Zusammenhang der Magenerkrankungen mit Lageveränderungen der rechten Niere. Verhandl. des VI Congr. für innere Med. 1887.
- 50) LINDNER. Ueber die Wanderniere der Frauen. Neuwid. 1888.
- 51) MÜLLER-WARNECK. Ueber die widernatürliche Beweglichkeit der rechten Niere und deren Zusammenhang mit Magenerweiterung. Berlin. klin. Woch. 1880. N. 30.
- 52) MALBRANE. Ein complicirter Fall von Magenerweiterung. Berl. klin. Woch. 1880. 28.
- 53) MATHIEU. Entéroptose. Revue des sciences méd. 1889, p. 314—321.
- 54) MONNIER. Troubles gastriques dans neurasthénie. Paris. 1890.
- 55) MEINERT. Zur Aetiologie der Chlorose. Verhandlungen der X Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Nürnberg. 1893. Wiesbaden. 1894.
- 56) MEINERT. Ueber Enteroptose. Sonderabdruck aus dem Jahresbericht des Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden. 189 $\frac{1}{2}$ .
- 57) OBLANDEN. Ueber Wanderniere. Diss. inaug. Bonn. 1891.
- 58) POLTOWICZ. Contribution à l'étude de la maladie de GLÉNARD. Diss. inaug. de Lausanne. Genève. 1892.

- 59) POURCELOT. De l'entéroptose. These de Paris. 1889.  
 60) ROSENHEIM. Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates. II Th. Wien—Leipzig. 1893. Str. 478—490.  
 61) SANCTIS. Sulla malattia di GLÉNARDI. Napoli. 1888.  
 62) SANCTIS. Sulla neurasthenia. Milano. 1890.  
 63) SCHÜTZ. Wanderniere und Magenerweiterung. Prag. med. Woch. 1885. 15 jan.  
 64) WEILL. Du reflux permanent de la bile dans l'estomac. Lyon. 1890.  
 65) TRASTOUR. Les déséquilibres du ventre, entéroptosiques et dilatés. Paris. 1892.  
 66) ZIELŃSKI E. W. Ueber das Herabsinken des Colon transversum. Bericht über VI Versammlung polnischer Aerzte und Naturforscher zu Krakau. 1891. Aertzlicher Centr. Anzeiger. 1891. Oct.

---

## CZĘŚĆ I-a.

### Enteroptoza według Glénard'a.

#### A) Cechy podmiotowe.

Chory, dotknięty enteroptozą, o typowym jej i kompletnym przebiegu, zwykle uskarża się, że między drugą i trzecią godziną po jedzeniu przed laty kilku doznawał wzdęcia, odbijania, bólu w dołku, zgagi i senności. Użycie dwuwęglanu sodu lub wody VICHY usuwało zawsze dawniej wszystkie te dolegliwości. Od niejakiego wszakże czasu zjawiać się zaczęły: wzdęcie, ciężkość w dołku, osłabienie, zaparcia stolca, ściskanie w gardle, kurcze w brzuchu, rżnięcie po kiszkach, uczucie jakby próżni w brzuchu i fałszywego głodu. Wszystkie te dolegliwości trapią chorego obecnie również w jakieś 2½ godziny po przyjęciu pokarmu, szczególnie po obiedzie. Często towarzyszy im nagłe osłabienie, bladeść twarzy, zawrót głowy, przygnębienie ogólne, rzadko zwracania kwaśne lub też ze smakiem spożytych potraw. Stan taki trwa czasem godzinę, czasem dwie, tylko niekiedy ustaje już po pół godziny. W chwili zjawiającej się ulgi chory doznaje wrażenia, jak gdyby pokarm nagle przeszedł przez jakąś wewnętrzną przeszkodę.

Częstokroć ulga następuje z chwilą, gdy się choremu raz i drugi odbije. Również sprawiają znaczne polepszenie, a niekiedy zupełne ustanie bólów, położenie się chorego na bok lewy lub na wznak, a także ucisk pięścią na śródbrzusze (*mesogastrium*). Przytem chory sypia źle, budzi się między drugą a czwartą rano, ma stałe zaparcia stolca, zimne kończyny, szczególniej nogi, miewa bóle międzybrowe i niekiedy w kończynach. Ostatnimi czasy wszystkie te objawy uległy wzmożeniu. Pomimo ścisłej diety, chory cierpi więcej i dłużej niż przedtem; zmniejsza codzienną ilość pokarmów, ogranicza je do *minimum*, radby żyć bez jedzenia, aby tylko nie cierpieć. Na czczo nie doznaje żadnego bólu, tylko słabość, czczość, która go zmusza jednak do jedzenia zaraz, jak tylko wstanie z łóżka. Jedzenie na razie usuwa mu tę niemiłą sensację, ale w 1½ godziny potem i to tem szybciej, im mniej jadł, uczuwa znów ciężkość, ściskanie w dołku, osłabienie i rozstrój nerwowy, płacze przy najmniejszym wzruszeniu, często dostaje szumu w uszach [szczególniej w lewym], bólu głowy i zawrotu. Prócz tego zauważył szybkie schudnięcie, zbladł i zeżółkł; oddychać mu trudno, robi to ze świadomością, doznaje bicia serca, musi większą część doby przeleżeć na kanapce lub w fotelu.

Taki jest szereg skarg chorego w ostatnim peryodzie enteroptozy.

Skargi te według GLÉNARD'a powinno się rozklasyfikować stosownie do ich wartości na następujące trzy grupy:

1) Objawy CHOMEL'a jako to: wzdęcie, kwasy i bóle <sup>1)</sup>.

2) Objawy śródbrzusza (*Symptômes mésogastriques*), jakoto: ociężałość, pełność, czczość, uczucie słabości, opadania czegoś w brzuchu, targania, ściskania, ssania, łaknienia.

3) Objawy waporów (*Symptômes vapeurux*) duszność, niepokój, nagłe gorąco i t. d..

---

<sup>1)</sup> Nazwa pochodzi ztąd, że te trzy objawy stanowiły według CHOMEL'a istotę dyspepsy.



Wymioty, bóle głowy, zawroty, bicie serca, brak łaknienia i t. d., stanowią raczej objawy wikłające niestrawność nerwową, niż jej cechy charakterystyczne.

Podział taki zdaniem GLÉNARD'a ma swoją rację bytu: objawy CHOMEL'a i śródbrzusze stoją zawsze w związku z przyjęciem pokarmów co do czasu i jakości. Występują w  $1\frac{1}{2}$ —3 godziny po jedzeniu, prędzej i silniej po pewnych pokarmach [tłuszczach, mącznych pokarmach, surowiznach]. Przeciwnie objawy waporowe zjawiają się zaraz po jedzeniu i nie stoją w żadnym związku z rodzajem spożytego pokarmu. Co więcej, objawy ostatniego rodzaju zwykle bywają właściwością płci żeńskiej, gdy dwie pierwsze grupy objawów mogą napastawać zarówno mężczyzn, jak i kobiety, częściej nawet pierwszych. Klasyfikacja ta ma też swą podstawę i dlatego, że przyczyny każdej z owych trzech grup są różne, a i w przebiegu cierpienia grupy owe występują u chorych w różnym czasie i mogą służyć do ustalenia peryodów choroby o czem będzie mowa niżej.

Ostatecznie GLÉNARD daje następującą tablicę klasyfikacyjną objawów niestrawności nerwowej:

A) *Cechy gatunkowe niestrawności pierwotnej.*

- 1) Objawy niestrawności nawykowej tylko po jedzeniu.
- 2) Zupełne zdrowie naczczo.
- 3) Brak wszelkiego umiejscowienia.

B) *Cechy rodzajowe.*

|  |   |                        |   |   |   |              |
|--|---|------------------------|---|---|---|--------------|
| I. Dłuższy czas po jedzeniu w związku z pewnymi pokarmami. | } | Objawy CHOMEL'a        | } | wzdęcie                                     | } | Typy męskie. |
|  |   |                        |   |   |   |              |
|  |   |                        |   | kwasy                                       |   |              |
|  |   | Objawy mezogastryczne. |   | pełność, ociążałość,                        |   | }            |
|  |   |                        |   | ściskanie, darcie,                          |   |              |
|  |   |                        |   | skurcz przełyku, osłabienie, uczucie zawady |   | }            |
|  |   |                        |   | uczucie próżni, wilczy głód                 |   |              |

|  |   |                |   |   |   |            |
|--|---|----------------|---|---|---|------------|
| II. Zaraz po jedzeniu bez związku z pokarmami. | } | Objawy waporów | { | wzdęcie<br>duszenie<br>niepokój<br>duszność | } | Typ żeński |
|--|---|----------------|---|---|---|------------|

III. Kombinacya obn typów stanowi typ mieszany.

C) *Cechy specjalne* [albo wyróżniające dla odmian i pododmian, a nawet jednostek; jeszcze nierozklasyfikowane].

I. Objawy blizkie narządom trawienia:

Wzdęcie, napęcznienie, zamulenie, brak łaknienia, heterophagia, niesmak, nudności, wymioty, niestrawność po niektórych pokarmach, odbijania czeze, kurcze, zgaga, biegunka i zaparcie, zjawiające się naprzemian.

II. Objawy oddalone:

Senność, zmęczenie, zawroty, bóle głowy, bóle nerwowe, szum, bicie serca, kaszel, chrypka, osłabienie, przygnębienie, niemoc, drażliwość, bezsenność, gorączka w nocy, poty, bezkrwistość, neurastenia, hypochondrya, histerya i t. d.. Tym to objawom podmiotowym towarzyszyć zwykły następujące:

Cechy przedmiotowe.

Chory zwykle jest szczupły, chudy; cerę ma nieco ołowianą, bladą, lekko żółtaczkową (*subicterique*) w chwili ataku niedyspozycyi żółdkowej t. j. w trzy godziny po jedzeniu; wówczas też i bruzda nosowo-wargowa (*sulcus nasolabialis*) odznacza się wyraźniej na twarzy przez swe bledsze lub bardziej żółte zabarwienie, chory przytem ma wyraz smutku i przygnębienia.

Język zazwyczaj dobry, zaledwie obłożony u nasady, bładny, rozplaszczony, ze śladami odcisniętych zębów po brze-

gach, niekiedy poorany w bruzdy, ciągnące się od przodu ku tyłowi.

Tętno drobne, regularne, niekiedy bardzo wolne, najmniejsza zmiana w położeniu ciała może je zmienić o 10 do 20 uderzeń.

Skóra cienka i mięka, często sucha.

Brzuch w położeniu poziomem wiotki, flakowaty, rozplaszczony, przelewający się, lub też w postaci klepsydry z wklęsłością poprzeczną, przechodzącą przez pępek.

Przy ostukiwaniu, wszędzie z wyjątkiem prawego boku i przedniej części prawego podżebrza i dołyzka, czasami też i części lewego podżebrza, słyhać przytępienie (*submatité*).

Przy badaniu chorego między drugą a siódmą godziną po jedzeniu można słyszeć wyraźny szmer pluskania (*le bruit de clapotement*) przy ruchach kręgosłupem lub przy wstrząsaniu raptownem dwoma rękami okolicy nadpępkowej.

Ucisk brzucha bywa zwykle bolesnym poniżej pępka, rzadko wyżej na dwa palce, na brzegu dziewiątego żebra po stronie prawej i w podżebrzu prawem.

Prócz tego zapomocą wymacywania odkryć można następujące cechy przedmiotowe:

1) *Battement epigastrique*, uderzenia współczesne z tętnem bardzo wyraźne, niekiedy odczuwane przez chorego w chwilach wzruszenia i bólu głowy. Niekiedy prócz tego uczucia, chorzy nskarżają się, że czują jak wszystkie tętna w nich biją. Uderzenia te w *epigastrium* czasami bywają widoczne, a nawet brane przez studentów za tętniaki (jestto „*anévrisme des étudiants*“). Wyczuwają się zawsze najlepiej po stronie lewej od linii środkowej ciała na przestrzeni 2—5 ctm., ograniczonej od góry brzegiem IX żebra, od dołu pępkiem. Na wysokości pępka linia tętnienia nagle się urywa, niekiedy jednak na parę centymetrów poniżej znów się wyczuć daje tętnienie aż do *promontorium*. Oczywiście ze względu na swe położenie i właściwości, wyczuwane uderzenia zależą li tylko od tętnienia aorty brzusznej.

2) Sznur poprzeczny (*Corde colique, transverse*) wyczuwalny w postaci małej odpornej masy „o 2 ctm. ponad pępkiem“, położony na przedniej części aorty i przenoszący znakomicie jej tętnienie. Jestto wałek „spłaszczony, 2 ctm. szeroki, 1—2 ctm. gruby, o kierunku poprzecznym, prostopadłym do pionu aorty. Dość łatwo daje się przesuwac ku dołowi, wymyka się z pod palców przy chęci uniesienia go ku górze. „Ten wążki sznur jest niczem innym jak tylko kiszka grubą“ konkluduje GLÉNARD. Ucisk na sznur ten sprawia ulgę chorym, niektórzy chcąc dobrze spać, uciskają go sami przez podłożenie ręki w kułak ściśniętej, czasami wszakże przeciwnie ucisk nań wywołuje duszność i ból.

3) Sznur lewostronny (*Cordon iliaque gauche*) wyczuwalny, jako równoległy więzowi lewemu POUPART'a wałek, wężki i twardy, 4—6 ctm. długi. Jestto skurczone *S.-Romanum*.

4) *Boudin coecal* [tłomok(?) kiszki ślepej] wyczuwa się w części pachwinowej prawej brzucha, nieco ku wewnątrz, jako ciało cylindryczne, 4—5 ctm. w średnicy mające. Ucisk nań sprawia chorym często uczucie ukłócia niekiedy nawet bolesnego, zwykle niemilego, przytem stale daje się słyszeć ciche burczenie (*gargouillement*).

5) Kał zwykle bobkowaty lub taśmowaty (*scibaliques ou rubanées*), pokryty często śluzem, suchy i twardy.

Chcąc wytłómaczyć sobie owe sznury i kształt kału, owe zmatowanie dźwięku wypukowego brzucha, trzeba przypuścić skurczenie się kiszek, a przedewszystkiem grubej i mniejszą zawartość lub nawet brak w niej gazów [za wyjątkiem kiszki ślepej i żołądka], jednym słowem trzeba podejrzewać ogólne chroniczne skurczenie kiszek „*enterosténose généralisée chronique*“.

Zmniejszenie zaś ilości gazów w kiszkiach i ich skurczenie, oczywiście podnieść musi ich wagę względną i ułatwić im opadanie ku dołowi, wyciąganie odpowiednich wiązadeł, ściąganie złączonych tymi więzami z kiszka narządów, jednym słowem wytworzyć „*enteroptose*“ et „*splanchnoptose*“.

Czy przypuszczenie to potwierdzają sekcyje, to się pokaże w zmianach anatomo-patologicznych, znajdujących przy autopsjach czterdziestu osobników.

### Zmiany anatomo-patologiczne.

Zmiany te obserwować można u osobników dotkniętych enteroptozą, a zmarłych wskutek jakiejś innej choroby, mimo bowiem liczne cierpienia, sprawa ta śmiercią kończyć się nie zwykła.

Otóż wogóle przy badaniach pośmiertnych można bardzo często spotkać się z następującym obrazem:

Kolano zstępujące kiszki grubej i lewa część poprzecznicy znajdują się zwykle na swoim miejscu, przeciwnie zaś prawy odcinek poprzecznicy i kolano wstępujące, często ulegają opadnięciu, aż do ości kości miednicowej (*spina ossis ilei*). Przytem zwykle kiszka gruba bywa skurczoną do grubości niekiedy palca, za wyjątkiem kiszki ślepej, tworzącej wzdętą „ampulę“; częstokroć podobnegoż rodzaju *ampulae* przerywają ciągłość ogólnie skurczonej kiszki. Zwężenie to kiszki może też zacząć się odrazu od *coecum*, które bywa wówczas niewiększe od jaja, i ciągnąć się aż do odbytu, Jednocześnie poprzecznica się obniża tworząc literę V, a przeto cała kiszka gruba przyjmuje kształt litery M. Żołądek przytem i wątroba bywa też obniżoną, brzeg prawy wątroby może osiągnąć *spinae iliacae* „bez przerostu“, wielka zaś krzywizna żołądka *junctionae sacro lumbalis*; mała krzywizna również się opuszcza, odstawiając aortę, natomiast część odźwiernikowa pozostaje w zwykłym miejscu i tylko bardzo rzadko ulega opuszczeniu [jak w jednym przypadku aż do *promontorium*].

Obniżenie żołądka *in toto* pociąga za sobą opadnięcie dwunastnicy lub też jej rozciągnięcie w postaci pochwy. *hiatus Winslowii* bywa wówczas wydłużony, *lig. gastro hepaticum* napięte, a *ductus choledochus* ścieśniony. Zmiany te stają się jeszcze większe przy odciągnięciu nerki prawej, która się uruchamia [5 przypadków], rzadziej znacznie opada nerka lewa, a jeszcze rzadziej obiedwie i śledziona. Często

natomiast widzieć się dają nieprawidłowe zrosty, ciągnące się od powierzchni dolnej wątroby do żołądka i dwunastnicy, a także pęcherzyka żółciowego, który przytem bywa odwarstwiony od swego swobodnego brzegu i zwisa w kształcie szpica aż do kiszki; kształt taki i ścieśnienie *ductus choled.* muszą sprzyjać oczywiście powstawaniu kamieni żółciowych.

Dane te anatomo-patologiczne potwierdzają w zupełności domniemania przyżyciowe o opadnięciu i zwężeniu kiszek, o enteroptozie i enterostenozie, dodając przytem fakty nowe, dowodzące częstej współbytności opadnięcia nerki (*nephroptosis*), wątroby (*hepatoptosis*) i śledziony. Oczywiście więc i te zniszczenia organów trawiennych powinnyby były wejść w opis objawów przedmiotowych. Że jednak zboczenia te niestale towarzyszą typowej enteroptozie i że same wyjątkowo tylko [przez hydronefrozę, okluzję i t. d.] są przyczyną nowych objawów chorobowych, więc też dlatego pominiętymi zostały, zarówno jak i czasami przytrafiające się przy enteroptozie opadnięcia macicy, pochwy, pęcherza moczowego i kiszki stolcowej.

Wszystkie te opadnięcia, jakkolwiek zależne od enteroptozy, wszakże mogą przy niej zupełnie nie istnieć.

Aby jednak należycie ocenić wartość opadnięcia kiszek, zdaniem GLÉNARD'a, trzeba zdać sobie dokładną sprawę ze sposobu, w jaki bywa kanał pokarmowy ulokowanym normalnie.

### A n a t o m i a   n o r m a l n a .

Przewód pokarmowy może być podzielony na sześć pętlic (*anse*):

- 1) pętlicę żołądkową (*anse gastrique*), zawieszoną zgóry uadół i ze strony lewej ku prawej;
- 2) pętlicę dwunastnicową (*anse duodenale*), opisującą podkową, otworem swym zwróconą ku górze;
- 3) pętlicę jelitową (*anse ileo-colique*), obejmującą sobą jelito cienkie, kiszkę ślepą i wstępującą;

4) pętlicę poprzecznicową (*anse transverse*), tworzącą wskutek podniesienia części środkowej poprzecznicy przez *omentum*, dające rodzaj *liq. pyloro-colique*, dwie właściwie pętlice (*anse costo-sous-pylorique, et sous-pylori costale*) skierowane od strony prawej ku lewej;

5) pętlicę biodrową (*anse colo-sigmoidale*), utworzoną przez kışzkę zstępującą i *S-romanum*.

Z tego wynika, że w miejscach zetknięcia się jednej pętlicy z drugą, tworzy się tyleż t. j. sześć zagięć lub kątów, gdzie krążenie miazgi pokarmowej doznawać musi pewnej przeszkody.

Kąty te i znajdujące się w nich otwory są następujące:

1) otwór żołądkowo-dwunastnicowy (*orifice gastro-duodenal*), na wysokości 12-go kręgu naprawo od odźwiernika,

2) otwór dwunastnicowo-jelitowy (*or. duodeno-jejunal*), w *fossa duodeno-jejunalis*,

3) otwór jelitowo-podżebrowy prawy (*or. colique sous-costal droit*), t. zw. *flexura hepatica*,

4) otwór jelitowo-podżebrowy lewy (*or. colique sous-costal gauche*), t. zw. *flexura lienalis*,

5) otwór biodrowo-prostnicowy (*or. sigmoïdo-rectal*) w miejscu *S-romanum* w *rectum*, wreszcie

6) otwór pododźwiernikowy poprzecznicy (*or. sous-pylorique du transverse*) w miejscu gdzie *lig. pyloro colicum* obejmuje poprzecznicę i unosi ją ku górze.

Miejsca otworów tych odpowiadają miejscom największego umocowania wyżej wymienionych pętl. Oczywiście opuszczenie tych ostatnich musi pociągać za sobą zciągnięcie otworów, ich zwężenie, a nawet zupełne ich zamknięcie. Najmniej na tego rodzaju ewentualność wystawionym jest otwór podżebrowy prawy, dzięki luźnemu przyczepowi kąta kışzki wstępującej i poprzecznicy w podżebżu prawem, to też obciążenie pętlicy poprzecznej wywołać może raczej opadnięcie ku dołowi kąta i otworu tego, niż jego zwężenie, co też badanie pośmiertne stale potwierdza.

## Fizjologia patologiczna.

Opadająca poprzecznicą pociąga za sobą ku dołowi żołądek, szczególnie w miejscu przyczepu *lig. pylorico colici*; pociąganie to zaś wywołuje obniżanie się części podatnej żołądka, gdy część bardziej umocowana *orificium duodeno pyloricum* pozostaje w większości przypadków na miejscu; oczywiście prowadzi to do względnego zwężenia tego otworu, załamywania się pod kątem krzywizny małej i utrudnienia przez to wydalania pokarmów przez żołądek (*atonia*). Bezpośredni następstwem tego zjawiają się: ociężałość, wzdęcie, zgaga oraz owe chlupanie, powstające wskutek zatrzymywania się dłuższego pokarmu i gazów w części obwisłej żołądka. Dalsze następstwo jest to zmiana w opróżnianiu się dwunastnicy. Kiszka ta normalnie w czasie trawienia żołądkowego pozostaje nieruchomą, flakowatą [ROSSBACH], aby tym sposobem zapobiedz wypływowi gromadzących się w niej żółci i soku trzustkowego. Z chwilą wszakże gdy pierwsze porcje miazgi pokarmowej opuszczają żołądek, dwunastnica kurczy się pod wpływem tego bodźca z góry (*vis a tergo*), jednocześnie zaś kiszka cienka uniesiona ku górze gazami podnosi się dla zetknięcia się ze światłem dwunastnicy i dzięki temu przeszkoda normalna, jaką jest otwór *duodeno jejunalis*, przewyciężoną zostaje. Inaczej się dzieje przy enteroptozie: tu bodziec od góry idący jest osłabionym, przeszkoda zaś dolna wzmożoną, kurczliwość *duodeni* jest mniejszą z powodu, że żołądek, uległy *atonii*, wydziela tylko małe ilości pokarmu i to znacznie później, niż normalnie [po 2—3 godzinach] i w znaczniejszych odstępach czasu. Przez to dwunastnica wyczerpuje się przy tych powtarzających się pobudzeniach, tem więcej szkodliwych, że kiszka musi się kurczyć przy małej masie miazgi, a więc kurcze te muszą być silniejszymi, co się utrudnia niekiedy tem jeszcze, że kiszce częstokroć zruszonej brak należytego oparcia (*prolapsus duodeni*). W rezultacie wszystko to prowadzi do atonii dwunastnicy, co znów powiększa atonię żołądka, przez wyciąganie i ugniatanie otworu *duodeno-jejunalis*; opróżnianie się żołądka stanie się przez to jeszcze trudniejszym, co musi w koń-



cu doprowadzić do rozstrzeni tego organu. Jednocześnie obniżanie się dwunastnicy może pociągnąć za sobą zaciśnięcie przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*), najprzód chwilowe, potem stałe, co powoduje zastoinę żółci [cerę podżółtaczkową], potem zmniejszoną jej wydzielinę [wypróżnienia szarawe dyspeptyków późnego okresu]. Toż same opadnięcie prawego odcinka poprzecznicy powoduje opuszczanie się wątroby i nerki, przez targanie zrostów peritonealnych powyższych organów z kiszka grubą, powoduje też tworzenie się, w miejscu załamania się кишки wstępującej w poprzecznicę, guzów kałowych (*tumores stercorales*) i napadów kolki, podobnych niezwykle do napadów kolki wątrobianej; lecz napady te jako stojące w związku z pokarmem [zaraz po jedzeniu] i ustępujące przy lekkim masażu zasługują na wyróżnienie pod nazwą „*coliques hypocondriques*“. Wskutek opadania wszystkich organów ku dołowi, górna część brzucha stopniowo musi zakłęsać, gdy dolna się wypukla; przyczem niektóre narządy przedtem przykryte kiszka i niedostępne przeto wymacywaniu, obecnie przy enteroptozie łatwo wyczuć się dają, jak np. tętnienie aorty (*battement epigastrique*). Zjawiające się dla tych samych przyczyn [opadania i złączonego z niem ściągnięcia kiszek] zmniejszenie napięcia wewnątrz-brzusznego musi oczywiście stać się przyczyną wielu objawów podmiotowych, jako to: słabości, bicia serca i t. d.

Wogóle można śmiało twierdzić, że: 1) objawy CHOMEL'a zależne są tylko od atonii żołądka, 2) objawy mezogastryczne stoją w zależności od enteroptozy, 3) objawy waporów są to objawy, mające wytlómaczenie w ściskaniu się gorsetem, 4) objawy neurasteniczne wreszcie zależą od zmniejszenia ciśnienia wewnątrz-brzusznego.

Że takie jest pochodzenie każdej z tych grup, przekonać się łatwo przez wykonanie doświadczenia z pasem. Unosząc zapomocą pasa wszystkie trzewia ku górze, znosi się wszelkie objawy mesogastryczne; wywołując jednocześnie ucisk na tęż okolicę, usuwa się objawy neurasteniczne, przenosząc natomiast ucisk na *epigastrium* i podżebrza, wywołuje się objawy waporowe, lub też je się usuwa przez zdję-

cie gorsetu lub sznurówki, u chorej dotkniętej enteroptozą. Przeciwnie objawy CHOMEL'a przy tych wszystkich eksperymentach pozostają niezienne, chory doznaje dopiero ulgi nich po odbiciu się, lecz to odbicie się nie dowodzi, aby gazy nagromadzone w żołądku były przyczyną objawów; przez podanie choremu środka zmniejszającego ilość gazów bynajmniej ulgi się nie otrzymuje. Przyczyna więc nie w nich się mieści, lecz leży w samym żołądku, w niedostatecznej jego kurczliwości; dość podać kieliszek koniaku, wody zimnej lub gorącej, aby otrzymać efekt stokroć większy, niż od środka pochłaniającego gazy, pod tym bowiem bodźcem żołądek się nagle kurczy i ulga następuje momentalna.

### F) Przebieg.

W przebiegu cierpienia enteroptozy można wykazać trzy następujące okresy.

I. Okres CHOMEŁOWSKI o dwu fazach: a) pierwszej, charakteryzującej się wzdęciem, sennością, odbijaniem czczem i stolcami regularnymi i b) drugiej, w której przyłączają się: zgaga, kwasy, bóle w dołku i stolec nieregularny.

II. Okres CHOMEŁOWSKI i mesogastryczny. W tym to okresie odbijanie ma smak spożytych pokarmów, zjawia się i dominuje cały kompleks objawów mezogastrycznych, poczyna się chudnięcie.

III. Okres mezogastryczny i neurasteniczny. Objawy CHOMEŁ'a giną. Zjawia się: stałe uparte zaparcie stolca, osłabienie bardzo wielkie, szczególniej naczo, bezkrwistość, chory ogranicza pożywienie i dochodzi aż do „zamierania z głodu“ dla uniknięcia „ciężkości“ i bólów. Zjawiają się zaburzenia: a) nerwowe: osłabienie, bóle głowy, zawroty, dzwonięcie w uszach, ziębienie, bezsenność, podrażnienie, hypochondrya, neurastenia; b) cyrkulacyjne: tętno wolne, dwubitne, małe, czasem przerywane, ból w okolicy serca (?); c) oddechowe: oddech powolny, wykonywany ze świadomością szczególniej w nocy; chory boi się usnąć, aby nie przestać oddychać.

Cykl ten w przebiegu enteroptozy zwykle jest niepełnym. W 5-ciu zaledwie przypadkach mógł go całkowicie obserwować GLÉNARD. Pierwszy okres najczęściej wymyka się z pod obserwacji lekarza, dzięki małej wadze objawów chorobowych. Częstokroć brak go nawet zupełny, gdyż choroba może się zacząć odrazu od okresu drugiego [22 przypadki na 57], i albo pozostać taką [2 przypadki], albo też przechodzi w okres trzeci.

Wogóle przebieg jest chroniczny bardzo; choroba ciągnąć się może całe dziesiątki lat, do śmierci sama nigdy nie prowadzi, wyleczenie jest możliwe w dwu pierwszych okresach.

### G) P r z y c z y n y.

Jako przyczyny enteroptozy zdaniem GLÉNARD'a uważać należy: życie siedzące, nadmiar pracy umysłowej, porody i traumatyzm [dźwignięcie ciężaru, uderzenie w podżebrze prawe i t. d.].

### H) L e c z e n i e.

Leczenie winno odpowiadać następującym wskazaniom, wynikającym z należytego zrozumienia przyczyn objawów dyspeptycznych u dotkniętych enteroptozą osobników: 1) powinno dźwignąć i podtrzymywać opadłe trzewia brzuszne, 2) zwiększać ciśnienie brzuszne, 3) regulować wypróżnienia, 4) pobudzać wydzielinę przewodu pokarmowego i dodatkowych gruczołów, 5) umiarować pożywienie i 6) wzmacniać organizm.

Do osiągnięcia wskazań tych służą: opaska na dolną część brzucha (*sangle pelvienne*), wody alkaliczne [VICIY], odpowiednia dyeta i hydroterapia.

Taki jest obraz kliniczny i anatomo-patologiczny choroby GLÉNARD'a, przedstawiony w niezbędnych zarysach, usystematyzowany na modłę ogólną, w patologiach szczegółowych przyjętą, uwolniony z powodzi słów, kołowania myśli i szematyzowania bez końca.

Zadaniem naszym wobec tego będzie przekonać się, czy istotnie znajduje się szereg chorych o objawach subiekty-

wnych, podanych przez GLÉNARD'a; czy objawom tym towarzyszą te cechy obiektywne, jakie odnalazł GLÉNARD, wreszcie, czy na sekcjach można konstatować te wszystkie zmiany, jakie opisał autor.

## CZEŚĆ II-a.

### Materyał kliniczny.

*Obserwacya 1.* Skib . . . Aleks., lat 27, lokaj, wstąpił do szpitala Ś-go Ducha dnia 2. VIII. 1887 r., chory od lat 4-ch. Choroba zaczęła się nieokreślenie bólami w dołku po zjedzeniu w 1½—2 godziny, odbijaniem czczem i wzdęciem, stolec z początku regularny, następnie uległ zaparciu, trwającemu bez pomocy środków czyszczących niekiedy dni 4—5. Od miesiąca choroba się wzmogła: bóle bywają większe, szczególnie po zjedzeniu czegoś kwaśnego lub też surowizny, promieniują do kręgosłupa i w podżebrze prawe, znacznie łagodnieją przy zmianie pozycyi na siedzącą, jeszcze bardziej przy leżeniu, wzmagają się natomiast przy staniu; wogóle chory długo stać nie może, gdyż mu się „robi źle“. Pokarm częstokroć ulega zwracaniu, przyczem ma smak gorzki „jakby żółci“. Odbijanie ciche ma obecnie smak spożytych potraw. Zgagi nie doświadcza. Łaknienie zachowane, chory by zjadł „gdyby się nie obawiał bólów“. Bólu głowy, ani zawrotów nie doznaje. Po jedzeniu zwykle czuje się ociężałym i sennym. Stolec zaparty, kał jak „u kozy“. Częste bicia serca przy najlżejszem wzruszeniu.

Przy badaniu odnotowano: skóra blada, sucha, pergaminowa nieco. Tkanki podskórnej brak zupełny; mięśnie rozwinięte dobrze. Język obłożony ze śladami odcisniętych zębów. Zęby zepsute. Brzuch nieco zapadły w podżebrzach, wypukły w dolnej części o ściankach wiotkich. Ucisk na *epigastrium* sprawia ból, przyczem wyczuwa się tętnienie wyraźne aż do wysokości 2½ centymetrów powyżej pępka, na linii środkowej. Przy wymacywaniu okolicy nadpępkowej słycać chlupanie. Ucisk na podże-

brze prawe bolesny, również w okolicy pachwinowej prawej nad więzadłem POUPART'a; przyczem słyszeć i wyczuć się tam daje przelewanie. W okolicy pachwinowej lewej wyczuwa się wałkowate ciało równoległe więzowi POUPART'a, przeslizgujące się na wewnątrz. Dolna granica żołądka: po rozděciu gazem wyszukuje się na  $\frac{1}{2}$  ctm. powyżej pępka. Tętno powolne—56.

**Obserwacya 2.** Kut... Józef, lat 40, włościanin, zapisał się do szpitala Ś-go Ducha dnia 28. VIII. 1887 roku. Chory uskarża się na bóle w dołyszku i w prawem podżebrzu, zjawiające się w 2 godziny po jedzeniu już od lat 12-tu. Bóle te mają charakter rżnięcia, połączone z kurczeniem głośnem i odbijaniem kwaśnem, szczególnie silne po pokarmach płynnych, mniejsze po stałych. Przy spożyciu tych ostatnich odbijania zwykle nie bywa. Czasami wraca pokarm do ust mocno kwaśny, kilka razy miały miejsce wymioty pokarmami spożytymi, też mocno kwaśne. Z bólami temi łączą się bóle w klatce piersiowej w międzyżebrzach. Stolce zaparte, bobkowate co 2—3 dni, suche. Przy staniu uczucie słabości, ustępujące, gdy chory się kładzie. Częste „kołatanie“ serca. Bezsenna nad ranem trapi chorego stale. Ostatnio zauważył silne wychudnięcie. Łaknienie zachowane: „zjadłoby się, ale się boję“. Zwykły pokarm chorego oddawna: chleb razowy, kasza, kartofle, mięsa nie jada, mleka nie znosi wskutek bólów.

Przy badaniu znaleziono: waga 52,8 kilo, tętno 56, wychudnienie znaczne, skóra cienka, żółtawo-biała, blada; język obłożony, zęby popróchniałe; brzuch zapadnięty o ściankach cienkich a wiotkich, tętnienie aorty wyczuwalne *in epigastrio* i poniżej pępka; ucisk w dołyszku i w podżebrzu prawem sprawia ból żywy, w okolicy kiszki ślepej przelewanie wyraźne. Żołądek opuszczony do pępka.

**Obserwacya 3.** Dom... Ignacy, lat 54, wieśniak, zapisał się do szpitala Ś-go Ducha dnia 7. I. 1889 roku. Od lat kilku chory doznaje wzdęcia i bólu w dołku w 1—2 godziny po zjedzeniu, odbijania czczego, a czasami zwracania śluzem. Od trzech miesięcy bóle znacznie się wzmożyły, bezsenność trapi chorego, bywają częste bicia serca, zawroty głowy, ogólne osłabienie i wychudnięcie. Od lat wielu

stałe zaparcie stolca. Odżywiał się głównie chlebem i kartoflami.

Przy badaniu odnotowano: skóra żółtawa, mało elastyczna, tkanki tłuszczowej podskórnej bardzo mało, język obłożony u podstawy, czerwony po brzegach, zębów brak dwu tylko. Brzuch zapadnięty w górnej części [nadpępkowej] zaokrąglony w dolnej, wiotki, przy perkusji dziwnie tępy, za wyjątkiem podżebrza lewego i okolicy tuż nad pępkiem; krzywizna wielka żołądka opuszcza się niżej pępka na  $\frac{1}{2}$  ctm., ucisk na dołek i podżebrze prawe bolesny; nad pępkiem wyczuwa się tętnienie i jakby krótki wałek poprzeczny na aorcie tętniący; wątroba niewyczuwalna; w kiszce ślepej przelewanie wyraźne; nad lewym więzłem Poupard'a wałek poprzeczny. Stolec bobkowaty, suchy. Tętno 76 przerywane; szmerów w sercu nie słycać.

*Obserwacja 4.* Tatar... Adam, lat 54, kancelista, przybył do szpitala dnia 14. I. 1889 roku. Chory skarży się na apetyt zmienny, smak w ustach gorzko-słonawy, częste pieczenie, zgagi i zwracanie pokarmu w godzinę do półtorej po obiedzie; zwracania te częstokroć mają smak gorzki, jakby żółci. Częste bóle w podżebrzu [boku] prawym, najczęściej nocą, budzące chorego, bóle też i w dołku, lecz te zwykle tylko po jedzeniu; naczczo uczucie słabości i ssania w dołku. Stolec zwykle zaparty i po tygodniu chory nie bywa na stolcu; zwykle spieczony „zkawalony“, bardzo często pokryty śluzem, niekiedy żyłkami krwi. Burczenie w brzuchu stałe. Schudnięcie znaczne. Prócz tego chory doznaje bóli w krzyżu przy staniu, drętwienia w rękach i nogach, bólu głowy, zawrotów, ćmienia w oczach i bicia serca wraz z dusznością. Po obiedzie ogarnia go senność, przeciwnie w nocy sypiać nie może, sen ma lekki bardzo i przerywany strasznymi widzeniami. Choroba w tej sile, co obecnie, trwa już od kilku, 2—3, miesięcy; odbijania, zaparcia stolca i bóle w dołku po jedzeniu już są od bardzo dawna. Życie siedzące pędzi oddawna; dyeta przeważnie była mięsna [„jak w mieście“].

Przy badaniu odnotowano: skóra blada, żółtawa, mało elastyczna, z bardzo umiarkowaną ilością tkanki tłuszczowej podskórnej. Tętno 87, o napięciu słabem; tony serca czyste.

Język obłożony; brzuch w dolnej części kulisty, wiotki. Ucisk w dołku wywołuje bolesność i wykazuje tętnienie aorty, podżebrze prawe również bolesne; kiszka ślepa burcząca, ucisk na nią sprawia choremu wrażenie „niemiłe“. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Stolec ciemno-bronзовый, bobkowaty.

**Obserwacya 5.** Kal . . . Julian, lat 42, ksiądz, przybył do szpitala dnia 13. I. 1889 roku. Uskarża się na ciśnienie w dołku, odbijanie kwaśne „uczucie jakby czegoś obcego w brzuchu, opadającego na dół“. Łaknienie zachowane, smak kwaśny w ustach, odbijanie także, głośne, czasami wymioty śluzowe [wódki nie nadużywał], stolec bez środka czyszczącego nie zjawia się, w stolcu często śluz. Stan obecny rozwinął się powoli w przeciągu lat 4-ch. Dyeta zwykle i przeważnie mięsna, również dosyć kartofli. Leczone go: pepsyną, bismutem, rabarbarem, *nux vomica*, *natr. sulfuricum*, *natr. bicarbon.*, *ac. tartaric.*, podophyliną, aloesem, kokką, kwasem bendżwinowym i t. d., wszystko bez skutku.

Przy badaniu znaleziono: wychudnięcie, żółty kolor skóry; język czysty, brzuch zapadły, wklęsły, bolesny na dotyk w dołku, w podżebrzu prawem i nad więzłem Poupert'a prawym: w miejscu tem wyczuwa się przelewanie, odgłos wszędzie na brzuchu tępy; dolna granica żołądka sięga pępka; bicie aorty ponad pępkiem na jakie 3 ctm. wyczuwalne znakomicie. W pachwinie lewej nad więzłem Poupert'a przeskakujący pod palcami wałek. Tętno 80 pełne.

**Obserwacya 6.** Lamp . . . Kazimira, lat 31, żona wyrobnika. Uskarża się [13. I. 1891] na ból w podżebrzu prawem i w dołku ból ten zjawia się zwykle po jedzeniu w 1½ do 2-ch godzin, trwa zwykle długo, czasami ustępuje po wymiotach. Wymioty zwykle mocno gorzkie, krwi w nich chora nigdy nie widziała. Odbijanie też sprawia ulgę, również jak siedzenie w „kucki“—przytem chora miewa częste bóle głowy, połączone z zawrotami, osłabieniem i robieniem „się ciemno“ w oczach. Na czczo doznaje uczucia ssania, po zjedzeniu pełności. Stolec zaparty, kał twardy, suchy, czasami jednak zjawia się ni ztąd ni zowąd rozwolnienie. Miesiączkowanie nieprawidłowe: częstokroć dwa

razy w miesiącu, nieobfite, z bólami w krzyżu i w brzuchu, przytem białe upławy. Zaburzenia w trawieniu powoli rozwinęły się i trwają od lat 6-ciu. Przed laty 20-tu chorowała na krwawą biegunkę. Nie rodziła nigdy, ani roniła.

Przy badaniu znaleziono: bolesność w prawem podżebrzu, dołku i w okolicy pachwinowej prawej; przelewanie w tej ostatniej; chlupanie w okolicy nadpępkowej; nerkę ruchomą prawą, dającą się ściągnąć aż do pachwiny prawej; tętnienie w dołku wyraźne; brzuch zapadnięty w górnej połowie, zaokrąglony w dolnej; wychudnięcie i bladeść cery.

**Obserwacja 7.** Warsz... Józef, lat 34, szewc, chory od 6-ciu miesięcy [badany w szpitalu dnia 24. III. 1891 r.]. Choroba zaczęła się wzdęciem po jedzeniu, burczeniem i odbijaniem. Wkrótce przyłączyły się bóle w dołku, występujące w kilka godzin po jedzeniu, szczególnie po jedzeniu tłustem, również przy chodzeniu [leżenie zmniejsza, a nawet po jakimś czasie zupełnie usuwa bóle]; odbicie się gazów z żołądka sprawia usunięcie tych dolegliwości, dla osiągnięcia tego chory ugniata sobie brzuch. Łaknienia nie ma obecnie, odczuwa niemiły smak w ustach, cierpi na lekki przerywany sen; czuje się niezdolnym do pracy. Jako szewc prowadzi życie siedzące.

Przy badaniu odnotowano: cera blada, błony śluzowe również, odżywianie podupadłe; język obłożony; zęby popróchniałe; brzuch zakłęśły w połowie górnej, wypukły w dolnej, o ściankach wiotkich; kiszka gruba wyczuwa się dzięki przepychaniu gazów [burczeniu] jako opadła na 2 ctm. poniżej pępka; ucisk na dołek sprawia ból i wykrywa tętnienie oraz ciało twarde, wałkowate, pulsujące, acz przy wysłuchiowaniu nie dające szmeru.

**Obserwacja 8.** Bar... Franciszek, lat 59, służący, przybył do szpitala Ś-go Ducha dnia 8. VI. 1891 roku. Chory uskarża się na brak łaknienia, uczucie „najeżenia się“, ciężkości w dołku, co go zmusza do rozpuszczania paska u spodni, burczenie w brzuchu i odbijanie czcze po jedzeniu. Stolec zawsze zaparty, jakby „z kulek“ złożony. Przytem chory doświadcza częstych, prawie stałych bólów głowy,



zawrotów i szumu w uszach. Przy dłuższem staniu „robi mu się źle“. Na wieczór nogi stają się zimne „jak lody“, co przeszkadza choremu usnąć przez czas dłuższy. Wszystkie te objawy wystąpiły po krwawej bieguncie, na którą chorował przed 3-ma miesiącami.

Przy badaniu znaleziono: bladość skóry i błon śluzowych, nieznaczną ilość tkanki tłuszczowej podskórnej; język czysty; brzuch nieco obwisły; bolesność w dołku i podżebrzu prawem; pluskanie nad pępkiem; tętnienie w dołku i wałek poprzeczny tamże; burczenie w okolicy kiszki ślepej, oraz wałek wymykający się z pod palców, równoległy do więzła POUPART'a lewego.

**Obserwacya 9.** Was . . . Wojciech, lat 43, służący, zapisał się do szpitala dnia 15. VI. 1891 roku, z powodu bólów brzucha. Bóle te, umiejscowione w dołku i podżebrzu prawem, trapią chorego już od roku po jedzeniu w jakiś czas [w godzinę, dwie]; jeżeli się odbije, to lepiej się robi, bóle łagodnieją, po zwróceniu zaś, które się czasami zdarza, zupełnie nawet ustają, odbijania te mają zawsze smak przyjętych pokarmów. „Strawa“ wracająca do ust ma słodkawy smak. Łaknienie zachowane „jeno się boi jeść“. Stolec zaparty „spieczony“. Prócz tego chory doznaje bólów głowy, uczucia zimna, szczególnie w nogach wieczorem, sen lekki, przerywany, budzi się rano i spać już nie może.

Przy badaniu znaleziono: cerę bladą, język czysty, brzuch wiotki, zakłęsły w podżebrzach i dołku, kulisty w części podpepkowej, flakowaty przy uderzaniu; ucisk, na dołek bolesny, wykrywa wyraźne tętnienie aorty i wałek poprzeczny, elastyczny, nieruchomy, tętniący; pluskanie na wysokości pępka łatwo się wywołuje przez uciskanie naprzemian rękami po obu stronach linii środkowej brzucha w podżebrzach; dolna granica żołądka opuszczona do pępka; w kiszce ślepej wyczuwa się przelewanie, w pachwinie lewej nad więzłem POUPART'a wałek grubości dwóch palcy, usuwający się na zewnątrz.

**Obserwacya 10.** Jas . . . Anna, lat 18, służąca, zapisała się do szpitala Ś-go Ducha dnia 29. XI. 1891 roku. Choroba jej datuje się od miesiąca Maja tegoż roku. Wówczas to chora zaczęła uważać, że przy każdym wysiłku

fizycznym, a nawet dłuższej pracy „na nogach“, doznaje uczucia słabości, ssania w dołku, robi się jej mdło, ciemno w oczach, jakby miała zemdleć, dostaje bicia serca, zaduszania, przy tem pot zimny pokrywa ciało. Łaknienie się zmniejszyło, po zjedzeniu czuje się „pełną“, jakby „brzuch spuchł w dołku“, musi rozpuszczać gorset. Wszystkiemu temu towarzyszy ogromne zaparcie stolca.

Przy badaniu zanotowano: wiotkość budowy, błądźliwość; zapadnięcie ogólne brzucha, niezwykle łatwa wyczuwalność tętnienia aorty brzusznej na całej niemal jej długości; bolesność w dołku i okolicy kiszki ślepej; burczenie w tej ostatniej, pluskanie niżej pępka, gdzie też zarysowuje się dolna granica żołądka; tępość przy wypukiwaniu brzucha ogólna prawie; wałek równoległy lewemu więzowi POUPART'a w brzuchu; nerka prawa wymacalna na 3—4 ctm. w podżebrzu prawem, język obłożony, z odciskami zębów; zęby niepopsute. Tętno wolne 60.

**Obserwacja 11.** Kar... Anna, lat 44, przy rodzinie, panna, przybyła do szpitala dnia 30. XI. 1891 roku, ze skargami na bóle w dołku. Bóle te zaczynają się zwykle w dłuższy czas po nieco obfitszem jedzeniu, naczczo ich nie bywa wcale, choć wówczas chora po wstaniu doznaje uczucia takiej słabości i czczości w dołku, że musi się czegoś napić lub coś przegryść, aby się uspokoić. Po zjedzeniu zaś w godzinę, dwie odczuwa ból w dołku, potem w podżebrzu prawem, niekiedy nawet i w lewem; ból ten miewa charakter kłócia lub ciągnięcia, trwać może 3 do 5 godzin; zmniejsza się przy położeniu się na wznak, pod ciepłym okładem, wywołującym odbijanie zwykle czeze, czasami ze smakiem spożytych potraw. Prócz tego chora doświadcza „kruczenia“ i przelewania w brzuchu, czasami zgagi. Zwracań ani wymiotów nigdy nie miała. Stolec zaparty, za ledwie po 3 dniach się zjawia i to zapomocą lawatywy. Choroba zaczęła się dwa lata temu, częstymi zaparciami, a następnie bólami brzucha i trwa dotąd, ostatnio chora wychudła bardzo i czyszczenia miesięczne ustały.

Przy badaniu znaleziono: wychudnięcie znaczne, skóra żółto-pergaminowa, sucha, łuszcząca się, na twarzy i czole pomarszczona; mięśnie niesłychanie wiotkie, o pobudliwości

wzmózonej. Brzuch klepsydrowaty z bruzdą głęboko zakłętą na wysokości pępka; część dolna zwisająca; ścianki brzuszne wiotkie, ruchy robaczkowe kiszek cienkich widoczne; tętnienie aorty do pępka wyczuwa się znakomicie również jak i wałek poprzeczny w stosunku do kręgosłupa o 2—3 ctm. ponad pępkiem położony; ucisk nań jak wogóle na całe *epigastrium* i *hypochondrium dextrum* bolesny. W okolicy kiszki ślepej przelewanie wyraźne; w pachwinie lewej nad więzmem Pouparr'a wałek w głębi ruchomy, łatwo się wyczuwający.

**Obserwacya 12.** Mal... Florentyna, lat 27, żona kamieniarza, wstąpiła do szpitala dnia 26. XI. 1892 roku, z powodu bólów w brzuchu. Bóle te występują w dołku w jakiś czas po jedzeniu, szczególnie po jedzeniu obfitem i pokarmach twardych, lub tłustych, przechodzą do kręgosłupa i w podżebrze prawe. Charakter bólów chora określa w słowach: „jakby kto obrywał, wydierał“. Odbijanie czcze zmniejsza ból; również tego samego doświadcza, jeżeli się położy na łóżko; przy staniu bóle te się wzmagają, przysięm doznaje chora wówczas duszności, niepokoju, robi się jej słabo, jakby miała zemdleć. Na czczo rano, jak wstanie doznaje uczucia „ssania w dołku“, znikającego po napiciu się herbaty. Wymiotów nigdy nie bywa. Sen przerywany, budzi się rano bardzo. Stolec co 3—4 dni spieczony. Przy padłości tych żołądkowych chora doświadcza poraz drugi i stawia je w zależności z ciążą; zaraz po pierwszej ciąży [lat 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> temu] zjawily się one poraz pierwszy i zniknęły w 4-m miesiącu drugiej ciąży; po której rozwiązaniu w niespełna miesiąc znów się odnowily ze znacznie większą siłą.

Przy badaniu odnotowano: cera blada, żółtawa, tkanki tłuszczowej podskórnej niemal brak zupełny; brzuch rozlewający się na boki, flakowaty; przez ścianki zwiotczałe łatwo wymacuje się kiszka gruba w postaci wałka 2—3 ctm. szerokiego, tworzącego literę M, poprzecznicą tym sposobem ma kształt V, dolnym kątem sięga prawie spojenia łonowego, prawe kolano stoi znacznie niżej niż lewe, lewe gubi się w podżebrzu lewym; ucisk na kiszkę bolesny; aorta brzuszna też wyczuwa się za wyjątkiem okolicy pępkowej aż do podziału; na 3 ctm. powyżej pępka wymacuje się

wałek poprzeczny, tętniący, 1—2 ctm. szeroki w prawem podżebrzu wyczuwa się guz kształtem przypominający nerkę, ruchomy, dający się odepchnąć w okolicę lędźwiową i podżebrze prawe. Tętno powolne 56.

**Obserwacja 13.** Wąs... Jan, lat 30, włościanin, przybył do szpitala dnia 23. II. 1893 roku, uskarża się na uczucie wzdęcia [„rozdyma“] wnet po jedzeniu „ssania“ naczczo rano, burczenie w brzuchu, odbijanie czeze w godzinę po zjedzeniu, oraz bóle po obiedzie w tymże czasie. Bóle głowy trapią chorego często; sypia źle bardzo, nad ranem budzi się wcześniej, długo zasnąć nie może, gdyż „nogi ma jak lód“ zimne. Stolca po 4 dni nie bywa, kał „bobkowaty, jak u owcy“. Choroba zaczęła się trzy miesiące temu bez widocznej przyczyny. Przedtem bywał zdrow zawsze.

Przy badaniu znaleziono: skóra żółtawo-blada, tłuszczowej tkanki bardzo mało, język czysty; brzuch zakłęsły, wiotki; ucisk na dołek sprawia ból żywy; tętnienie aorty wyraźne; kiszka wstępująca i *S-romannum* wyczuwają się dokładnie, jako wrażliwe, 3 ctm. grube wałki; w okolicy kiszki ślepej słycać przelewanie przy ucisku; nieco [3—4 ctm.] nad pępkiem wymacuje się wałek poprzeczny, niepodatny, tętniący [bez szmeru]; przy uciskaniu naprzemian jedną i drugą ręką wywołuje się niżej pępka pluskanie, granica dolna żołądka położona o 2 ctm. pod pępkiem. Tętno powolne 58—62.

**Obserwacja 14.** Now... Walenty, lat 41, rolnik, zapisał się do szpitala dnia 24. II. 1893 roku. Chorobę swą datuje od 4-ch miesięcy; zacząć się ona miała zaparciem stolca, trwającym po 3—4 dni zrzędu. Potem przyłączyło się uczucie pełności po każdym jedzeniu i drżenia [„jakby się co tam trzęsło“] w dołku; przy chodzeniu lub staniu wrażenie „jakby wszystko opadało w brzuchu“. Apetyt znacznie mniejszy, częste odbijania w godzinę po zjedzeniu „tem co się zjadło“ Zgagi, ani zwracań chory nie miewa. Bóle głowy częste, zawroty głowy także, oraz szum w uszach. Stolec bobkowaty.

Przy badaniu znaleziono: brzuch zwisający, flakowaty, bolesny na ucisk w dołku i w podżebrzu prawem; burczenie przy ucisku na okolicę pachwinową prawą; wałek wyczu-

walny nad *lig. Poupartii sin*, tętnienie aorty nad pępkiem widoczne nawet dla oka. Język czysty. Cera blada, żółtawa. Tkanki tłuszczowej brak. Tętno powolne 64.

**Obserwacja 15.** Grzeg... Adam, lat 54, szewc, przybył do szpitala dnia 8. IV. 1893 roku. Uskarża się na brak apetytu „wzdęcie brzucha w dołku“ po jedzeniu, z uczuciem bólu po stronie prawej w godzin dwie po obiedzie, szczególnie gdy, musi chodzić lub stać; przy leżeniu bóle ustają. Ogromną ulgę choremu sprawiają odbijania, po których wzdęcie się zmniejsza i ból ustępuje powoli. Stolec zawsze twardy, bez środków czyszczących: ol. rycinowego, kruszyny lub rabarbaru nie zjawiający przez dni 3—4. Choroba zaczęła się 4 miesiące temu zaparciem. Przyczyna ostatniego nieznana. Zawsze zdrowy i czerstwy, ostatnio przybladł i osłabł znacznie, przyczem sponsepniał, a od 3-ch tygodni do roboty stał się niezdolnym.

Przy badaniu znaleziono: cera żółtawa, wychudnienie daleko posunięte, brzuch zakłęsły, bolesny w dołku i podżebrzach; na wysokości pępka wywołuje się łatwo pluskanie; powyżej wyczuwa się wałek poprzeczny, tętniący [bez szmeru]; w okolicy kiszki ślepej przelewanie; nad więzmem *POUPART*'a lewym—wałek; język czysty, ze śladami zębów po brzegach.

**Obserwacja 16.** Bron... Aleksander, lat 17, ślusarz, uskarża się [dnia 29. IX. 1893 r.] na bóle w okolicy pępka zjawiające się po jedzeniu bezwzględnie na ilość i jakość pokarmów; bólów tych nie miewa chory naczczo. Charakter bólów określa: „jakby kto ciągnął“. Trwanie wynosi 2—5 godzin niekiedy. Odbijanie sprawia wyraźną ulgę, również skulenie się. Burczenie po brzuchu, po jedzeniu stałe. W ustach smak gorzki. Stolec co 3—4 dni spieczony. Ból głowy i szum w uszach codzienny. Choroba zaczęła się dwa miesiące temu po podźwignięciu się. Przedtem zawsze zdrowy.

Przy badaniu można zauważyć zakłęsłość brzucha w górnej połowie; obniżenie dolnej granicy żołądka do pępka, pluskanie na tejże wysokości, przelewanie w okolicy kiszki ślepej, wałek równoległy nad więzmem *POUPART*'a lewym. Tętno 62.

**Obserwacja 17.** Now... Stanisława, lat 40, żona szewca, zapisała się do szpitala dnia 18. X. 1893 r.. Chora uskarża się na ból i wzdęcie po jedzeniu, czując się zupełnie dobrze naczczo. Czasami doświadcza bicia serca i gorąca uderzającego do głowy, od dwóch tygodni ma rozwolnienie z bólami wnet po zjedzeniu, przedtem miała latami całemi zaparcie. Od roku uważa obecność guza w prawem podżebrzu. Wyszła zamąż w 16-ym roku życia, urodziła przed czasem w pierwszym roku pożycia małżeńskiego w 8-ym miesiącu dziecko nieżywe i odtąd w ciąży nie zachodziła nigdy. Rok temu miała uparty suchy kaszel, który ją zerwał, tak że długo miała bóle w boku prawym i wówczas to zauważyła obecność guza.

Przy badaniu obiektywnem zanotowano: cera blada, żółtawa, brzuch flakowaty, w podżebrzu prawem wyczuwa się guz okrągły, sięgający linii poziomu pępka od dołu, linii przymostkowej prawej na lewo i linii pachowej prawej na prawo; guz ten o powierzchni gładkiej, niezrośnięty ze ścianką brzuszną, nieco ruchomy i bolesny, towarzyszy ruchom oddechowym przepony; tępość tonu wypukowego guza łączy się z tępością wątroby; odporność takąż jak wątroby (*elongatio lobi dextri hepatis*). W dołku wyczuwa się tętnienie i wałek poprzeczny nad pępkiem. Na wysokości pępka pluskanie wywołać łatwo. W pachwinie lewej wymacuje się wałek równoległy więzowi POUPART'a. Tętno 78.

**Obserwacja 18.** Lew... Stefan, lat 41, stolarz, przybył do szpitala dnia 27. X. 1893 roku. Uskarża się na uczucie słabości „mglenia“ w dołku rano naczczo; na wzdęcie i bóle po jedzeniu. Odbijanie czcze, sprawia ulgę. Burczenie po brzuchu zwykle zjawia się wieczorami. Wówczas też i nogi ziębną bardzo, chory z tego powodu długo zasnąć nie może, sen niespokojny, budzi się zwykle bardzo rano, przeciwnie wkrótce po jedzeniu ogarnia go niezwykła senność. Stolec zaparty, nie wychodzić może i tydzień niekiedy. Stan taki trwa oddawna; początku ściśle określić nie jest w stanie.

Przy badaniu znaleziono: cerę bladą, żółtą; wychudnięcie znaczne; brzuch zapadły, wklęsły, bolesny w dołku i podżebrzu prawem; tętnienie aorty wyczuwalne nad pę-

pkciem wałek równoległy do więzu POUPART'a w pachwinie lewej, pluskanie na wysokości pępka; język czysty.

**Obserwacja 19.** Rut . . . Adam, lat 41, rolnik, przybył do szpitala dnia 29. XII. 1893 roku. Chory uskarża się na „pluskanie w brzuchu“ nad pępkiem, zjawiające się po jedzeniu przy chodzeniu. Jednocześnie chory doświadcza bólów w podżebrzu prawem, bólów mających charakter „ciągnących“, często połączonych z nudnościami i odbijaniem. Odbijanie to częste sprawia choremu ulgę. Bicia serca przy dłuższem staniu—stałe. Burczenia głośnie częste. Bóle głowy niemal codzienne. Wieczorami przechodzenie „ciarek“ po grzbiecie, ziębnięcie nóg. Sen lekki, zasypianie późne, budzenie się wczesne. Stolec zawsze zaparty. Stan taki stopniowo zjawił się przed rokiem po dwutygodniowej krwawej bieguncie.

Przy badaniu znaleziono; bledość skóry i błon śluzowych, nieznaczne wychudnięcie; brzuch obwisły, zakłęśły w części nadpępkowej, kulisty w podpępkowej, bolesny w podżebrzu prawem i boku; tętnienie aorty brzusznej niezbyt wyraźne nad pępkiem; pluskanie dosłyszalne dla osób nawet oddalonych przy wstrząsaniu tułowiem i chodzeniu; obniżenie dolnej granicy żołądka do pępka; pionowe jego położenie; burczenie w obu pachwinach; język obłożony u podstawy.

**Obserwacja 20.** Krusz . . . Aleksander, lat 46, zapisał się do szpitala dnia 23. II. 1894 roku. Chory uskarża się na bóle w brzuchu, zjawiają się one w 1½ godziny po jedzeniu. Bóle te mają charakter „ciśnienia“, promieniują w łopatki; trwają około 3-ch godzin, łagodnieją przy leżeniu, pod ciągłym okładem, a również po obfitem głośnie odbiciu się. Wnet po jedzeniu chory doznaje wzdęcia, musi rozpiąć pasek, wracają też kwasy i pali zgaga. Smak w ustach zawsze niemiły. Apetyt nieszczęśliwy. Mleka chory nie znosi ani też żadnych surowizn i tłuszczów [wędkonki], wszystko to bowiem przyśpiesza i wzmacnia bóle. Stolec zaparty i „jak u owcy“ Nogi zawsze bywają zimne, szczególnie zaś na wieczór; aby je rozgrzać i mózdz zasnąć, chory kładzie zwykle pomiędzy nie grzane cegły. Sen lekki, sny zwykle niemiłe, budzi się bardzo wczesnie i musi jeść zaraz, gdyż inaczej tak mu „czczo, żeby upadł“. Przytem

chory stał się popędliwym, nic go nie zajmuje prócz własnej choroby. Wychudł i żółkł. Wszystko to pomału rozwijało się przez lat 12-cie; naprzód tylko miał wzdęcie, odbijanie i zaparcie stolca, potem przyłączyły się bóle i t. d.

Przy badaniu znaleziono: 1) wychudnięcie średnie [58,9 kilo przy wzroście 156 ctm.]; 2) bladeść skóry i błon śluzowych; 3) brzuch flakowaty, obwisły; 4) tętnienie aorty, wyczuwalne od wyrostka mieczykowatego aż do pępka; 5) burczenie w prawej okolicy pachwinowej; 6) obecność wałka poprzecznego nad pępkiem na 3 ctm. i pod pępkiem na 4 ctm.; ucisk ku dołowi [ku spojeniu] na ten ostatni wałek wywołuje ból i uczucie ciśnienia w dołku, unoszenie go zaś ku gorze sprawia choremu ulgę; 7) sznur równoległy więzowi POUPART'a w okolicy pachwinowej lewej z drobnymi trzeszczeniami, wyczuwalnymi pod palcami przy uciskaniu; 8) pluskanie głośnie zaraz poniżej pępka i nieco na lewo od linii środkowej ciała; 9) klatka piersiowa długa, jakby wpadająca w miednicę, od której brzeg żebrowy odstaje zaledwie na 1½ ctm.; 10) język czysty.

**Obserwacya 21.** R... Stanisława, lat 24, nauczycielka, zasięgała porady dnia 16. IV. 1894 roku. Uskarża się na bóle w prawym boku i w dołku. Bóle zjawiać się zwykły w jakie godzin 2—3 po jedzeniu, są bardzo silne, promieniują do kręgosłupa i ku dołowi; bóle te chora porównywa do „wyciągania“. Trwają zazwyczaj godzinę, dwie, niekiedy dłużej. Pokarmy tłuste i mleko szczególnie wpływają na ich siłę i trwałość. Ustępują przy ucisku pod ciepłym okładem, który też wpływa na przyspieszenie odbicia się, po którym chora czuje się dobrze. Kieliszek koniaku lub gorącej mięty wywołuje ten sam skutek. Stolec nie bywa i „tygodniami“; w celu wywołania go chora używa ol. rycinowego w kapsułkach. Prócz tego chora doznaje uczucia „jakby pustki w głowie“, to znów czasami [przy staniu dłuższem] robi się jej mgło, ciemno w oczach, jakby miała zemdleć. Codzienny niemal ból głowy, częste bicia serca, duszność i bóle w okolicy serca ogromnie niepokoją chorą. Pamięć też zaczyna szwankować nieco. Zasnąć długo nie może, budzi się nad ranem. Stan ten właściwie zaczął się już przed 3-ma laty, wkrótce po krwawej bieguncie; z początku wszakże nie zwa-



zała nań zupełnie, gdyż ograniczał się na zaparciu i wzdęciach, od roku jednak pogorszenie stało się widocznem.

Przy badaniu znaleziono: cerę bladą, brzuch zakłesły w górnej połowie oraz klatkę piersiową zwężoną u dołu, na skórze śladę sznurówki; tętnienie w dołyszku wyraźne aż po pępek; wałek poprzeczny nad pępkiem; wałek równoległy więzowi Poupart'a w pachwinie lewej; burczenie przy nacisku na okolice кишки ślepej; guz przypominający nerkę w podżebrzu prawem, opuszczający się do pępka i dający się odcisnąć ku górze pod wątrobą.

**Obserwacja 22.** S... Anna, lat 26, przy rodzicach, uskarża się [d. 2. II. 1894 r.] na uczucie słabości i ssania w dołku naczczu, a bóle po jedzeniu, z uczuciem wzdęcia, pełności, duszności, bicia serca i bólów w okolicy serca. Pełność i duszność zjawiają się wnet po jedzeniu, bóle nieco później, w godzin 1½—2, mają charakter „ciśnienia“. Stolec zaparty od lat kilku.

Przy badaniu znaleziono: cerę żółtawą, bladą; brzuch przewężony nad pępkiem, bolesny w dołku i podżebrzu prawem, wątrobę wyczuwalną z pod prawego łuku żebrowego na 3 ctm. [granica górna obniżona o jedno żebro]; tętnienie aorty i wałek poprzeczny w dołyszku wyraźnie wyczuć się dają; pluskanie tuż nad pępkiem przy wstrząsaniu ścianą brzuszną; język czysty.

**Obserwacja 23.** M... Anna, lat 32, żona urzędnika, uskarża się [dnia 27. I. 1894 r.] na uczucie wzdęcia po zjedzeniu, konieczność rozpięcia gorsetu i położenia; inaczej bowiem, szczególnie po obiedzie, zmuszoną bywa chodzić lub stać doznaje duszności, bicia serca, uderzeń krwi do głowy, szumu w uszach, ciemności w oczach i takiego osłabienia, że gotowa zemdleć; po paru godzinach zjawiają się przytem bóle w dołku bardzo żywe i mdłości. Do wymiotów nie przychodzi. Wieczorami czuje się podekscytowaną, zasnąć długo nie może, sen ma lekki, przerywany strasznymi widziadłami, budzi się o 6-ej rano. Nogi ma „nieprzyjemnie zimne“. Bóle głowy nadzwyczaj częste i zawroty także. Usposobienie jej stało się zmienne, są chwile, że na wszystko się gniewa; dzieci ją irytują swą zabawą, nawet pieszcotami. Stan zdrowia w takiej formie jak

obecnie trwa niedawno [miesiąc niespełna], zaburzenia wszakże żołądkowe już wystąpiły poraz pierwszy po ostatnim porożu [przed 5 laty]. Rodziła trzykrotnie, poraz pierwszy przed 9-ciu laty; ronila cztery razy.

Przy badaniu znaleziono: język czysty, brzuch przelewający się, zwisający na uda, chełboczący się na boki przy wstrząsaniach, ścianki niesłuchanie wiotkie, tkanki tłuszczowej ilość znaczna; ślady sznurówki wyraźne; tętnienie aorty wyczuwalne; burczenie w okolicy kiszki ślepej głośnie; pluskanie w okolicy pępkowej również, prawy płąt wątroby wymacuje się w postaci guza sferycznego, wystającego z pod prawego łuku żebrowego na 6—8 ctm., wykonywającego ruchy synchroniczne z oddechowymi. Tętno zmienia się łatwo i waha pomiędzy 60—80 uderzeń na minutę.

*Obserwacja 24.* D... Emilja, lat 43, szwaczka, uskarża się [dnia 28. I. 1893 r.] na bóle w dołku, po jedzeniu w godzin dwie się zjawiające, ze zwracaniem pokarmów i odbijaniem nimi. Bóle te, jakby „skręcało co“, szczególnie są silne po mleku i tłustych pokarmach, także przy staniu. Wogóle chora długo stać nie może nawet naczczo wskutek zjawiania się słabości w dołku, ogólnego osłabienia, bicia serca i latania muszek przed oczami. Doznaje też często bólów i zawrotów głowy. Szum w uszach występuje przy najmniejszym zmęczeniu i niewyspaniu. Sypiać zaś dobrze nie może, nad ranem budzi ją niemiłe uczucie w boku prawym z burczeniem i przelewaniem po brzuchu złączone. Z wieczora też zasnąć długo nie może z powodu ziębnięcia nóg, których niczem rozgrzać nie jest w stanie, czasami napróżno przykładając je do gorącego pieca, już zdaje się jej, iż są ciepłe, gdy po odjęciu zaraz znów są tak chłodne, iż gdy się dotknie jedną nogą drugiej, to aż się cała wzdrygnie od zimna. Prócz tego doświadcza całymi tygodniami bólów w klatce piersiowej [w międzyżebkach] i nad oczami. Usposobienie zmienne, łatwo przechodzi od wesołości do smutku i łzy roni o byle co. Miesiączkowanie bolesne. Zaparcie stolca stałe; czasami zamiast kału odejdzie z bólami nieco przezroczystej „flegmy“. Stan taki trwa już od lat dwóch. Żadne leczenie nie było skutecznem. Za-

parcia stolca ma już od bardzo młodych lat [„bodaj od 13 roku życia], wywołała zaś je przez wstrzymywania się od wychodzenia z potrzebą, robiło to jej „przyjemność“. Nie rodziła nigdy. Żadnych chorób innych prócz obecnej nie zna.

Przy badaniu znaleziono: wychudnięcie ogromne; błąd szarawo-żółtawy kolor skóry; brzuch wklęsły całkowicie; tętnienie dołyszczkowe widoczne; pulsacja aorty wyczuwalna na całej długości, kiszka wstępująca i *S-romanum* wyciągają się w postaci wałków na 2 ctm. grubych; nerka prawa daje się ściągnąć niemal aż do *spina ilei ant. super. dextra*; dolna granica żołądka na wysokości pępka, pluskanie wywołuje się łatwo przez potrząsanie.

**Obserwacja 25.** M... Marya, lat 42, była obywatelka, doznaje bólów w dołku w godzin 2—3 po obiedzie, bóle te sięgają w podżebrze prawe i ciągną się do kręgosłupa, mają charakter bólów tępych. Odbicie się sprawia ulgę, przy leżeniu bóle te ograniczają się do niemiłego uczucia wewnątrz doznawanego [„ja czuję, jak trawię i to mnie drażni“]. Zwracań ani wymiotów nie bywa. Nudności częste, czasem „podbija do góry“, po zjedzeniu stale doznaje wzdęcia i ciężkości. Bicia serca, bóle głowy, duszność i burczenie w kiszkiach — „na porządku dziennym“. Bezsensowność i rozdrażnienie ogólne nerwowe trapi chorą stale. Chora przytem łatwo się męczy, chodzić nie może, bo się zjawiają niekiedy bóle po dłuższem chodzeniu w prawym boku, że „się musi zań łapać i podtrzymywać“. Naczczo doznaje „nieopisanego słabości“. Wychudnienie znaczne. Stolec „to już zawsze zaparty, może nie być i tydzień, jeżeli wody gorzkiej nie wezmę“. Zaparcie stolca i wzdęcia trwają od najmłodszych lat, chora „jak tylko sobie przypomnieć może z dzieciństwa, zawsze musiała rozpiąć gorset po obiedzie i miała kłopot“ z wypróżnieniami. Stan nerwowości obecnej i bólów przyszedł „może półtora roku temu“. Rodziła raz jeden przed 20 laty szczęśliwie, potem już nie zachodziła w ciążę nigdy.

Przy badaniu znaleziono: cera żółtawa, wychudnięcie znaczne; brzuch zapadły, wklęsły, bolesny bardzo w dołku i podżebrzu prawem, mniej w pachwinach obu; tętnienie aorty brzusznej wyczuwalne na całej długości; wałek po-

przeczny nad pępkiem wyraźny; przelewanie w okolicy kieszki ślepej namacalne; pluskanie poniżej pępka łatwo się dające wywołać; nerka prawa opada na 4 ctm. poniżej poziomu pępka, odprowadza się z łatwością.

**Obserwacya 26.** Mel . . . Jan, lat 29, obywatel ziemski; chory od lat dwóch, doświadcza stale uczucia czczości w dołku, bicia serca [po zjedzeniu], to znów jakby opadania czegoś w brzuchu ku dołowi; po zjedzeniu bywa znów wzdęcie i „wygórowanie dołka“, które ginie po odbiciu zwykle czczem. Często też ostatnimi czasy chory zauważył w parę godzin po jedzeniu zjawianie się bólów, idących od dołka aż do grzbietu „jakby tam coś wyrывało“. Niekiedy znów doznaje czczości niezwykłej w dołku, ręce i nogi „marzną“ wtenczas, serce zaczyna bić, ucho lewe zaczyna palić, choremu robi się słabo, brakuje mu tchu, zdaje mu się, że wnet skona, blednieje i potnieje, w oczach robi się ciemno, głowa cięża, to czasem wydaje się taką jakąś lekką, jakby była zupełnie pustą. Wówczas to najedzenie się obfite, albo odejście stolca raptowną przynosi ulgę. Chodzić i konno jeździć chory nie może, szczególnie na koniu doznaje wrażeń, jakby mu się „tam wszystko w brzuchu obrywało“. Stolec zwykle zaparty. Gdy jadł pomarańcze i winogrona stolec mu się uregulował i wtedy czuł się dobrze, ale to trwało niedługo, z chwilą gdy przestał jeść wymienione owoce, wszystko znów powróciło. Nigdy przedtem nie chorował.

Przy badaniu dnia 2. V. 1893 roku znaleziono: cerę niezbyt bladą, język czysty; brzuch nieco wklęsły w górnej połowie; przelewanie w pachwinie prawej; tętnienie w dołku wyraźne; przy załapaniu poniżej pępka na 3 ctm. w linii środkowej poprzecznego wałka i pociąganiu go ku spojeniu łonowemu wywołuje się u chorego nagle uczucie czczości, bicie serca, błądź, osłabienie, przestkach widoczny na twarzy, przez puszczenie wałka i uciśnięcie całego brzucha ku górze wszystko to momentalnie ustaje, chory czuje niezwykłą ulgę. Odruchy ścięgniste i skórne nieco wzmożone. Zresztą stan narządów oddechania, krążenia i system nerwowy żadnych wyraźnych innych zbroczeń nie przedstawia.

**Obserwacya 27.** Rak . . . Julja, lat 52, wdowa, uskarża się [dnia 2. III. 1894 roku] na bóle w dołku w parę godzin po jedzeniu, pełność, kwaśne odbijania i zgagę wkrótce po spożyciu pokarmów. Potraw tłustych, mleka i surowizn nie znosi, sprawiają jej bóle i rżnięcie po całym brzuchu i rozwolnienia nagłe z parciem i bólami; prócz tego miowa odbijania bezwonne, puste, nudności i powracania pokarmu do ust mocno kwaśne. Dla zmniejszenia sobie bólów i dlatego, aby mózł spać spokojnie [zwykle trudno zasypia, ma sen lekki i budzi się rano] podkłada pod siebie [pod miednicę] poduszkę, aby dolną część brzucha unieść ku górze. Stać długo nie może, doznaje bowiem wrażenia opadania, bicia serca i bólu w okolicy serca, dusi ją „ściska za gardło“, robi się źle i gotowa zemdleć. Stolca po tygodniu nie bywa. Rodziła dwukrotnie, poraz ostatni przed 24 laty. Chorowała na tyfus brzuszny przed 16 laty. Chorobę swą datuje od lat 14—15; zaczęła się zaparciem i odbijaniami, później przyłączyły się bóle, ostatnio [lat 3] „nerwy się popsuly“ i przyszło wychudnięcie.

Przy badaniu zanotowano: skóra blada, brudno-żółtawa, wychudnienie znaczne, brzuch zakłęsły z przewężeniem na wysokości pępka [talia wcięta bardzo], na skórze pręga brunatna odpowiadająca *maximum* zwężenia, ścianki umiarkowanie wiotkie; tętnienie aorty brzusznej namacalne. Płat prawy wątroby wyczuwa się niemal do *spin. ossis ilei*, gładki, ruchomy synchronicznie, z ruchami oddechowymi przepony, nieco wrażliwy; w pachwinie lewej nad więzłem POUPART'a wyczuwa się wałek podłużny; na poziomie pępka wywołuje się pluskanie, dolna granica żołądka sięga pępka. Tętno 68 drobne, przerywane; tony serca bez szmerów. W płucach zmian żadnych. Odruchy ścięgniste wzmożone; wyjście nerwu nadoczodołowego prawego na ucisk bolesne.

**Obserwacya 28.** Rak . . . Maryja, lat 24, córka poprzedniej, badana [dnia 2. III. 1894 r.] uskarża się na bóle w dołku i podżebrzach zjawiające się w dwie godziny po jedzeniu i zmuszające ją do położenia się lub skurczenia, aby tą drogą uzyskać ulgę. Również jak matka sypia źle z powodu ziębnienia nóg i budzi się rano wskutek bur-

czenia i czezości w brzuchu; dla ulżenia sobie podkłada poduszkę pod krzyż. Bóle głowy ciągłe. Czasami miewa duszność i rozpieranie w dołku, ustępujące po odbiciu się. Naczezo czuje się nieźle, tylko jest jej trochę słabo. Zaparcie stolca stałe od lat kilku, pogorszenie się choroby od roku po blednicy i pigułkach żelaznych, które wzmogły zaparcie. Życie prowadzi przeważnie siedzące.

Przy badaniu znaleziono: skórę i błony śluzowe blade; dołek na ucisk bolesny; tętnienie aorty brzusznej wyraźne; wałek poprzeczny i biodrowy lewy wymacalne dobrze; nad pępkiem o 1 cm., pluskanie głośnie wywołuje się z łatwością, burczenie w okolicy kiszki ślepej również; nerka prawa opuszczona na połowę swej długości odciska się ku tyłowi i ku górze i znowu obniża przez ucisk na okolicę lędźwiową prawą, brzuch z przewężeniem powyżej pępka. Tętno 62; tony serca czyste.

*Obserwacja 29.* D... Maryja, lat 34, żona artysty, dotknięta zaparciem stolca od 12-go roku życia, uczuciem pełności po każdym jedzeniu i wzdęciem. Do tych objawów stałych i będących już niemal stanem fizyologicznym dla chorej, od roku 1889 t. j. po drugiej ciąży, przyłączyły się bóle, zjawiające się atakami w godzin dwie po jedzeniu [zwykle po obiedzie]; bóle nadzwyczaj silne, rwące, połączone z biciem serca, bólem w okolicy przedsercowej i dusznością, oddech staje się głęboki, powolny, wdech każdy chora musi wykonać świadomie, inaczej „oddech by ustał“. Ból taki trwa godzinę, dwie, promieniuje do kręgosłupa i w podżebrze prawe. [Zwracań ani wymiotów nie bywa]. Pod ciepłym okładem, w pozycji leżącej i po zdjęciu gorsetu pomału duszność mija, serce się uspokaja, ból łagodnieje i wreszcie ustaje. Naczezo chora długo też być nie może, gdyż zjawiają się wnet: osłabienie, ssanie w dołku, bicie serca i duszność. Miesiączka bolesna i obfita. Usposobienie zmienne.

Przy badaniu znaleziono [dnia 2. III 1891 r.]: cerę żółtawą, błony śluzowe blade; język po brzegach ze śladami zębów; brzuch zakłęsty w górnej połowie [talia wcięta]; okolice podżebrza prawa, dołyszkowa i pachwinowa prawa na ucisk—bolesne; tętnienie aorty brzusznej i sznur po-

przeczuł wyczuwalny nad pępkiem na jakie 4 ctm. na poziomie zaś pępka wywołuje się z łatwością wyraźne pluskanie; burczenie przy ucisku na okolicę kiszki ślepej i nad więzłem POUPART'a lewym. Tętno 68. Zalecane wody VICHY [Grande-Grille], narkotyki, wreszcie środki czyszczące, przynosiły tylko ulgę, dopiero ponowne zajście w ciążę w 1892 roku w 6-ym miesiącu jej rozwoju położyło kres bólom i zaparciu, które już więcej nie zjawily się nawet po połogu. Chora obecnie [dnia 2. IV. 1893 r.] czuje się zupełnie zdrową, bólów wcale nie miewa, stolec ma codzienny, utylą bardzo, tak że przez zgrubiałe od tłuszczu ścianki brzuszne nic się wyczuć niemożna.

Przytoczone wyżej spostrzeżenia kliniczne wyczerpują w zupełności i potwierdzają całą symptomatologię cierpienia, tak wszechstronnie opracowaną przez GLÉNARD'a; stwierdzają stanowczo współistność skarg z przedmiotowymi zmianami odkrytymi przez tegoż autora, a w niektórych razach [obserwacje 26 i 29] służą za naoczny dowód, stwierdzający prawdziwość teorii GLÉNARD'a o zależności objawów subiektywnych od zmian w położeniu trzewiów. Tak np. ucisk na opuszczoną poprzecznicę wywołuje nagle cały szereg skarg, gdy uniesienie jej ku górze znosi większość dolegliwości. Charakterystyczne też wielce są owe skargi chorych, owe wrażenia „opadania czegoś w brzuchu ku dołowi“, „ciągnięcia na dół“, „ssania“, występujące przy zmianie pozycji ciała z poziomej na pionową, lub przy dłuższem staniu, konnej jeździe albo też owe instynktowne szukanie ulgi w położeniu zgiętem [w „kucki“], lub leżącym i unoszeniu miednicy przez podkładanie pod krzyż poduszek. Prawda, że w niektórych przypadkach brakuje tego lub innego objawu, lecz czy z tej racji wolno odrzucać wszystko, jak tego chcą niektórzy. Czy np. brak oddechu oskrzelowego lub gorączki przy typowej [sekcją stwierdzonej pneumonii] wyklucza istnienie tejże? Nie na zasadzie jednego objawu zwykło się stawiać rozpoznanie, bo jeden objaw może być w wielu chorobach, może go nawet w danym przypadku brakować, a jednak przez to rozpoznanie nie zmienia się, gdyż tylko

cały syndrom objawów stanowi jednostkę chorobową. Negując pojedyncze symptomy na tej zasadzie, że one zdarzają się i w innych cierpieniach, zatopi się rozpoznanie każdej choroby, znihiluje całą patologię szczegółową. To też niemożna i z chorobą GLÉNARD'a złatwiać się w ten sposób, jak to robią niektórzy, negujący zupełnie jej nozologiczną wartość, dlatego, że nie znajdowali bardzo często sznura poprzecznego, że natomiast sznur biodrowy lewy wyczuwa się niekiedy u zdrowych, że wielu dyspeptyków nerwowych nie ma nerki wędrującej i t. d.. Tak rozumując, można np. dowieść, że nie masz pneumonii, boć stępienie może zależeć i od nowotworu, a oddech oskrzelowy bywa i przy suchotach, a rdzawa płwocina często się nie pokazuje, a widzieć ją można w niektórych przypadkach infarktu, no i tak dalej.

Lecz jeżeli na podstawie powyższych obserwacji, zniewoleni jesteśmy przyznać, że istotnie znajdują się wśród dyspeptyków chorzy, których skargi są charakterystyczne, odmienne od innych, że skargom tym towarzyszy pewien szereg objawów przedmiotowych, że między jednymi i drugimi zachodzi pewien stosunek przyczynowości, jak to twierdzi GLÉNARD – to natomiast możemy też zrobić i następujących kilka uwag co do pracy tego autora.

Najprzód u naszych chorych nigdzie nie zauważyliśmy wyraźnej chronologicznej następności w objawach i tych trzech okresów cierpienia, o jakich, zresztą z omówieniami, wspomina GLÉNARD. Być może, że materiały nasz był tego przyczyną, jako zbierany przeważnie wśród chorych szpitalnych, a więc ze sfer, które nie przywykły zbyt do zastanawiania nad swymi dolegliwościami, dopóki te nie zmogą zupełnie organizmu i nie pozbawią chorego możności pracy. Wśród chorych zamożniejszych zarysowuje się coś podobnego do owych typów okresowych GLÉNARD'a.

Również żadną miarą niemożna przyjąć z dobrodziejstwem inwentarza twierdzenia autora, że sznur poprzeczny jest skurczoną poprzecnicą; już sam opis jego, podany przez GLÉNARD'a, musi wzbudzić bardzo poważne wątpliwości: „wałek ten ma się, zdaniem autora, wyczuwać o 2 ctm. po-



wyżej pępka“. W miejscu tem trudno spodziewać się poprzeczniczy nawet przy jej normalnem położeniu, a tem bardziej przy jej opuszczeniu, bardzo częstem aż do spojenia łonowego i poniżej, jak to zobaczymy na materyale sekcyjnym. Ze względu na umiejscowienie guza tego, jego stosunek do aorty i ze względu na to, że, jak to w dwóch przypadkach obserwowaliśmy, udaje się wyczuć drugi poprzeczny wałek poniżej pępka, wałek bardziej ruchomy, dłuższy i bardziej powierzchowny i obniżanie którego sprawia dużo typowych sensacyi, czego z pierwszym guzem wywołać nie można, trzeba zgodzić się z EWALD'em, że ów sznur o ile leży nad pępkiem, nie jest poprzeczną, lecz trzustką. Mylą się ci, co przypuszczają, aby trzustki wyczuć nie można było, dlatego, że „jest to organ zbyt wiotki“. Przeciwnie rezystencya trzustki w normalnych warunkach jest może największą ze wszystkich organów wydzielniczych; staje się ona wiotką tylko w razach wyjątkowych.

Dalej co się tyczy etyologii cierpienia, to zdaje się ona za szczupłą w opracowaniu GLENARD'a. Prócz przyczyn wymienionych przezeń trzebaby przyjąć: pewną wrodzoną słabość narządu trawienia, wyrażającą się wrodzonymi niemal zaparciami; ściskanie się gorsetem, wychłodnięcie nagłe wskutek różnych cierpień, stan zapalny kiszki grubej (*dysenteria etc.*) [obserwacya 8, 19 i 21] prowadzący do skurczenia się kiszki i jej zwisania; zły zwyczaj niewypróżniania się bądź ze względów przyzwoitości, bądź z racyi *sui generis* masturbacyi [obserwacya 24]; suchy długotrwały kaszel, mechanicznie spychający trzewia ku dołowi [obserwac. 17].

Co się tyczy wreszcie możliwości zupełnego wyleczenia enteroptozy, to pomimo tego, iż w nią stanowczo nie wierzy BOUVERET, trzeba się jednakże zgodzić, że wyleczenie zupełne jest możliwe. Przypadek 29 rozwiął ostatecznie nasz własny apriorystyczny pesymizm. Zastanawiając się nad tym przypadkiem, przyznać trzeba, że ciąża unosząc poprzecznice ku górze w ciągu paru miesięcy i rozpulchniając tkanki może w pewnych razach sprzyjać dodatnio nie tylko na zniknięcie chwilowe objawów [obserwacya 12], lecz nawet na wytworzenie się sklejeń i wreszcie trwałe umocowanie okrężnicy do przylegających organów, co może

sprawić zupełne wyleczenie. Jeżeli jednak wyleczenie zupełne jest rzadkiem, to znaczne polepszenie, równające się niemal wyleczeniu, otrzymać można w wielu razach przez zastosowanie pasa, dyetę i środki przeczyszczające łagodnie. Nie trzeba się jednak i tu ludzi nadmiernie. Pas nie zawsze znosi wszystkie dolegliwości, wymaga bowiem najprzód dokładnego przypasowania, powtórę usunięcia gorsetu, na co nie wszystkie chore się decydują, i tego wreszcie, by poprzecznicą zbyt nisko nie opadała, a więc była jeszcze w sferze działania uciskającego pasa. Niekiedy wprawdzie dosyć bywa podwiązania dolnej części brzucha nawet zwyczajnym bandażem flanelowym, aby cała masa niemiłych sensacyi zniknęła.

Wielce pomocną i nieodzowną rzeczą jest uregulowanie dyety. Chorzy dotknięci enteroptozą winni jeść naraż niewiele i stopniowo tylko przyzwyczajać się do coraz obfitszych obiadów; z obiadów trzeba wykluczyć stanowczo pokarmy tłuste, mączne, surowizny, jarzyny takie, jak kapustę, brukiew, kalafior i groch; te bowiem sprawiają wzdęcia, burczenia i częstokroć biegunkę z bólami. Również większość tych chorych nie znosi mleka w większych ilościach, powoduje bowiem ono bądź biegunkę nagłą, bądź też zaparcie, wzdęcie i bóle. Natomiast zalecić należy, w celach pobudzania kiszek do perystaltyki, spożywanie chleba razowego lub Grahama, jarzyn [marchwi, buraków], kompotów z jabłek, śliwek i miodu. W tym samym celu z dobrym nadzwyczaj skutkiem chorzy ci zażywają rano naczeczko w pół szklance wody Vichy Grande-Grille lub jej analogicznej — krople *Extr. fluidi cascarae sagradae* w ilości 30—60 kropel; krople te mają tę przewagę przed innymi środkami przeczyszczającymi, że w miarę używania ilość ich można zmniejszać, a nie zwiększać, jak to ma miejsce z innymi lekami czyszczącymi, że wywołują zwykle stolec jednorazowy bez bólów, burzeń i t. d., że jako goryczka, wpływają na podniesienie łaknienia. Stosowanie ol. rycinowego działa zwykle ujemnie.

Również częstokroć źle bardzo działają, szczególnie obfite lawatywy, powodując wzmożenie już egzystujących bólów. Tylko lawatywa z dwóch łyżek gliceryny z równą ilością

wody daje rezultat pożądaný, nie obciąża bowiem poprzeczniczy, a wywołując stolec i opróżniając *colon transversum* — znosi naraz napad bólów, o ile te zależą od nagromadzenia kału w poprzeczniczy i zwiększonej trakcyi na żołądek. Pomocnymi w przerwaniu owych bólów jest też położenie chorego na wznak i uniesienie miednicy przez podłożenie poduszki pod krzyż. Z drugiej znów strony, częstokroć podanie makowca przy długotrwałem zaparciu u takich chorych daje efekt szybki, znosząc bóle i powodując wypróżnienie obfite.

Nieźle też wpływa na uspokojenie systemu nerwowego chorych tego rodzaju podawanie fenacetyny i zastosowanie kąpeli letnich, od 29° R. — 22° R. przed spaniem. Natomiast tak często szablonowo zalecany brom, przy hypochondrycznem nastroju takich chorych, wzmaga tylko ich depresyę umysłową, ich pogńębienie psychiczne.

Masaż, tak często stosowany również szablonowo przy zaparciach stolca, tak samo prawie nigdy nie bywa tu pomocnym i często wywołuje tylko bóle i podrażnienie. Wypływa to z nieumiejętnego stosowania tego środka leczniczego, z nieliczenia się z nieprawidłowem położeniem trzewiów. Wobec takich położzeń, jakie poznamy w części anatomicznej niniejszej pracy, masaż istotnie może być niekiedy bardzo nawet szkodliwym.

[D. n.].

# PRZYCZYNEK DO METODYKI BADAŃ NAD ELASTYCZNOŚCIĄ,

Podał

Władysław Janowski <sup>1)</sup>.

(z tabl. Nr. XV).

---

W ostatnich latach kilku zajmowano się ponownie nieco żywiej kwestyą elastycznych własności tkanek. Wymienię tu dla przykładu prace R. THOMA i A. LANDERER'a <sup>2)</sup>. Owoce odnośnych prac nie są jednak bardzo okazałe, głównie z powodu niedostatecznie wyrobionej techniki badań. Celem niniejszego artykułu jest właśnie zapoznanie czytelników z przyrządem, mogącym służyć do badania tkanek elastycznych. Przyrząd ten wykonał według wskazówek prof. ŁUKJANOWA mechanik uniwersytecki tutejszy pan A. Wąsik. Przerobiłem na nim szereg doświadczeń wstępnych, mających na celu otrzymanie wskazówek, jak należy

---

<sup>1)</sup> Pracą tę wykończyłem w pracowni patologicznej na początku roku 1893. Z przyczyn niezależnych odemnie dopiero teraz mogę ją podać do druku.

<sup>2)</sup> R. THOMA. Ueber die Abhängigkeit der Bindegewebsneubildung in der Arterienintima von den mechanischen Bedingungen des Blutlaufes; VIRCHOW's Archiv. Bd. 93. 1883, p. 443; Bd. 95. 1884 p. 294; Bd. 104. 1886, p. 209 i 401; Bd. 105, p. 1 i p 197; Bd. 106. 1886, p. 421. — R. THOMA und N. KAEFER. Ueber die Elasticität gesunder und kranker Arterien; VIRCHOW's Archiv. Bd. 116. 1889, p. 1. — LUCK. Ueber Elasticitätsverhältnisse gesunder und kranker Arterienwände; Inaug.-Diss. Dorpat. 1889. Prace THOM'y w Archiwum VIRCHOW'a. Bd. 111, 112 i 113, oraz w ZIEGLER's Beiträge. Bd. X. — A. LANDERER. Die gewebespannung in ihrem Einfluss auf die örtliche Blut- und Lymphbewegung. Leipzig. 1884.

postępować przy badaniu zapomocą tego przyrządu elastycznych własności naczyń i innych tkanek żywotnych.

Zaczynam od opisu przyrządu i sposobu jego używania.

Części główne przyrządu stanowią: kamera i katetometr. Cały przyrząd [patrz rys. 1-szy] ustawiony jest na kwadratowej żelaznej płycie, której bok ma 11 ctm. długości. Trzy wyrostki żelazne, mające po 9,0 ctm. długości, odchodzące od tej płyty, są nóżkami przyrządu. W szpary, zrobione w tych nóżkach, wstawione są śruby, służące do poziomego ustawienia przyrządu [zawsze na szklanej płycie przy pomocy libelli]. Kamera jest równoległościannem. Każda strona jego podstawy ma 8,5 ctm. długości, wysokość zaś jego wynosi 22,0 ctm.. Ściany kamery zrobione są ze szkła lustrzanego, oprawnego w ramki mosiężne. Tylne ściana obniża się na kształt drzwiczek. Na rysunku drzwiczki te przedstawione są jako półotwarte, ale podczas doświadczenia należy je zamknąć zapomocą dodanej do nich zasuwki. Dno kamery stanowi gruba płyta szklana, przyklejona do żelaznej podstawy przyrządu. W celu zwilżenia powietrza w kamerze podczas prowadzenia doświadczenia, kładzie się na jej dno kilka arkusików bibuły, dobrze zmoczonych. Mosiężny daszek kamery, dobrze umocowany, posiada kilka otworów—dwa duże i pięć małych. W jeden z dużych otworów, o średnicy 1,3 ctm. wstawia się termometr; drugi jest zapasowy i podczas doświadczenia powinien być zatkany korkiem, aby zapobiedz wysychaniu powietrza w kamerze. Małe otwory, o średnicy 3 milim. znajdują się w różnej odległości od przedniej ściany kamery, leżąc wszystkie w jednej prostej linii. Przez jeden z nich wprowadza się i umocowuje uciskadło, w którym uwięziony jest górny koniec badanego ciała. Drugie także samo uciskadło umocowuje się u dolnego końca obiektu. Obydwa uciskadła [patrz rys. 2-gi] zbudowane są jednakowo, z wyjątkiem jedynie dolnego swego końca. Każde z nich składa się z dwóch blaszek nikelinowych *b* i *c*, połączonych zawiasami. Przez podstawę blaszek przechodzi śruba, ruchoma u swej podstawy i opatrzona mu-

terką. Dzięki temu, uwięznięcie obcego ciała między blaszkami uciskadła może być bardzo silne. Jedno z pomiędzy tych uciskadeł opatrzone jest na swym zwężonym końcu pręcikiem, który umocowuje się w jednym z wyżej wymienionych małych otworów w daszku kamery zapomocą murtury  $d$ . W tym celu pręcik ten opatrzone jest nacięciami śrubowatemi. Drugie uciskadło ma na dolnym swym końcu uszko, na które zawiesza się podstawka z ciężarkami, opatrzona ruchomym haczykiem. Podstawka ta jest nikelinowa i ma brzegi odwinięte ku dołowi. Ma kształt kwadratu o stronie 5 ctm. długiej. Wreszcie jest też i druga podstawka mniejsza, dla mniejszych ciężarków. Na blaszce  $c$  obydwu uciskadeł znajduje się wążutka brózdka  $e$  wypełniona tuszem. Płytki  $b$  jest nieco krótsza od płytki  $c$ , mianowicie o tyle, że swobodny brzeg płytki  $b$  znajduje się akurat na wysokości brózdki  $e$ . Długość płytki  $c=2,2$  ctm.; szerokość obydwu płytek  $=1,3$  ctm.. Badane ciało należy zacisnąć między blaszkami tak, aby brózdki  $e$  zwrócone były ku przodowi, t. j. w stronę badacza.

Katetometr ustawiony jest na osobnym wyrostku, odchodzącym od płyty, będącej podstawą przyrządu. Wyrostek ten znajduje się więc między dwiema przednimi nóżkami przyrządu, bliżej prawej z pomiędzy nich, niż lewej. Katetometr składa się z walcowatego prętu 28,5 ctm. długiego, opatrzonego podziałką, noniusa  $f$  i rurki wizernej  $g$ . Skala prętu podzielona jest na milimetry. Pręt ten jest poruszalny około swej osi podłużnej i może być umocowany w każdym położeniu zapomocą śruby  $h$ , przyciskającej rozszerzoną jego podstawę  $i$  do wyżej wymienionego wyrostka, odchodzącego od podstawy całego przyrządu. W ten sposób katetometr zostaje też w tem lub owem położeniu umocowany. Do koła  $z$  przymocowana jest libella  $j$ . Nonius  $f$  daje się z łatwością przesuwac ręcznie ku górze i nadół, sam jednak ciężarem swym ku dołowi nie opada. Chcąc wykonać noniusem ruchy delikatniejsze, należy umocować zapomocą śruby  $k$  pierścień  $m$  na pewnej wysokości i dopiero następnie zacząć działać delikatną śrubą  $l$ . Śruba  $k$  umocowana jest w wyrostku  $n$  pierścienia  $m$ , a śruba  $l$  w wyrostkach  $n$  i  $n'$ . Na oprawę noniusa włożony

jest walcowaty pierścień, opatrzony głębokiem wyźłobieniem, w które znów wstawiony jest pierścień  $o$ , swobodnie ruchomy wzdłuż podłużnej osi całego przyrządu. Skala noniusa ma 19 mm. długości i podzielona jest na 20 równych części. W ten sposób można zapomocą tego noniusa robić wymiary z dokładnością do  $\frac{1}{20}$ , *resp.* 0,05 mm. Przy wizowaniu górnego i dolnego końca badanego ciała posługujemy się rurką wzierną, leżącą na dwóch półokrągłych ramionach  $p$  i  $p'$ , odchodzących od pierścienia  $o$  i odległych od siebie nawzajem o 3,2 ctm.; grubość każdego z tych ramion wynosi 7 milim.. Zwrócony do kamery koniec rurki wizernej opatrzony jest obiektywą; koniec zaś jej przedni, t. j. zwrócony do badacza, zawiera okular, przesuwalny w kierunku przednio-tylnym zapomocą śruby  $q$ . Wewnątrz rurki znajduje się krzyż, zrobiony z nitki pajęczych. Śrubą  $t$  można przycisnąć rurkę wzierną do oprawy noniusa w każdym miejscu. Zwalniając tę śrubę, przesuwamy rurkę wzierną wzdłuż osi podłużnej całego prętu ze skalą, nie poruszając jednak ani tego ostatniego, ani noniusa. Po między ramionami  $p$  i  $p'$  leży beleczka  $r$  z pręcikiem stalowym, na który nałożona jest łapka metaliczna, lekko zgięta. Łapkę tę można umocować na każdej wysokości pręcika stalowego zapomocą śrubki  $s$ . Opuszczając łapkę tę tak, aby przylegała bezpośrednio do rurki, można tę ostatnią obracać tylko wzdłuż jej osi podłużnej. Podczas wykonywania doświadczenia łapka ta jest też zawsze opuszczona. Usunąwszy ją, można zdjąć z ramion  $p$  i  $p'$  całą rurkę, jeżeli to jest w jakimkolwiek celu niezbędnem [np. dla regulowania w niej nici pajęczych].

Dążąc do określenia wykładnika elastyczności [nie zaś wielkości tylko wydłużenia danego ciała pod wpływem pewnego obciążenia], musiałem starać się o dokładne dane, dotyczące wielkości poprzecznego przecięcia badanego ciała <sup>1)</sup>. Przypuszczając, że to przecięcie poprzeczne ma

<sup>1)</sup> MÜLLER-POUILLET'S. Lehrbuch der Physik und Meteorologie; 9 Aufl. von L. PFAUNDLER. 1 Bd., Braunschweig. 1886, p. 335 i 336 oraz S. ŁUCKJANOWA. Patologia ogólna układu krwionośnego. Warszawa. 1893. Str. 82.

kształt prostokątny, należało tylko zdążyć do zmierzenia jego podstawy oraz wysokości. Najdogodniejszym okazało się w tym celu znowu zastosowanie wyżej opisanego katetometru. Aby ten ostatni mógł w tym celu zastosować, odkręcamy mutrę  $d$ , wyjmujemy z daszka przyrządu uciśkadło, termometr i korek i ustawiamy na daszku mały stolik [patrz rys. 3-ci], składający się ze szklanej płytki  $u$ , grubości około 0,4 ctm., szerokości 5,0 ctm. i długości prawie 6,5 ctm.. Zapomocą trzech śrubek  $v$  płytkę tę ustawiamy w absolutnie poziomem położeniu, kontrolując to ostatnie zapomocą specjalnej, ułożonej na niej libelli. Ułożwszy na tym stoliku badane ciało  $w$ , otrzymujemy poszukiwane cyfry zapomocą katetometru, którego pręt jest o 6,0 ctm. wyższy ponad daszek przyrządu.

Opisawszy przyrząd, objaśnimy teraz szczegółowo sposób jego użycia. Przypuśćmy, że celem naszym jest [jak to istotnie miało miejsce] określenie wykładnika elastyczności kawałka kauczuku, mającego kształt prawidłowego pryzmatu czworobocznego. Poprzeczne jego przecięcie ma kształt czworoboku różnej wielkości. Dokładne cięcia kauczuku porobił pan Wąsik w pracowni fizycznej uniwersyteckiej.

Cały przyrząd stawia się na mocnym nieruchomym stole na szklanej płycie. Zapomocą libelli ustawia się go w absolutnie poziomem położeniu, co ma miejsce dopiero wtedy, gdy pęcherzyk powietrza w libelli zachowuje swoje położenie pośrodkowe przy poruszeniu walca ze skalą we wszystkich kierunkach. Walec ten umocowujemy zapomocą śruby  $h$  w pewnym położeniu i ustawiamy na daszku przyrządu zapomocą innej libelli wyżej wymieniony stolik w położeniu również poziomem. Następnie kładziemy na stoliku badany kawałek kauczuku, którego przecięcie poprzeczne zwracamy w stronę badacza, rozluźniamy śrubę  $k$  i podnosimy rurkę wzierną mniej więcej do wysokości górnego brzegu poprzecznego cięcia kauczuku. Na tej wysokości umocowujemy pierścień  $m$  zapomocą śruby  $k$ . Działając następnie śrubą  $l$ , ustawiamy rurkę w ten sposób, aby nitka horyzontalna znajdującego się w niej krzyża paęczonego [*resp.* miejsce skrzyżowania tych nitek] odpowia-



dała najzupełniej górnemu brzegowi badanego przecięcia poprzecznego. Dopiąwszy tego, odczytujemy odnośną cyfrę na skali oraz na noniusie. Przypuśćmy, iż otrzymaliśmy w ten sposób ilość 6,80 milim.. Rozluźniamy wtedy śrubę  $k$ , opuszczamy rurkę wzierną mniej więcej do dolnego brzegu powierzchni przecięcia i wizujemy znowu w sposób wyżej opisany wymieniony brzeg dolny [naturalnie, po uprzednim umocowaniu śruby  $k$  i działając tylko śrubą  $l$ ]. Przypuśćmy, iż katetometr wskazuje wtedy 10,30 milim.. Odejmując od tej cyfry 6,80 milim., otrzymujemy różnicę 3,50 milim., t. j. 0,35 ctm.. Ułożywszy wtedy badany kawałek kauczuku w położeniu pionowym w stosunku do poprzedniego, otrzymujemy kolejno cyfry 10,65 mm. i 7,65 mm.. Różnica więc wynosi 3,00 mm., t. j. 0,30 ctm., co oznacza grubość badanego kawałka kauczuku. Mnożąc przez siebie powyższe dwie liczby, wyliczamy wielkość płaszczyzny poprzecznego przecięcia, która równa się 0,105 ctm. kwadr.. Zwracam tu uwagę jeszcze na to, że śruba  $t$  powinna być przy wizowaniu górnego i dolnego brzegu badanego ciała przykręcona; tylko wtedy bowiem położenie rurki wziernej w stosunku do osi podłużnej całego walca i noniusa pozostaje bez zmiany.

Określiwszy powierzchnię przecięcia, usuwamy szklany stolik z daszka przyrządu i przystępujemy do zmierzenia długości badanego ciała przy różnym obciążeniu. W tym celu uciskamy koniec jego pomiędzy płytkami  $b$  i  $c$  uciskadła, starając się zacisnąć przytem możliwie najmniejszą jego część. Górne uciskadło umocowujemy w daszku kamery, na dolne zaś zawieszamy podstawkę, na którą kładziemy w ciągu dalszej pracy ciężarki. Waga tej podstawki wynosiła w naszych doświadczeniach 12,538 grm.. Naturalnie, iż uciskadła należy założyć w ten sposób, aby brózdki  $e$  znajdowały się pod prostym kątem do podłużnego wymiaru badanego ciała. Doprowadzamy następnie rurkę wzierną mniej więcej do wysokości brózdki  $e$  górnego uciskadła, a następnie ustawiamy ją zapomocą śruby  $l$  tak, aby poprzeczna nitka znajdującego się w niej krzyża pajęczego odpowiadała zupełnie górnemu [a więc w lufie dolnemu] brzegowi brózdki  $e$ . Przypuśćmy, że katetometr

wskazuje wtedy cyfrę 27,60 mm.. Powtarzamy tę samą manipulację w stosunku do dolnego uciskadła, wizując tym razem brzeg dolny [a więc w lufie górny] odnośnej brózdki  $e$ . Przypuśćmy, iż otrzymujemy wtedy cyfrę 40,65 mm. Oczywiście, długość badanego ciała wynosić będzie 40,65 mm.—27,60 mm.=13,05 mm.=1,305 ctm.. Otrzymawszy tę liczbę, obciążamy badane ciało pewnym ciężarem, który kładziemy na podstawkę, zawieszoną na dolne uciskadło. Przypuśćmy, iż ciężarek ten waży 200 grm.. Poczekawszy kilka minut, przekonywamy się przytem, że brózdka  $e$  dolnego uciskadła już się bardziej nie opuszcza i wogóle się już nie porusza. Określamy wtedy wysokość, na jakiej się ona znajduje. Doświadczenie daje nam cyfrę 41,65 mm.. A więc długość kauczukowej taśmy stała się po obciążeniu przez 200 grm. równą 4,165 ctm.—2,760 ctm.=1,405 ctm.. Innemi słowy, taśma ta wydłużyła się o 1,405 ctm.—1,305 ctm.=0,1 ctm., gdyż początkowa jej długość wynosiła 1,305 ctm..

Jak wiadomo, wykładnikiem elastyczności nazywamy wielkość wydłużenia jednostki badanego ciała przy jednostce jego wymiaru poprzecznego i jednostce obciążenia. Wielkość wykładnika  $n$  jest proporcjonalna do wydłużenia  $d$  i płaszczyzny poprzecznego przecięcia  $f$  i odwrotnie proporcjonalna do obciążenia  $p$  i długości badanego ciała  $l$ , t. j.

$$n = \frac{d f}{p l}$$

Podstawiając w powyższą formułę otrzymane na drodze doświadczalnej cyfry, otrzymujemy, że

$$n = \frac{0,1 \times 0,105}{200 \times 1,305} = 0,0000402$$

Po dokonaniu każdego z powyższych określeń, ciężarek zostaje zdjęty z podstawki. Po kilku minutach kontrolujemy, czy taśma kauczukowa przyjęła już swą długość pierwotną, czy też nie. Dopiero po powrocie badanego kawałka kauczuku do pierwotnej długości, obciążamy go kolejno innymi ciężarkami. W ten sposób postępując, otrzymaliśmy w powyższem doświadczeniu przy  $p=500$  grm.,

$n=0,0000555$ ; przy  $p=1000$  grm.,  $n=0,0000108$ . Im znaczniejszem jest obciążenie, tem dłużej należy czekać na otrzymanie największego możliwego przy niem rozciągnięcia i tym wolniej badany kawałek kauczuku powraca do swej pierwotnej długości. Wreszcie wahania te co do czasu nie przekraczają kilku minut.

Jeżeli badamy nie przyzmatyczną taśmę kauczukową, lecz masywny sznur walcowaty kauczukowy, wtedy określamy zapomocą tego samego katetometru średnicę powierzchni przecięcia, której płaszczyznę obliczamy już według formuły  $f=\pi r^2$ .

Uznając, na zasadzie wielu dokonanych prób, powyżej opisany przyrząd za zupełnie odpowiadający swemu przeznaczeniu, zaznaczam tu jednak, iż pewne zmiany w nim mogłyby się okazać czasem bardzo pożytecznemi.

Po pierwsze, byłoby lepiej, aby przyrząd cały był o kilka centymetrów wyższy i szerszy. Większa wysokość przyrządu pozwoli na rozciąganie w nim badanych ciał w szerszych granicach, bez obawy, iż podstawka z ciężarkiem dotknie się przytem dna kamery. Znaczniejsza szerokość kamery pozwoli na swobodne posługiwanie się w niej zwykłemi ciężarkami. Na naszą podstawkę, przystosowaną do rozmiarów całej kamery, nie można było zmieścić zwykłych ciężarków mosiężnych, ważących ponad 500 grm.. Chcąc stosować obciążenia o 1000 grm., zmuszony byłem obstalować ciężarek z ołowiu w kształcie pryzmatu [jest on odrysowany na rys. 1].

Po drugie, pręt walcowaty ze skalą można zrobić o jakieś 8 ctm. wyższym od kamery. Będzie wtedy można dokonywać na jej daszku wymiarów na ciałach, mających nawet 2—3 ctm. wysokości lub szerokości.

Po trzecie, w tym samym celu można zrobić podziałkę aż do górnego końca prętu.

Po czwarte, drzwiczki należałoby urządzić w kamerze nie z tyłu, lecz z boku, wskutek czego łatwiej byłoby umocowywać śrubę górnego uciskadła w daszku kamery.

## Wyniki doświadczeń.

Doświadczenia przerabiałem zarówno z czerwonym, jak i szarym kauczukiem. Podaję tu jednak tylko wyniki, otrzymane przy doświadczeniach z szarym kauczukiem, mniej rozciągliwym. Rzecz prosta, iż we wszystkich seryach doświadczeń używałem taśm, przygotowanych z tego samego materiału. Obciążenie nie było nigdy zbyt wielkie; po usunięciu odnośnych ciężarków badane kawałki kauczuku powracały do pierwotnej swej długości.

Głównym celem moich doświadczeń było przekonanie się, o ile dowolnie można zmieniać wielkości  $l$ ,  $f$  i  $p$  bez obawy otrzymania mylnych wniosków o wielkości wykładnika elastyczności danego ciała, zależnej od własności budowy tego ostatniego. Rzecz prosta bowiem, że przy doświadczeniach nad żywotnymi tkankami, np. nad ściankami naczyń, nie zawsze jesteśmy w stanie posługiwać się kawałkami jednakowej zupełnie długości lub o jednakowej zupełnie powierzchni przecięcia przy różnej tylko budowie wewnętrznej. Zmiana stopnia obciążenia znajduje się też tylko do pewnej granicy w naszej mocy, gdyż obciążenie, jeszcze możliwe dla jednego rodzaju ciała, lub tkanki, może się już okazać nadmiernem dla drugiego.

Odpowiednio do tego, zwracałem w jednej seryi swoich doświadczeń główną uwagę na wahania w długości badanego ciała, w drugiej—na zmianę wielkości powierzchni przecięcia, w trzeciej — na zmianę wielkości obciążenia. Otrzymane tą drogą wyniki zestawilem w trzech tablicach, których pewna tylko część podana jest na tem miejscu. Notowałem przytem zawsze i ciepłotę, przy której wykonywałem swoje doświadczenia. Zresztą ostatnia okoliczność nie grała w moich doświadczeniach roli, gdyż wykonywałem je wszystkie w pokoju, w którym ciepłota była zawsze około  $16^{\circ}\text{C.}$ . Pomijam też tu milczeniem kwestyę wpływu wilgoci powietrza, nie grającą w naszych doświadczeniach żadnej roli wybitniejszej.

Ponieważ  $n = \frac{df}{pl}$ , więc kwestya cała sprowadza się do wykazania, z jaką mianowicie prawidłowością i w ja-

kim kierunku zmienia się wielkość  $d$ . Gdyby przy wszystkich zmianach  $l$ ,  $f$  i  $p$  wielkość  $d$  zmieniała się zupełnie proporcjonalnie i w takim kierunku, żeby  $\frac{d}{p l}$  pozostawało zawsze równem samemu sobie, wtedy wielkość wykładnika elastyczności byłaby czemś stałym i moglibyśmy wtedy twierdzić, iż wielkości  $l$ ,  $f$  i  $p$  można zmieniać w dowolnym kierunku i w dowolnych granicach. Doświadczenie jednak naucza, że podobne stosunki pomiędzy temi liczbami nie zachodzą. Nie wiemy więc zupełnie, czy i w jakim kierunku zmienia się  $n$  przy zmianie  $l$ ,  $f$  i  $p$ . Możliwym jest na przykład, że przy zwiększeniu się  $l$  wielkość  $d$  będzie wzrastała szybciej lub wolniej od niej, a ztąd wykładnik elastyczności będzie się przy wzrastaniu  $l$  powiększał lub zmniejszał. Takie same rozmyślania możliwe są i z powodu zmiany czynników  $f$  i  $p$ . Wynika ztąd, iż formuła  $n = \frac{d f}{p l}$  sama przez się wielkości  $n$  jeszcze nie przesądza.

Rozpatrzmy się więc w niżej otrzymanych przez nas danych doświadczalnych i przyjrzyjmy się, czego nas one w tym względzie nauczą. Główne wyniki naszych poszukiwań zestawione są w poniższych trzech tablicach.

(Patrz tablicę na stronie 282, 283 i 284).

Przyjrzenie się tablicy I-ej doprowadza nas do wniosku, że wykładnik elastyczności zmniejsza się w miarę powiększania się długości badanego ciała, przynajmniej w badanych przez nas granicach. Naprz. w seryach II, III i V, w których stosunek długości był, jak 100:269, 100:248 i 100:224, t. j. w których długość jednych badanych kawałków kauczuku przechodziła długość drugich o  $2\frac{1}{2}$ — $2\frac{3}{4}$  razy, wielkości wykładników elastyczności znajdowały się w stosunku jak 100:81, 100:78, 100:91, 100:43, 100:70, 100:71, 100:74, 100:87 i 100:87.

Musimy tu jednak zaznaczyć, że powyższy wpływ na wielkość wykładnika występuje dopiero przy znaczniejszych różnicach w długości badanych kawałków kauczuku. Serya I-sza dowodzi

Tablica I.

| Serya do-<br>świadczeń. | Długość ta-<br>śmy kauczuk.<br>w centym. l. | Powierzchn.<br>przecięcia w<br>cent. kw. f. | Obciążenie<br>w gramach p. | Wydłużenie<br>taśmy w cen-<br>tym. d. | Wykładnik<br>elastyczno-<br>ści n. | Stosunek.        |                  |                    |
|-------------------------|---|---|----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------|------------------|--------------------|
|                         |   |   |                            |                                       |                                    | dłu-<br>gości l. | wydłu-<br>żeń d. | wykła-<br>dników n |
| I.                      | 1,305                                       | 0,105                                       | 200                        | 0,100                                 | 0,0000402                          | 100:170          | 100:106          |                    |
|                         | 2,095                                       |   |                            | 0,170                                 | 0,0000426                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,305                                       |   |                            | 500                                   | 0,345                              |                  |                  | 0,0000555          |
| 2,095                   | 0,505                                       | 0,0000506                                   | 100:161                    |                                       | 100:146                            | 100:91           |                  |                    |
| II.                     | 1,305                                       | 0,210                                       | 1000                       | 1,345                                 | 0,0001082                          | 100:171          | 100:106          |                    |
|                         | 2,095                                       |   |                            | 2,295                                 | 0,0001150                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,075                                       |   |                            | 200                                   | 0,060                              |                  |                  | 0,0000586          |
| 2,895                   | 0,130                                       | 0,0000472                                   | 100:217                    |                                       | 100:81                             |                  |                  |                    |
| III.                    | 1,075                                       | 0,315                                       | 500                        | 0,150                                 | 0,0000586                          | 100:269          | 100:78           |                    |
|                         | 2,895                                       |   |                            | 0,315                                 | 0,0000457                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,075                                       |   |                            | 1000                                  | 0,340                              |                  |                  | 0,0000664          |
| 2,895                   | 0,830                                       | 0,0000602                                   | 100:244                    |                                       | 100:91                             |                  |                  |                    |
| IV.                     | 1,075                                       | 0,418                                       | 200                        | 0,085                                 | 0,0001245                          | 100:106          | 100:43           |                    |
|                         | 2,665                                       |   |                            | 0,090                                 | 0,0000532                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,075                                       |   |                            | 500                                   | 0,130                              |                  |                  | 0,0000762          |
| 2,665                   | 0,225                                       | 0,0000532                                   | 100:248                    |                                       | 100:173                            | 100:70           |                  |                    |
| V.                      | 1,075                                       | 0,518                                       | 1000                       | 0,260                                 | 0,0000762                          | 100:177          | 100:71           |                    |
|                         | 2,665                                       |   |                            | 0,460                                 | 0,0000544                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,385                                       |   |                            | 200                                   | 0,060                              |                  |                  | 0,0000905          |
| 2,330                   | 0,040                                       | 0,0000359                                   | 100:67                     |                                       | 100:40                             |                  |                  |                    |
| VI.                     | 1,385                                       | 0,1925                                      | 500                        | 0,120                                 | 0,0000724                          | 100:168          | 100:60           |                    |
|                         | 2,330                                       |   |                            | 0,120                                 | 0,0000431                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,385                                       |   |                            | 1000                                  | 0,185                              |                  |                  | 0,0000558          |
| 2,330                   | 0,285                                       | 0,0000511                                   | 100:154                    |                                       | 100:92                             |                  |                  |                    |
| VII.                    | 1,170                                       | 0,285                                       | 200                        | 0,115                                 | 0,0000946                          | 100:165          | 100:74           |                    |
|                         | 2,620                                       |   |                            | 0,190                                 | 0,0000698                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,170                                       |   |                            | 500                                   | 0,305                              |                  |                  | 0,0001004          |
| 2,620                   | 0,595                                       | 0,0000874                                   | 100:224                    |                                       | 100:195                            | 100:87           |                  |                    |
| VIII.                   | 1,170                                       | 0,3850                                      | 1000                       | 0,935                                 | 0,0001538                          | 100:195          | 100:87           |                    |
|                         | 2,620                                       |   |                            | 1,820                                 | 0,0001337                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,140                                       |   |                            | 200                                   | 0,090                              |                  |                  | 0,0001520          |
| 2,520                   | 0,115                                       | 0,0000878                                   | 100:128                    |                                       | 100:58                             |                  |                  |                    |
| IX.                     | 1,140                                       | 0,518                                       | 500                        | 0,160                                 | 0,0001081                          | 100:221          | 100:72           |                    |
|                         | 2,520                                       |   |                            | 0,255                                 | 0,0000779                          |                  |                  |                    |
|                         | 1,140                                       |   |                            | 1000                                  | 0,265                              |                  |                  | 0,0000895          |
| 2,520                   | 0,585                                       | 0,0000894                                   | 100:221                    |                                       | 100:100                            |                  |                  |                    |

Tablica II.

| Serya do-<br>świadczeń. | Długość ta-<br>śmy kauczuk.<br>w centym. l. | Powierzchn.<br>przecięcia w<br>cent. kw. f. | Obciążenie<br>w gramach p | Wydłużenie<br>taśmy w cen-<br>tym. d. | Wykładnik<br>elastyczno-<br>ści n. | Stosunek.              |                        |                    |
|-------------------------|---|---|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
|                         |   |   |                           |                                       |                                    | dłu-<br>gości l.       | wydłu-<br>żeń d.       | wykła-<br>dników n |
| I.                      | 1,075                                       | 0,210<br>0,315                              | } 200                     | 0,060<br>0,085                        | 0,0000586<br>0,0001245             | } 100:150              | } 100:142              | } 100:212          |
|                         |   | 0,210<br>0,315                              |                           | } 500                                 | 0,150<br>0,130                     |                        |                        |                    |
|                         |   | 0,210<br>0,315                              | } 1000                    |                                       | 0,340<br>0,260                     |                        | 0,0000664<br>0,0000762 | } 100:78           |
| II.                     | 1,170<br>1,140                              | 0,1925<br>0,3850                            |                           | } 200                                 | 0,115<br>0,090                     | 0,0000946<br>0,0001520 | } 100:200              |                    |
|                         |   | 0,1925<br>0,3850                            | } 500                     |                                       | 0,305<br>0,160                     | 0,0001004<br>0,0001081 |                        | } 100:52           |
|                         |   | 0,1925<br>0,3850                            |                           | } 1000                                | 0,935<br>0,265                     | 0,0001538<br>0,0000895 |                        |                    |
| III.                    | 2,620<br>2,520                              | 0,1925<br>0,3850                            | } 200                     |                                       | 0,190<br>0,115                     | 0,0000698<br>0,0000878 | } 100:200              | } 100:61           |
|                         |   | 0,1925<br>0,3850                            |                           | } 500                                 | 0,595<br>0,255                     | 0,0000874<br>0,0000779 |                        |                    |
|                         |   | 0,1925<br>0,3850                            | } 1000                    |                                       | 1,820<br>0,585                     | 0,0001337<br>0,0000894 |                        | } 100:32           |
| IV.                     | 2,895<br>2,665                              | 0,210<br>0,315                              |                           | } 200                                 | 0,130<br>0,090                     | 0,0000472<br>0,0000532 | } 100:150              |                    |
|                         |   | 0,210<br>0,315                              | } 500                     |                                       | 0,315<br>0,225                     | 0,0000457<br>0,0000532 |                        | } 100:71           |
|                         |   | 0,210<br>0,315                              |                           | } 1000                                | 0,830<br>0,460                     | 0,0000602<br>0,0000544 |                        |                    |

Tablica III.

| Serya do-<br>świadczeń. | Długość ta-<br>śmý kauczuk.<br>w centym. <i>l.</i> | Powierzchn.<br>przecięcia w<br>cent. kw. <i>f.</i> | Obciążenie<br>w gramach <i>p</i> | Wydłuż. ta-<br>śmý w ctm. <i>d.</i> | Wykładnik<br>elastyczno-<br>ści <i>n.</i> | Stosunek.          |                    |                            |
|-------------------------|--|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------|--------------------|----------------------------|
|                         |  |  |                                  |                                     |   | długości <i>l.</i> | wydłużeń <i>d.</i> | wykładni-<br>ków <i>n.</i> |
| I.                      | 1,305  | 0,105  | 200                              | 0,100                               | 0,0000402                                 | 100:250:500        | 100:345:1345       | 100:138:269                |
|                         |  |  | 500                              | 0,345                               | 0,0000555                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 1,345                               | 0,0001082                                 |                    |                    |                            |
| II.                     | 2,095  | 0,105  | 200                              | 0,170                               | 0,0000426                                 | 100:250:500        | 100:297:1350       | 100:119:270                |
|                         |  |  | 500                              | 0,505                               | 0,0000506                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 2,295                               | 0,0001150                                 |                    |                    |                            |
| III.                    | 1,075  | 0,210  | 200                              | 0,060                               | 0,0000586                                 | 100:250:500        | 100:250:567        | 100:100:113                |
|                         |  |  | 500                              | 0,150                               | 0,0000586                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 0,340                               | 0,0000664                                 |                    |                    |                            |
| IV.                     | 2,895  | 0,210  | 200                              | 0,130                               | 0,0000472                                 | 100:250:500        | 100:242:638        | 100:97:128                 |
|                         |  |  | 500                              | 0,315                               | 0,0000457                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 0,830                               | 0,0000602                                 |                    |                    |                            |
| V.                      | 1,075  | 0,315  | 200                              | 0,085                               | 0,0001245                                 | 100:250:500        | 100:153:306        | 100:61:61                  |
|                         |  |  | 500                              | 0,130                               | 0,0000762                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 0,260                               | 0,0000762                                 |                    |                    |                            |
| VI.                     | 2,665  | 0,315  | 200                              | 0,090                               | 0,0000532                                 | 100:250:500        | 100:250:511        | 100:100:102                |
|                         |  |  | 500                              | 0,225                               | 0,0000532                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 0,460                               | 0,0000544                                 |                    |                    |                            |
| VII.                    | 1,170  | 0,1925   | 200                              | 0,115                               | 0,0000946                                 | 100:250:500        | 100:265:812        | 100:106:162                |
|                         |  |  | 500                              | 0,305                               | 0,0001004                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 0,935                               | 0,0001538                                 |                    |                    |                            |
| VIII.                   | 2,620  | 0,1925   | 200                              | 0,190                               | 0,0000698                                 | 100:250:500        | 100:313:957        | 100:125:191                |
|                         |  |  | 500                              | 0,595                               | 0,0000874                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 1,820                               | 0,0001337                                 |                    |                    |                            |
| IX.                     | 1,140  | 0,3850   | 200                              | 0,090                               | 0,0001520                                 | 100:250:500        | 100:178:295        | 100:71:58                  |
|                         |  |  | 500                              | 0,160                               | 0,0001081                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 0,265                               | 0,0000890                                 |                    |                    |                            |
| X.                      | 2,520  | 0,3850   | 200                              | 0,115                               | 0,0000878                                 | 100:250:500        | 100:222:509        | 100:89:102                 |
|                         |  |  | 500                              | 0,255                               | 0,0000779                                 |                    |                    |                            |
|                         |  |  | 1000                             | 0,585                               | 0,0000894                                 |                    |                    |                            |



że przy mniejszej różnicy w długości badanych kawałków, np. znajdujących się do siebie w stosunku 100:161, wykładniki ich elastyczności mogą być zupełnie prawie jednokowe. Fakt ten jest ważny pod względem praktycznym, gdyż pozwala nam nie liczyć się zupełnie z nieznacznymi różnicami w długości badanych kawałków, będącymi wynikiem wprost nieuniknionym techniki doświadczenia. Przy badaniach porównawczych pożądanym jest posługiwanie się kawałkami możliwie jednakowo długimi, ale małe pod tym względem różnice trwożyć nas nie powinny.

Różnica w wielkości wykładnika elastyczności, spowodowana różnicą w długości badanych odcinków, może wzrastać, jeżeli jednocześnie powiększa się przytem powierzchnia przecięcia. Np. w seryi VI poddaliśmy badaniu odcinki prawie takiej samej długości, co w seryi V-iej, lecz z dwa razy większą powierzchnią przecięcia. Odpowiednio do tego zmieniły się wzajemne stosunki odnośnych wykładników: zamiast stosunku 100:74, 100:87 i 100:87 otrzymujemy 100:58, 100:72 i 100:100. Jak widać, różnica wzrasta przytem dość znacznie [z wyjątkiem ostatniej grupy 100:87 i 100:100].

Powiększenie obciążenia zmniejsza różnicę w wielkości wykładników, spowodowaną przez różnice w długości badanych odcinków. Przemawiają za tem cyfry, zestawione w ostatniej kolumnie tablicy I-iej. W pierwszych dwóch seryjach występują jednak pewne odstępstwa od tego prawidła. Można przyjąć, iż znaczniejsze obciążenie znosi wpływ samej długości na wykładnik elastyczności.

Tablica II wykazuje, iż wahania w wielkości wykładnika elastyczności, zależne od zmiany poprzecznego przecięcia, podlegają prawom bardzo skomplikowanym. Z seryi I-iej, z pierwszej pary w seryi III-iej oraz z pierwszych dwóch par w seryi II i IV widać, iż przyrost wielkości poprzecznego przecięcia może prowadzić do powiększenia wykładnika elastyczności. Inne doświadczenia

wypadły jednak odwrotnie, co zależy od tego, że wchodziły przy nich w grę inne czynniki.

Istotnie, najbardziej prawidłowy przyrost wielkości wykładnika elastyczności występuje przy badaniu najkrótszych lub najmniej obciążonych odcinków. Wynika ztąd, iż dwa te czynniki grają, obok zmiany wielkości powierzchni przecięcia, też pewną rolę.

Mianowicie, im dłuższym jest badany odcinek, tym wolniej wzrasta wykładnik elastyczności przy powiększaniu się powierzchni przecięcia. Pouczającym jest pod tym względem porównanie pierwszej pary badań w seryach I i IV, II i III: odnośne wykładniki znajdują się do siebie w stosunku, jak 100:212 i 100:113, *resp.* 100:161 i 100:126.

Im większym jest obciążenie, tym wolniej powiększa się wykładnik elastyczności przy zwiększaniu się powierzchni przecięcia; gdy obciążenie jest znaczne, może wskutek tego mieć miejsce nawet zmniejszenie się wykładnika elastyczności, pomimo powiększania się powierzchni przecięcia. O słuszności tego twierdzenia przekonywa nas ostatnia kolumna liczb z tablicy II; pewne zboczenie od tego prawidła występuje tylko w seryi IV-ej.

W ten sposób pewna długość badanego odcinka i pewne jego obciążenie, działające w stronę minus'a, mogą przeważać wpływ wzrastającej powierzchni przecięcia, działającej w stronę plus'a. Druga para obserwacji z seryi II-ej wykazuje, że dzięki temu możemy dostać wyniki, możliwe do porównania, nawet przy bardzo znacznej różnicy w wielkości poprzecznego przecięcia [1:2], jeżeli będziemy brać niezbyt krótkie kawałki badanego ciała i będziemy je dostatecznie obciążać.

W doświadczeniach, zestawionych w tablicy II-ej, wielkość powierzchni poprzecznego przecięcia wahała się w granicach w stosunku 100:150 i 100:200. Przy badaniach odnośnych nad kawałkami tkanek żywotnych nie zajdzie chyba nigdy potrzeba działania w warunkach tak niedogo-

dnych. Otrzymywane przytem różnice bywają wprawdzie rzadko wielkie, jednakże lepiej jest posługiwać się przy badaniach porównawczych odcinkami o możliwie jednakowej wielkości powierzchni przecięcia <sup>1)</sup>.

Tablica III wykazuje, że *caeteris paribus* i wielkość obciążenia wywiera także swój wpływ na wielkość wykładnika elastyczności. Najczęściej stwierdzić mogłem powiększenie się wykładnika elastyczności jednocześnie ze wzrastaniem obciążenia badanego ciała. Dowodem tego serye I, II, III, VII i VIII, po części zaś i IV oraz X. Jednakże czasami przy tych warunkach wykładnik elastyczności nie ulegał wcale zmianie, lub nawet się zmniejszał — serye V, IX i VI.

Ostatnia okoliczność zależała od wpływu wielkości poprzecznego przecięcia: w miarę jego powiększenia wykładnik elastyczności nabiera skłonności do zmniejszania się przy podnoszonym coraz bardziej obciążeniu. Dowodem tego serye I i V moich doświadczeń, w których różnica dotyczyła tylko wielkości poprzecznego przecięcia: w pierwszych z pomiędzy tych seryi, z powierzchnią przecięcia równą 0,210 ctm. kwadr., *n* przy różnych obciążeniach zachowuje się, jak 100:100:113, w drugiej zaś, z powierzchnią przecięcia równą 0,315 ctm. kwadr., *n* przy tych samych wahaniami obciążenia mają się do siebie, jak 100:61:61. Podobne wyniki otrzymujemy też przy porównaniu ze sobą seryi VII i IX.

Jakim jest wpływ *l*? Przeciętnie biorąc oraz według danych z tablicy III, okazuje się, że im dłuższym jest badany kawałek kauczuku, tym wykładnik elastyczności raczej się zmniejsza, niż powiększa. Porównanie seryi I z II, III z IV oraz VII z VIII wykazuje choć nie zawsze, że przy znaczniejszej długości ciała przy-

<sup>1)</sup> Pomijam tu wpływ kształtu poprzecznego przecięcia.

rost wykładnika elastyczności występuje wraz ze zwiększonym obciążeniem wyraźniej, niż przy mniejszej długości. Przypominamy jednak, że w powyższych seryach mieliśmy do czynienia z taśmami kauczukowymi stosunkowo cienkimi. Zestawienie ze sobą seryi V i VI oraz IX i X wykazuje, iż  $n$  zmienia się przy zwiększającym się obciążeniu w długich kawałkach mniej, niż w krótkich. Ponieważ w badanych przypadkach mamy do czynienia z grubszymi kawałkami, wynika stąd, że dłuższe kawałki przeciwdziałają wpływowi wzrastającego poprzecznego przecięcia bardziej, niż krótkie.

We wszystkich tych badaniach stosunek do siebie obciążeń był, jak 100:250:500. Przy mniej znacznych pod tym względem różnicach i zmiany w  $n$  byłyby jeszcze mniejsze. W każdym razie przy badaniach porównawczych pożądanem jest posługiwanie się obciążeniem możliwie jednakowym.

Ogólny wynik badań naszych jest taki, że  $n$  ulega przy zmianie  $l$ ,  $f$  i  $p$  zmianom w pewnym określonym kierunku. Nie kusimy się bynajmniej o wyprowadzenie na zasadzie swego materiału jakichś stałych praw. Istota jednak rzeczy już z niego wypływa. Przy badaniach porównawczych nad własnościami elastycznymi ciał organicznych otrzymać można, naturalnie, najdokładniejsze dane przy  $l$ ,  $f$  i  $p$  jednakowych. Jednakże przekonaliśmy się, że wahania pod tym względem, nie przechodzące pewnych granic, trudności we wnioskowaniu nie stwarzają.

Wynika też stąd, że przy badaniu własności elastycznych dwóch ciał należy zwracać uwagę nie tylko na absolutną wielkość wykładnika przy zawsze jednakowych warunkach, lecz i przy zmiennych  $l$ ,  $f$  i  $p$ . Jest rzeczą prawdopodobną, że równość dwóch wykładników, znaleziona przy pewnej, określonej kombinacji warunków, znika przy systematycznie przeprowadzanym innym szeregu kombinacji. Zachodzące przytem zmiany w  $n$  mogą być dla różnych ciał różne.

Nadmienię w końcu, że celem moich doświadczeń nie było bynajmniej dokładne zbadanie elastyczności kauczuku<sup>1)</sup>. Zadaniem moim było jedynie wskazanie korzystnego użycia wyżej opisanego przyrządu wogóle, a ewentualnie dla tkanek żywotnych w szczególności.

---

<sup>1)</sup> Ztąd też brak tu odnośnych danych literackich.

---

PRZYCZYNEK  
DO ZMIAN ANATOMO-PATOLOGICZNYCH  
W SKÓRZE PRZY ŁUSZCZYCY (PSORIASIS).

Podał

Władysław Kopytowski.

---

(z tabl. Nr. X, XI, XII, XIII i XIV).

[Dokończenie].

10. Maryanna J., lat 30, wieśniaczka; chora ta jest z mojej praktyki prywatnej. Zgłosiła się do mnie dnia 24. V. 1892 roku. Chora niskiego wzrostu, budowy prawidłowej, odżywiania umiarkowanego.

Skóra, z wyjątkiem twarzy, dłoni i podeszew, pokryta wysypką właściwą *psoriasis guttata et punctata*; kolana, łokcie, krzyż i pośladki pokryte są wysypką w postaci *psoriasis nummularis et gyrata*. Na części włosistej głowy dużo białawych łusek.

Błony śluzowe, narządy wewnętrzne, układ nerwowy nie przedstawiają zmian. Stan ogólny zadawalający. Obciążenie dziedziczne istnieje matka chorej była dotkniętą łuszczycą. Choroba trwała prawie od roku. Chora leczyla się już kąpielami.

Wyciąłem z lewego ramienia kawałek skóry z wysypką *psoriasis punctata* i utrwaliłem go w płynie FOLL'a.

Warstwa rogowa jest znacznie zgrubiała, w niektórych jednak miejscach brak jej zupełnie. Jest ona w wysokim stopniu rozluźniona. Zabarwiła się kwasem osmowym z płynu FOLL'a nierównomiernie na kolor żółto brunatny. Konturów pojedynczych komórek w warstwie tej nie widać. Czasami widać jądra komórek, zabarwione od-

powiednimi barwnikami na kolor czerwony. Pośród warstwy rogowej widać dużo leukocytów.

Warstwa śluzowa niezmiernie zgrubiała. Oddzielne rozrosty części międzybrodawkowych są 5—6 razy większe, niż rozrosty w sąsiedniej zdrowej skórze.

Warstwa ziarnista jest niewidoczną na preparatach.

Warstwa śluzowa pod brodawkami składa się z 8—10 rzędów komórek, niekiedy jednak zaledwie z 3-ch rzędów. Komórki te bywają jajowate lub wrzecionowate, z dużymi jądrami w postaci pęcherzyków. Pośród komórek warstwy śluzowej spotykamy dużo leukocytów.

Komórki rozrostów międzybrodawkowych są powiększone, mają formę wielokątną, jądra ich są duże z 1, 2 a nawet 3 jąderkami.

Przegródki międzykomórkowe są wyraźne. W głębokich częściach warstwy śluzowej spotyka się gdzieś figury karyokinetyczne.

Warstwa podstawowa posiada 2 do 3 rzędów komórek cylindrycznych lub wielokątnych, o niewielkiej ilości protoplazmy i dużych jądrach.

W częściach górnych warstwy śluzowej spotykamy małe, poprzegradzane jamki, zawierające leukocyty.

W części dolnej warstwy śluzowej, szczególnie w okolicy brodawki, widzimy dużo komórek wrzecionowatych, zupełnie podobnych do opisanych w przypadkach poprzednich.

Brodawki są powiększone i nacieczone leukocytami; tkanka ich zawiera dużo włókien sprężystych; naczynia są rozszerzone.

Włókna sprężyste skóry widać wyraźnie; pęczki mięśniowe niezmienione.

Naczynia skórne rozszerzone; wzdłuż ich widocznym jest nacieczenie drobnokomórkowe.

Gruczoły tłuszczowe niezmienione; między komórkami ich nabłonka znajdują się pojedyncze leukocyty. Włosy niezmienione. Nerwów na preparatach nie można było znaleźć.

11. N. N., wychowaniec semiuaryum, lat 22. Chory pochodzi z mojej praktyki prywatnej, a pod obserwacją moją był od dnia 16. X. 1892 roku. Chory wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, odżywiania umiarkowanego.

Na skórze tułowia i kończyn spostrzega się bardzo obfitą wysypkę łuszczycową. Wykwity są pokryte srebrzysto białymi łuskami. Postać wysypki odpowiada *psoriasis guttatae, nummulari et orbiculari*. Część włosista głowy jest również usiana łuskami. Twarz, szyja, dłonie i podeszwy są zupełnie od wysypki wolne.

Błony śluzowe, gruczoły limfatyczne, układ nerwowy i pozostałe narządy zmian nie przedstawiają. Dziedziczność nie stwierdzona.

Choroba trwa prawie cztery miesiące. Chory był leczony rozmaitemi maściami obojętnymi i kąpielami.

Wyciąłem z lewego ramienia kawałek skóry, dotkniętej *psoriasis guttata*. Jedną połowę preparatu utrwaliłem w płynie FOLL'a—drugą w płynie MUELLER'a.

Warstwy rogowej najczęściej brak; tam jednak, gdzie została zachowana, jest zgrubiałą. Warstwa ta zabarwiła się eozyną nierównomiernie, w niektórych miejscach na kolor jasno-żółty, w innych na różowy. Konturów oddzielnych komórek w pozostałych resztkach warstwy rogowej rozróżnić niemożna. Jądra komórek występują wyraźnie w postaci podłużnych pałeczek. Między komórkami warstwy rogowej spotyka się większe skupienia leukocytów.

Warstwa śluzowa skóry chorej jest zgrubiała 5—6 razy.

Warstwa ziarnista przedstawia się na preparatach utrwalonych w płynie MUELLER'a w postaci pojedynczych komórek wrzecionowatych, zawierających nieliczne ziarna keratohyaliny. Na preparatach zaś utrwalonych w płynie FOLL'a — komórek ziarnistych nie znalazłem.

Warstwa śluzowa nad brodawkami składa się z 3—8 rzędów komórek. Warstwa ta przedstawia się wogóle nierównomiernie zgrubiałą. Komórki są tu dość duże, wrzecionowate, posiadają duże jajowate jądra z jednym lub dwo-



ma jąderkami. W wielu miejscach tej i poniżej opisanej warstwy jądra komórkowe są pomarszczone, wskutek tego widzimy po środku komórek białe, bezbarwne przestrzenie. Taki obraz dają nam jednak tylko preparaty z płynu FOLL'a.

Komórki rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej, zwłaszcza w środkowej jej części, są duże i aż do górnych szeregów ułożone prostopadle. Jądra komórek są duże, jajowate, najczęściej z dwoma jąderkami.

Warstwę podstawową stanowią małe, wielokątne komórki, ułożone w 2—3 rzędy. Komórki zawierają duże jądra i niewiele protoplazmy.

Na preparatach, utrwalonych w płynie FOLL'a, spotykałem gdzieś w warstwie śluzowej, prawie bezpośrednio nad warstwą komórek podstawowych, figury karyokinetyczne.

W górnych częściach warstwy śluzowej zauważyłem kilkakrotnie, że komórki jakby się rozsuwały, tworząc rodzaj siatki na ograniczonej przestrzeni. W oczkach tej siatki znajdowałem nagromadzenie leukocytów i komórki naskórkowe, będące w rozmaitych okresach rozpadu.

W częściach dolnych warstwy śluzowej, przeważnie w miejscach odpowiadających wierzchołkowi brodawki, spotykałem liczne komórki wrzecionowate. Z zewnętrznego swego wyglądu są one bardzo podobne do komórek śródbłonkowych, są tylko o wiele od nich większe. Czasami widać na podstawie komórki wrzecionowatej wyrostek w postaci nitki, który widocznie łączy komórkę z śródbłonkiem naczynia włosowatego.

Brodawki są znacznie powiększone; porównywając je z sąsiednimi brodawkami, należącymi do skóry zdrowej, widać, że są od nich 5—6 razy większe. Powiększenie to jest dosyć równomierne. Tkanka łączna brodawki ma wyraźne włókna łączno-tkankowe. W tkance brodawki widać też niewiele stałych komórek łączno-tkankowych, występują tam nadto czerwone ciała krwi, znaczna ilość leukocytów i powyżej opisane komórki wrzecionowate, które przenikają w postaci wachlarza do warstwy śluzowej.

Włókna sprężyste skóry i pęczki mięśniowe są bardzo rozwinięte, między pęczkami mięśniowymi spotykałem czasami oddzielne leukocyty.

Naczynia skóry są rozszerzone i w wysokim stopniu nacieczone. Nacieczenie ma postać smug wzdłuż naczyń, jest ono w górnych warstwach skóry obfitsze, niż w dolnych.

W budowie włosa nie widywałem zmian innych, oprócz rozszczepienia zewnętrznych części jego cebulek.

W gruczołach tłuszczowych zmian niema, tylko otaczająca je tkanka łączna jest cokolwiek nacieczona. To samo można powiedzieć i o gruczołach potowych, w których występują nadto niekiedy pojedyncze leukocyty między komórkami nabłonkowymi przewodów wyprowadzających. Nerwów na preparatach nie widywałem.

12. Eugenjusz P . . . , lat 14, przy rodzicach, Wstąpił do kliniki dnia 9. X. 1892 roku. Chory wzrostu i odżywiania umiarkowanego, budowy prawidłowej.

Na skórze tułowia i kończyn znajduje się wysypka w postaci *psoriasis guttata et nummularis*, w okolicy łokci, kolan i krzyża *psoriasis gyrata*. Na pokrytej włosami części głowy wysypka jest bardzo nieznaczna. Twarz, szyja, dłonie i podeszwy są wolne od wysypki.

W lewej pachwinie wyczuwa się jeden gruczoł limfaticzny wielkości orzecha laskowego. Błony śluzowe, narządy wewnętrzne i układ nerwowy zmian nie przedstawiają. Dziedziczność niewykazana. Choroba trwa prawie trzy miesiące.

Choremu wyciąłem pod lewą łopatką kawałek skóry z wysypką *psoriasis guttata*. Preparat utrwaliłem w alkoholu. Badanie mikroskopowe wykazało co następuje.

Warstwa rogowa zgrubiła. Na preparatach mikroskopowych widać, iż najczęściej warstwa ta nie przylega do żadnej innej; oddzielne jej płyty są rozszczepione w rozmaitych kierunkach. W górnych płatach kontury pojedynczych komórek są zatarte, w dolnych zaś są czasami

widoczne. Jądra komórek występują wyraźnie, począwszy już od najwyższych warstw. Jądra są mocno zabarwione hematoksyliną i mają kształt podłużnych pałeczek. Pośród warstw naskórka spotykałem małe kępki lub całe płyty leukocytów.

Warstwa śluzowa znacznie zgrubiała. Część jej międzybrodawkowa ma postać nieprawidłową i wielkość rozmałą.

Wogóle warstwa ta jest mniej więcej 5 razy grubszą; spotykałem jednak takie miejsca, na których pojedyncze rozrosty międzybrodawkowe były 8 razy większe od sąsiednich części zdrowych.

Warstwa ziarnista składa się najczęściej z dwóch szeregów komórek, lecz spotykałem miejsca, na których tworzyły one całe wysepki.

Warstwa śluzowa nad brodawkami składa się najczęściej z 8 szeregów komórek; gdzieniegdzie tylko znajdują się miejsca ścięczałe.

Komórki rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej są dosyć duże, mają duże okrągło-owalne jądra z 2 lub 3 jąderkami. W niektórych komórkach jądra są pomarszczone, co powoduje, iż na środku komórki znajdują się puste przestrzenie w kształcie obrączki lub sierpa białego koloru.

W rozrostach międzybrodawkowych warstwy śluzowej występują wyraźnie przegródki międzybrodawkowe.

W częściach górnych warstwy śluzowej spotykamy na każdym prawie preparacie nagromadzenia leukocytów. Leżą one w małych jamkach, wytworzonych po części przez komórki warstwy śluzowej, po części przez komórki rogowe. Robi to pod mikroskopem wrażenie drobnej krosty, której podstawa leży w warstwie śluzowej, a wierzchołek wystaje ponad powierzchnię warstwy rogowej. Dookoła tylko co opisanego miejsca warstwa śluzowa, jak również i leżące pod nią brodawki, są mocno nacieczone.

Warstwa podstawowa składa się z 2—3 rzędów małych komórek wielokątnych, zawierających duże, mocno

zabarwione jądra. Między komórkami warstwy podstawowej spotykałem pojedyncze leukocyty.

Komórki wrzecionowate widywałem w warstwie śluzowej nadzwyczaj rzadko.

Brodawki są znacznie powiększone; są one 3—8 razy dłuższe od normalnych brodawek skóry zdrowej i stosunkowo wąskie. Komórki tkanki łącznej brodawki są wyraźne. Tkanka brodawki ma budowę grubej siatki i jest bardzo mocno nacieczona. Naczynia są rozszerzone i niekiedy wypełnione krwią; komórki ich śródbłonkowe posiadają wyraźne podługowate jądra.

Pęczki włókien sprężystych uwydatniają się w skórze właściwej wyraźnie. Wzdłuż rozszerzonych naczyń skóry występuje nacieczenie.

Pęczki mięśniowe widać wyraźnie na preparatach.

Pośród normalnych elementów gruczołów potowych i tłuszczowych znajdują się pojedyncze leukocyty.

Włosy znajdowałem poprzecznie przecięte. Nerwów odnaleźć nie mogłem.

13. Franciszek W . . . , lat 22, wieśniak. Wstąpił do kliniki dnia 9. X. 1892 roku.

Skóra tułowia jest pokryta z przodu nieobfitą wysypką, właściwą *psoriasis guttata*. Na skórze pleców i na kończynach dość obfita wysypka ma charakter *psoriasis guttata et nummularis*. Wysypka w okolicy kolan, łokci i pośladków odpowiada najbardziej *psoriasis gyratae*. Skóra głowy, dłoni i podeszew jest wolną od wysypki.

Gruczoły limfatyczne, błony śluzowe, układ nerwowy i pozostałe narządy są bez zmian. Dziedziczność niestwierdzona. Choroba trwa 4 miesiące.

Z zewnętrznej powierzchni lewego ramienia wyciąłem choremu kawałek skóry z wysypką *psoriasis guttata* i utrwaliłem go w alkoholu.

Rogowej warstwy na preparatach mikroskopowych w wielu miejscach brak, tam zaś, gdzie jest ona zachowana, grubość jej przechodzi normalną. Zewnętrzne warstwy naskórka są rozluźnione i przedstawiają się w postaci wstęg. Konturów pojedynczych komórek nie widać, jądra

komórek w całej tej warstwie występują wyraźnie w kształcie podłużnych pałeczek. Między warstwami naskórka widać pojedyncze leukocyty lub całe ich gromady. Głębsze warstwy naskórka odznaczają się wyrazistością konturów komórek i ich jąder. W niektórych głębokich miejscach warstwy rogowej widać, że komórki są rozsunięte, budowa ich przytem zatarta, a przestrzenie między nimi są wypełnione leukocytami. Niektóre serye preparatów zawierały jedno lub dwa takie miejsca.

Warstwa śluzowa chorej skóry była 3—4 razy zgrubiała w porównaniu ze skórą zdrową.

Warstwa ziarnista składa się z 2—4 rzędów komórek, gdziekolwiek komórki ziarniste grupują się w wysepki.

Warstwa śluzowa nad brodawkami składa się najczęściej z trzech rzędów komórek. Komórki tej warstwy, jak również i komórki rozrostów międzybrodawkowych, są wrzecionowate lub sferyczne, posiadają duże jądra z dwoma jąderkami.

W górnych częściach warstwy śluzowej jądra są bardzo często pomarszczone, wskutek czego powstają w komórkach półksiężycowate, bezbarwne przestrzenie.

Warstwę podstawową tworzą dwa lub trzy rzędy komórek jajowatych, jądra ich są bardzo drobne; ilość zaś protoplazmy niewielka.

W warstwie tej spotykałem obok jąder cokolwiek ziarnistego barwnika.

Tylko w głębokich częściach warstwy śluzowej, i to nadzwyczaj rzadko, spotykałem komórki wrzecionowate i figury karyokinetyczne.

Brodawki są nierównomiernie powiększone, niektóre pięć do sześciu razy, inne zaś zaledwie dwa do trzech razy; kształt ich jest bardzo rozmaity. Komórki łączno-tkankowe zarysowują się w nich wyraźnie. Tkanka brodawek jest mocno nacieczona leukocytami. Naczynia są rozszerzone i mają bardzo wyraźny śródbłonek.

Pęczki włókien łączno-tkankowych skóry są silnie rozwinięte. Występują w niej wyraźnie komórki wrzecionowate. Wzdłuż naczyń ciągną się całe pasma leukocytów.

Włókna mięśniowe są gdzieniegdzie nacieczone. Do koła kłębków gruczołów potowych widzimy pojedyncze leukocyty. Włosów, gruczołów tłuszczowych i nerwów nie mogłem odnaleźć.

14. Abram N., lat 18, szczotkarz. Wstąpił do szpitala żydowskiego dnia 2. I. 1893 roku, na oddział chorób skórnych, zostający pod kierunkiem D-r A. ELSENBERGA. Chory średniego wzrostu, odżywiania umiarkowanego, budowy prawidłowej.

Skóra, z wyjątkiem twarzy, szyi, dłoni i podeszew, pokryta wysypką w postaci *psoriasis punctata, guttata, nummularis et gyrata*. Wykwity pokryte są łuskami koloru masy perłowej. Skóra na miejscach wykwitów sucha, zgrubiała, przerosła. Sprawa chorobowa jest najbardziej rozwinięta w okolicy łokci i na zewnętrznej powierzchni goleni.

Błony śluzowe, gruczoły limfatyczne, układ nerwowy i pozostałe narządy zmian nie przedstawiają. Dziedziczność niestwierdzona. Choroba trwa dwa lata.

Wyciąłem z pod lewej łopatki kawałek skóry wielkości soczewicy z wysypką *psoriasis guttata* i utrwałem go w nasyconym wodnym roztworze sublimatu.

Przy badaniu mikroskopowem warstwa rogowa okazała się zgrubiałą, rozluźnioną, w wielu miejscach rozszczepioną w kierunku poziomym. Miejscami jest ona od głębszych części skóry oddzielona, miejscami zaś łączy się z niemi. W niektórych miejscach preparatu warstwy rogowej brakuje całkowicie. Konturów pojedynczych komórek nie widać wcale; jądra są tylko gdzieniegdzie widoczne. Między warstwami naskórka widać dużo leukocytów.

Warstwa śluzowa jest zgrubiała, rozrosty międzybrodawkowe są bardzo nierównomierne, szerokie lub wąskie, to znów długie lub krótkie. W porównaniu z sąsiednią zdrową skórą, warstwa ta jest wogóle 3—4 razy grubsza.

Rozwój warstwy ziarnistej jest dosyć prawidłowy i składa się z 2—4 rzędów komórek.

Warstwa śluzowa pod brodawkami jest najczęściej zgrubiała. Spotykamy w niej 6—10 rzędów komórek. Ko-

mórki mają kontury wyraźne, kształt jajowaty lub wrzecionowaty, posiadają duże jądra z dwoma jąderkami. Pośród komórek tej warstwy znajdowałem pojedyncze leukocyty.

Komórki rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej są dość małe, wrzecionowate lub wielokątne, jądra pęcherzykowate, z jednym lub dwoma jąderkami.

Warstwa podstawowa przedstawia małe, cylindryczne lub wielokątne komórki, zawierające duże jądra i mało protoplazmy. Warstwa ta przechodzi stopniowo w warstwę komórek kolczastych i dlatego trudno określić, z ilu się składa szeregów komórek. W jednych miejscach widać tylko dwa rzędy komórek, w innych trzy i więcej.

W komórkach, należących do głębokiej części warstwy śluzowej, widać dużo barwnika. Ziarenka jego występują aż do trzeciego i czwartego rzędu komórek.

W głębokich warstwach komórek kolczastych, jak również między komórkami podstawowymi, spotykałem w wielkiej ilości rozmaite figury karyokinetyczne.

Brodawki są w obu swoich wymiarach 3—4 razy powiększone. Tkanka brodawek posiada budowę siatki o dużych oczkach i zawiera liczne leukocyty. W niektórych brodawkach naczynia są rozszerzone. Dokoła nich występuje drobnokomórkowe nacieczenie.

Włókna sprężystes skóry są bardzo rozwinięte, a między niemi znajdują się pojedyncze leukocyty. Rozszerzonym naczyniom skóry towarzyszy drobnoziarniste nacieczenie. Mięśnie skóry są prawidłowo rozwinięte, między pęczkami spotykałem gdzieś leukocyty. Pośród komórek nabłonkowych gruczołów potowych i tłuszczowych widywałem czasami też leukocyty.

Pochewki korzenia włosowego są rozluźnione, ścianki ich składają się z blaszek bez budowy.

Nerwów nie mogłem znaleźć.

15. Michał O . . . , lat 49, chmielarz. Zapisał się do kliniki dnia 7. I. 1893 roku. Chory niskiego wzrostu, dosyć chudy, skórę ma delikatną z żółtym odcieniem.

Na skórze tułowia i kończyn znalazłem wysypkę w postaci *psoriasis guttatae, nummularis et gyratae*. Najobfitsza

wysypka znajduje się na łokciach, kolanach, górnej trzeciej części goleni i krzyża. Na skórze głowy pokrytej włosami liczne łuski.

Błony śluzowe, narządy wewnętrzne i układ nerwowy zmian nie przedstawiają. Dziedziczność nie stwierdzona. Choroba trwa już drugi rok.

Wyciąłem w okolicy kości krzyżowej kawałek, około 2 ctm. skóry, pokrytej starą wysypką łuszczycy i utrwaliłem go w nasyconym wodnym roztworze sublimatu.

Warstwa rogowa okazała się przy zbadaniu mikroskopem zgrubiała w wysokim stopniu. Warstwa ta albo odstaje od niżej leżących części skóry, albo też łączy się z niemi. Budowa jej jest miejscami ścisłą; miejscami znowu warstwa ta jest rozszczepiona na liczne blaszki. Zabarwienie jej jest nierównomierne: obok miejsc zabarwionych na wyraźnie różowy kolor, znajdujemy inne słabo zabarwione. Kontury komórek są tylko gdzieniegdzie widoczne, czasami w warstwach powierzchniowych, czasami zaś w głębszych. Mają one formę wrzecionowatą, mocno spłaszczoną w kierunku od góry ku dołowi. Jądra komórek zarysowują się wyraźnie we wszystkich częściach warstwy rogowej i mają najczęściej kształt podłużnych, mocno zabarwionych pałeczek. Jądra komórek o konturach wyraźnych są więcej jajowate [rys. I].

Między warstwami naskórka spotykałem ogromną ilość leukocytów, tworzących bądź oddzielne kępki, bądź platy, zajmujące całe warstwy naskórka. Niekiedy natrafiałem na czerwone ciała krwi.

Warstwa śluzowa była mocno zgrubiała. Rozrosty jej międzybrodawkowe są 8—10 razy dłuższe od sąsiednich, znajdujących się w zdrowej skórze; długość ich jest wszędzie jednakowa, szerokość zaś rozmaita.

Rozwój warstwy ziarnistej jest nierównomierny. W jednych miejscach wcale jej nie widać, w innych przedstawia 2—3 rzędy komórek; wreszcie komórki, zawierające keratohyalinę, grupują się w pojedyncze grudki.

Warstwa śluzowa nad brodawkami jest słabo rozwinięta, niekiedy składa się z dwóch rzędów komórek wrzecionowatych, których jądra są najczęściej pomarszczone



Pośród komórek warstwy śluzowej znajdujemy liczne leukocyty, ułożone pojedynczo lub w grupy. W niektórych miejscach nacieczenie leukocytami przechodzi na warstwę rogową, na wielu zaś innych preparatach widać, iż nacieczenie przechodzi na warstwę śluzową z brodawek, gdzie rozpoczęło się dookoła naczyń.

Komórki warstwy śluzowej rozrostów międzybrodawkowych są mocno rozwinięte, zwłaszcza w części średniej tej warstwy. Tam też są one dwa razy większe od wyżej i niżej leżących. Komórki te są wielokątne, posiadają jądra duże, pęcherzykowate z dwoma lub trzema jąderkami.

Przestrzenie międzybrodawkowe są rozszerzone.

Warstwa podstawowa komórek, znajdujących się u wierzchołka rozrostów międzybrodawkowych, składa się z małych, wielokątnych komórek, posiadających duże jądra i mało protoplazmy. Komórki warstwy podstawowej przechodzą w komórki warstw wyżej leżących bez wyraźnych odgraniczeń. W głębokich częściach warstwy śluzowej spotyka się obok komórek podstawowych, niewielką ilość figur karyokinetycznych.

W najbardziej powierzchniowych częściach warstwy śluzowej widzimy niekiedy, iż niektóre komórki zmieniają swój kształt i tracą właściwą im zdolność barwienia się. Inny szereg komórek jest mniej zmieniony. Przestrzenie między nimi wypełniają leukocyty w mniejszej lub większej ilości, tworząc niekiedy całe smugi. Gdzieś tam spotyka się jeszcze kilka rozpadających się komórek naskórkowych. Zmianę tę w tkance naskórkowej uważam za drobny ropień lub krostę.

Niezależnie od tych drobnych ropni widzimy, iż bezpośrednio pod warstwą komórek ziarnistych warstwa rogowa oddzieliła się na nieznacznej przestrzeni. W powstałej tym sposobem jamie znajduje się jakaś zawartość drobnoziarnista, zabarwiona eozyną na kolor blado-różowy; zawartość ta gdzieś tam przedstawia się jako delikatna siatka.

Długość brodawek jest 6—8 razy zwiększona. Tkanka ich ma budowę węzłkowatą, z wyraźnymi łączno-tkanowymi komórkami wrzecionowatymi. W oczkach tkanki

brodawkowej znajdują się liczne leukocyty, a niekiedy i czerwone ciała krwi. Stopień tego nacieczenia bywa czasami bardzo znaczny i jak wyżej wspomniałem, w niektórych miejscach widać wyraźne przechodzenie jego z komórek warstwy śluzowej na naskórek. Czasami widać nadzwyczaj wyraźnie stopniowe zwiększenie nacieczenia w kierunku ku powierzchni skóry; leukocyty wypełniają wtedy wyżej opisane jamy.

Naczynia są rozszerzone, a komórki śródbłonka mocno napęczniałe. Dokoła naczyń nacieczenie jest wyraźne.

Pęczki włókien sprężystych i mięśni skóry są bardzo wydatne, między nimi spotyka się pojedyncze leukocyty.

Naczynia samej skóry są rozszerzone, dokoła nich widać nacieczenie leukocytów w postaci smug.

Włosy widać na preparatach w przecięciu ukośnem; oprócz rozluźnienia pochewek korzenia włosowego i nadmiernie rozwiniętej warstwy komórek ziarnistych, innych zmian nie przedstawiają.

Pośród komórek nabłonkowych gruczołów potowych i tłuszczowych widać niekiedy pojedyncze leukocyty.

Nerwów i w tym razie nie mogłem nigdzie odnaleźć.

16. Józef T . . . , lat 22, wyrobnik. Zapisał się do kliniki dnia 16. I. 1893 roku. Chory wzrostu średniego, odżywiania umiarkowanego, budowy prawidłowej.

Na skórze tułowia i kończyn górnych widać wysypkę właściwą *psoriasis guttata et nummularis*, na skórze kończyn dolnych wysypkę w postaci *psoriasis guttata*, *nummularis et gyrata*.

Na całej głowie, szyi, dłoniach i podszwach wysypki niema.

Błony śluzowe, gruczoły limfatyczne, układ nerwowy i pozostałe narządy zmian nie przedstawiają. Dziedziczność nie była stwierdzoną. Choroba powtórzyła się już poraz drugi. Obecna wysypka istnieje od pięciu miesięcy.

Ze skóry lewego ramienia, dotkniętej *psoriasis guttata*, wyciąłem choremu mały kawałek i utrwaliłem go w nasyconym wodnym roztworze sublimatu.

Warstwa rogowa pod mikroskopem, nieznacznie zgrubiała, niewszędzie łączy się z częścią skóry niżej leżącą. Budowa jej jest czasami ścisła, czasami zaś rozszczępiona na pojedyncze blaszki. Kontury pojedynczych komórek zatarte, jądra występują wszędzie wyraźnie. Między płatami warstwy rogowej widać nacieczenie drobno-komórkowe, najczęściej w postaci ognisk. Spotyka się też tutaj rozmaitej wielkości ogniska czerwonych ciałek krwi. Między odstającą warstwą rogową i niżej leżącą warstwą śluzową widać w niektórych miejscach masę drobnoziarnistą, leżącą pośród niezmiernie delikatnej zaledwie widocznej siatki. Masa ta zabarwiła się eozyną na błądy, nieczysty kolor różowy.

Warstwa śluzowa zgrubiała bardzo znacznie; w porównaniu z sąsiednią skórą zdrową jest ona powiększona o jakie 10 razy lub więcej. Przerost dotyczy przeważnie rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej, które są niekiedy bardzo wązkie i długie.

Warstwa komórek ziarnistych jest nierównomierna, w niektórych miejscach widać całe wysepki tych komórek, w innych znów brak ich zupełnie.

Warstwa śluzowa pod brodawkami niekiedy normalnej grubości, czasami znów ścieńczała [dwa rzędy komórek]; komórki jej są wrzecionowate, z dużym pomarszczonym jądrem. Pośrodku komórki, dokoła jądra, znajduje się jasna obwódka. W przestrzeniach międzykomórkowych gromadzą się leukocyty pojedynczo lub w grupach.

Wielkość i kształt rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej jest rozmaita; komórki jajowate lub wrzecionowate, z dużym jądrem i dwoma lub trzema jąderkami. Komórki średniej części warstwy śluzowej są powiększone. Belecзки międzykomórkowe są bardzo wyraźne.

Warstwa podstawowa składa się z dwóch lub trzech rzędów małych wielokątnych komórek, zawierających niewielką ilość protoplazmy i duże jądra z jednym lub dwoma jąderkami.

Między komórkami warstwy śluzowej spotyka się nieliczne leukocyty.

W głębokich częściach tej warstwy, zarówno jak i w komórkach, stanowiących przejście od komórek

kolczastych do cylindrycznych, spotykałem figury karyokinetyczne w różnych okresach.

Brodawki są mocno wydłużone, mają budowę siatkowatą, delikatną, a komórki wrzecionowate tkanki łącznej widać w nich wyraźnie. Tkanka brodawki jest mocno nacieczona, co jednak nie dochodzi nigdy do takiego natężenia, ażeby budowa jej była zatarta. W wielu miejscach widać, iż nacieczenie przechodzi bezpośrednio z brodawek na warstwę śluzową.

Naczynia są rozszerzone, a komórki ich śródbłonkowe znacznie napęczniałe. Niekiedy naczynia te są wypełnione krwią.

Włókna sprężyste tkanki łącznej skóry bardzo wydatne; pęczki włókien mięśniowych widać dobrze; gdzieś niedługo znajdują się między nimi leukocyty; naczynia skóry są dookoła nacieczone.

Włosy widywałem na preparatach w przecięciu ukośnym. Zmian w nich nie spotykałem; warstwa ziarnista około pochewek korzenia włosa była zachowaną. Między komórkami nabłonkowymi gruczołów tłuszczowych zdarzają się pojedyncze leukocyty. Gruczołów potowych i nerwów nie spotykałem.

---

Następne dwa przypadki, dostarczone mi przez kol. SIERZPOWSKIEGO, dostałem już jako preparaty spirytusowe. Pochodziły one również od chorych, znajdujących się w klinice. Otrzymane preparaty leżały już w spirytusie przez czas dłuższy; zatopiłem je zwykłym sposobem w parafinie.

17. Na powierzchni całego prawie preparatu widać jakąś masę drobnoziarnistą, bardzo słabo zabarwioną, której dokładnej budowy nawet przy największem powiększeniu rozpoznać niemożna. Cieńsze lub grubsze warstwy tej masy leżą nad naskórkiem preparatów.

Warstwy rogowej bądź brakuje zupełnie, bądź jest ona nieznacznie zgrubiała. W niektórych jej miejscach widać podłużne jądra; kontury komórek są wszędzie zatarte. Warstwa ta odznacza się ścisłą budową, pomiędzy zaś jej płatami znajdują się niekiedy leukocyty.

Warstwa śluzowa skóry chorej jest 3—5 razy grubszą w porównaniu z sąsiednią zdrową.

Warstwa ziarnista przedstawia się nierównomiernie, wogóle jest ona znacznie zgrubiała i składa się z 2—6 rzędów komórek. Miejscami spotyka się całe wysepki komórek ziarnistych.

Warstwa śluzowa nad brodawkami składa się z 4—8 rzędów komórek z pomarszczonymi jądrami; komórki te są duże, wrzecionowate; pomiędzy nimi widać gdzieniegdzie leukocyty.

Rozrosty międzybrodawkowe warstwy śluzowej posiadają duże, wrzecionowate lub okrągłe komórki z dużymi, czasami pomarszczonymi jądrami; jądra te mają zwykle dwa jąderka.

Warstwa podstawowa składa się z 2—3 rzędów małych komórek. Komórki te mają kształt cylindryczny lub okrągły, zawierają duże jądra i niewielką ilość protoplazmy.

W najniższych częściach warstwy śluzowej spotykam, co prawda bardzo rzadko, komórki wrzecionowate.

Przestrzenie międzykomórkowe w średniej części warstwy śluzowej są dosyć wyraźne; przegródki międzykomórkowe widać na preparatach dobrze.

Brodawki powiększone 3—4 razy; w rozszerzonych naczyniach widać napęczniałe komórki śródbłonkowe; w tkance brodawki, zwłaszcza wzdłuż naczyń, znajduje się dużo leukocytów.

Włókna sprężyste skóry i pęczki mięśniowe występują na preparatach wyraźnie; wzdłuż naczyń skóry widać całe złogi leukocytów.

Gruczoły skóry widocznych zmian nie przedstawiają. Nerwów znaleźć nie mogłem.

18. Warstwa rogowa wszędzie zachowana w postaci grubych nadwarstwień. Górnej warstwy są rozszczepione, dolne znajdują się w związku z częściami skóry leżącymi poniżej. W obu warstwach nie widać konturów pojedynczych komórek. Jądra są wszędzie dobrze zabarwione. Między warstwami naskórka widać miejscami grupy leukocytów.

Warstwa rogowa odstaje w niektórych miejscach w postaci pęcherza, wewnątrz którego znajduje się jakaś masa drobnoziarnista, niezabarwiona. Odróżnić w niej można niekiedy pojedyncze krążki, zupełnie podobne do czerwonych ciałek krwi; krążki te jednak nie zabarwiły się eozyną.

Warstwa śluzowa, w porównaniu z sąsiednią częścią zdrową skóry, zgrubiała około 6—8 razy. Wielkość i kształt rozrostów międzybrodawkowych są nierównomierne.

Rozwój warstwy ziarnistej jest bardzo niejednostajny. W niektórych miejscach można naliczyć do 6-ciu rzędów komórek, w innych zaś zaledwie dwa.

Warstwa śluzowa nad brodawkami, prawie jednostajnie zgrubiała, składa się z 6—10 rzędów komórek wrzecionowatych, których jądra są często pomarszczone.

Komórki rozrostów międzybrodawkowych są nieznacznie powiększone. Kształt ich jest wrzecionowaty lub wielokątny jądra również bardzo często pomarszczone.

Warstwa podstawowa składa się z 2—4 rzędów małych wielokątnych komórek z dużymi jądrami i niewielką ilością protoplazmy.

Na niektórych miejscach preparatów widzimy, że powierzchowne części warstwy śluzowej są rozsunięte i w powstałych tym sposobem szparach nagromadzone są leukocyty. Komórki warstwy śluzowej między leukocytami zachowują jeszcze swoją budowę, lecz barwią się odpowiednimi barwnikami bardzo słabo.

Brodawki chorych części skóry są 4—6 razy powiększone, w porównaniu z sąsiednią skórą zdrową. Tkanka ich zawiera dużo leukocytów, niekiedy jest nimi przepojona. Nacieczenie przechodzi wyraźnie na warstwę śluzową. Niekiedy udaje się zaobserwować przejście jego z brodawek aż do wyżej wymienionych szpar między komórkami warstwy śluzowej.

Włókna sprężyste i mięśniowe skóry są na preparatach wyraźne. Wzdłuż naczyń skóry widać całe smugi leukocytów.

Naokoło gruczołów potowych i tłuszczowych widać pojedyncze leukocyty.

We włosach zmian nie spostrzegalem. Nerwów nie znajdowałem.

19. Stanisław B. . . , lat 20, wieśniak. Zapisał się do kliniki dnia 14. I. 1894 roku.

Skóra tułowia i kończyn pokryta dosyć obfitą wysypką w postaci *psoriasis guttatae et nummularis*. Na łokciach, kolanach i krzyżu wysypka ma najczęściej charakter *psoriasis gyratae*. Na skórze głowy, pokrytej włosami, ilość łusek koloru białego nieznaczna. Błony śluzowe, układ nerwowy i pozostałe narządy zmian nie przedstawiają. Dziedziczności nie można było stwierdzić. Choroba trwa pół roku.

Wyciąłem kawałek skóry z okolicy łopatki, z łuszczycą w postaci *psoriasis guttatae*, i utrwaliłem preparat w stężonym roztworze sublimatu z dodatkiem półprocentowego roztworu soli kuchennej.

Warstwa rogowa części chorych, w porównaniu z sąsiednimi zdrowymi miejscami, znacznie zgrubiała. Budowa jej jest najczęściej rozluźniona. Górne jej warstwy, oddzielone od części skóry niżej leżących, przedstawiają się w postaci wstęg falistych. Zabarwienie warstwy rogowej jest prawie jednostajne. W najgłębszych nawet częściach tej warstwy niemożna rozróżnić konturów komórek. Jądra występują w całej warstwie wyraźnie w postaci podłużnych pałeczek lub owalów. Niekiedy tylko spotkać można okrągło-owalne jądra, słabo zabarwione hematoksyliną na kolor niebieski.

Między warstwami naskórka widać grupy leukocytów lub całe ich ogniska. W niektórych miejscach spotyka się nawet rodzaj małych jamek ograniczonych nazewnątrz komórkami warstwy rogowej i wypełnionych leukocytami; oprócz leukocytów, w zawartości tych jamek znajdują się pojedyncze blaszki komórek rogowych.

Warstwa śluzowa skóry chorej w porównaniu z sąsiednią zdrową jest zgrubiała około 8-iu razy; powiększenie to obejmuje zarówno części warstwy rogowej, leżące nad brodawkami, jakoteż i części międzybrodawkowe.

Pojedyncze rozrosty międzybrodawkowe są różnego kształtu i grubości. Na górnym końcu rozrostów międzybrodawkowych widać czasami jakby zagłębienia w które przenikają twory łączno-tkankowe skóry.

Komórki warstwy ziarnistej zawierają zaledwie niekiedy ziarenka keratohyaliny.

W warstwie śluzowej nad brodawkami zdarzają się miejsca, w których można naliczyć do 12-tu rzędów komórek; miejscami znów jest ich zaledwie pięć. Wogóle warstwa ta jest zgrubiała, kontury pojedynczych komórek nie są wyraźne, ciała ich, jak również i jądra, są najczęściej jajowate, czasem tylko jądra są pomarszczone.

Komórki rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej są małe. W górnych częściach mają kształt wielokątny, w dolnych zaś — jak gdyby wrzecionowaty z dużymi okrągłymi lub jajowatymi jądrami. Komórki są ugrupowane ukośnie lub prawie prostopadle, a beleczki międzykomórkowe zaledwie tylko widoczne.

Przejście komórek kolczastych w cylindryczne odbywa się stopniowo. W warstwie cylindrycznej, zwłaszcza u wierzchołków rozrostów międzybrodawkowych, można naliczyć dużo rzędów komórek. Komórki te są małe, posiadają niewiele protoplazmy i duże jądra. Figur karyokinetycznych nie widywałem.

Brodawki znacznie powiększone, w porównaniu z sąsiednimi w skórze zdrowej, mniej więcej do 8-iu razy. Tkanka brodawek jest siatkowata, o dużych oczkach, zawiera niewiele komórek wrzecionowatych. Naczynia włosowate rozszerzone, wężykowate; śródbłonek ich nie przedstawia zmian widocznych.

Niektóre brodawki, zwłaszcza u wierzchołków, są mocno nacieczone, wogóle jednak nacieczenie jest nieznaczne.

Włókna sprężyste i mięśnie skóry zmian nie przedstawiają, ścianki naczyń skóry zgrubiałe, dokoła naczyń występuje nieznaczne nacieczenie.

Nerwów, włosów i gruczołów nie spotykałem na preparatach.

20. Ignacy T..., lat 32, szewc. Zapisał się do kliniki dnia 5. II. 1894 roku.



Skóra, z wyjątkiem głowy, szyi, dłoni i podeszew, pokryta jest wysypką; łuszczyca wystąpiła tu w postaci *psoriasis guttatae, nummularis et gyratae*; łuski na wykwitach są srebrzysto białego koloru. Pod wykwitami skóra jest przerosła, zgrubiała i krwawi.

Błony śluzowe, układ nerwowy i pozostałe narządy zmian nie przedstawiają. Dziedziczność nie była stwierdzona. Choroba trwa trzy lata; od dwóch miesięcy chory się nie leczy.

Wyciąłem na plecach pod łopatką kawałek skóry z wysypką *psoriasis nummularis*.

Warstwa rogowa zgrubiała rozluźniona, układa się najczęściej w kształcie wolnej po brzegach wstęgi falistej; kontury pojedynczych komórek są zatarte. Jądra występują wszędzie wyraźnie jako podłużne pałeczki, i tylko w głębszych częściach warstwy rogowej spotyka się jądra jajowate. Między warstwami naskórka widać ogromne złogi leukocytów; w niektórych miejscach cała warstwa rogowa jest nimi nacieczona. Taki obraz dają te części warstwy rogowej, które znajdują się jeszcze w połączeniu z niżej leżącymi częściami skóry.

Warstwa śluzowa chorej skóry, w porównaniu z sąsiednią zdrową, zgrubiała 6–8 razy. Zgrubienie to dotyczy zarówno części leżących nad brodawkami, jakoteż i rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej. Ukośne cięcie skrawków spowodowało to, iż na preparatach mikroskopowych widzimy wysepki z tkanki łącznej brodawki, otoczone komórkami warstwy śluzowej.

Warstwę ziarnistą widać tylko gdzieniegdzie, wogóle jest ona słabo rozwiniętą.

Warstwa śluzowa nad brodawkami jest zgrubiała; składa się z 12 rzędów komórek, są jednak niektóre miejsca, gdzie bywa ich mniej. Komórki mają kształt jajowaty i posiadają jądra okrągło-owalne.

Między komórkami warstwy śluzowej spotyka się bardzo często dużo leukocytów, rozrzuconych lub ułożonych w grupy.

Komórki części międzybrodawkowych warstwy śluzowej są dosyć duże, układają się w górnych częściach prze-

ważnie ukośnie, w dolnych zaś—prostopadle, jądra komórkowe są okrągłe, niekiedy pomarszczone; przegródki międzykomórkowe występują wyraźnie.

Warstwa cylindryczna składa się z 2—4 rzędów komórek, które przechodzą w komórki warstwy wyżej leżącej bez wyraźnej granicy. Komórki te są małe, zawierają małą ilość protoplazmy i duże jądra.

W górnych częściach warstwy śluzowej, tuż pod warstwą rogową, a czasami w najgłębszych jej częściach, spotykamy dwojakiego rodzaju jamki, ograniczone komórkami naskórka. Jedne z nich są prawie całkowicie wypełnione leukocytami, między którymi dojrzeć można czasami resztki komórek rogowych w kształcie blaszki bez budowy. Drugi rodzaj jam wypełnia dość delikatna siatka, posiadająca w niektórych miejscach wyraźne cienutkie niteczki. Siatka ta jest zupełnie podobną do siatki włóknika. Ze względów odemnie niezależnych [preparat został zagubiony] nie mogłem go zabarwić sposobem WEIGERT'a. Komórki warstwy śluzowej, leżące pod tą jamą, bywały niekiedy w stanie rozpadu. Niedaleko jednej z owych jamek, niezupełnie ograniczonych komórkami rozpadowemi, widać było ognisko nacieczenia drobnokomórkowego, które szło w kierunku tej jamy. Druga jamka nie była wyraźnie ograniczona [patrz rys. 2-gi].

Warstwa brodawek była znacznie przerosła, a porównanie z sąsiednimi zdrowymi brodawkami przekonywa nas, że warstwa ta była 5—7 razy powiększona.

Włókna tkanki łącznej są porozsuwane, brodawki zaś mocno nacieczone. Ze względu na znaczne nacieczenie tkanki brodawek, czasami tylko widać w nich ścianki naczyń włosowatych. W górnych częściach warstwy śluzowej, odpowiadającej nagromadzeniu leukocytów, tkanka brodawek, oraz i górne części skóry właściwej, są bardzo nacieczone, w dolnych zaś częściach warstwy śluzowej, przylegających bezpośrednio do brodawek, nacieczenia wcale nie widać. Nacieczenie występuje też i pod wyżej wspomnianą jamę wypełnioną siatką włóknika.

Górne części skóry właściwej są równomiernie nacieczone. Nacieczenie to występuje najwyraźniej wzdłuż na-

czyń, ścianki naczyń są zgrubiałe, światło zaś ich wypełnione krwią. Między pęczkami mięśniowymi znajdują się pojedyncze leukocyty. Włókna łączno-tkankowe skóry są jakby napęczniałe.

Włosy spotykałem ukośnie przecięte; tkanka włosa zmian nie przedstawiała, warstwy komórek ziarnistych dookoła cebulki włosowej bardzo słabo rozwinięte, a zewnętrzne pochwłki korzenia włosowego składają się z blaszek bez budowy.

Naokoło gruczołów skóry widać słabe nacieczenie. Nerwów na preparacie nie widywałem.

21. Stanisław T . . . , lat 33, wyrobnik. Zapisał się do kliniki dnia 10. V. 1894 roku. Chory wzrostu słusznego, odżywianie umiarkowane, budowa prawidłowa.

Skóra całego ciała, z wyjątkiem twarzy, pokryta grubą jednolitą warstwą łusek, ściśle do niej przylegających; są one koloru masy perłowej lub szaro-białe. Łuski, pokrywające klatkę piersiową są znacznie większe od innych. Po zeszkobaniu ich widać podstawę zaczerwioną i zgrubiałą, krwawiącą tylko na włosistej części głowy i na plecach. Skóra twarzy jest sucha, zgrubiała, miejscami pokryta suchymi białymi łuskami, co nadaje jej wygląd, jak gdyby była obryzgana wapnem. Paznogie zgrubiałe, koloru brunatnego, wygięte jak u kota, kruche. Na dłoniach i podszwach łuski nie są tak liczne. Ilość moczu prawidłowa. Zawiera on ślady białka i cukru.

Błony śluzowe, gruczoły limfatyczne, układ nerwowy i narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Choroba rozpoczęła się przed siedmiu tygodniami i w bardzo krótkim czasie zajęła skórę całego ciała. Powtórzyła się obecnie już poraz drugi. Przed wstąpieniem do szpitala chory się nie leczył.

Wyciąłem kawałek skóry pod lewą łopatką. Połowę wziętego do badania kawałka chorej skóry utrwaliłem w stężonym wodnym roztworze sublimatu, drugą zaś połowę — w płynie MUELLER'a.

Warstwa rogowa jest niezmiernie zgrubiała, wszędzie rozszczepiona na małe faliste blaszki. Na preparatach za-

barwionych hematoksyliną i kongorotem, widzimy, iż niektóre blaszki są koloru niebieskiego, inne zaś — czerwonego. W niektórych blaszkach rogowych niepodobna zupełnie odróżnić jądra. Komórki, zawierające jądra, spotyka się bardzo rzadko, nie leżą one pojedynczo, lecz układają się w wysepki.—W warstwie tej nadzwyczajnie rzadko napotyka się małe ogniska nacieczenia drobnokomórkowego. Głębsze warstwy naskórka mają budowę zbitą. Jądra są tutaj wyraźne w postaci podłużnych pałeczek, kontury zaś pojedynczych komórek odróżnić można zaledwie gdzie-niegdzie.

Wskutek słabo rozwiniętych komórek ziarnistych, granica warstwy śluzowej nie jest bardzo wyraźna. Warstwa śluzowa jest mocno, lecz nierównomiernie rozwinięta. Kształt i wielkość rozrostów międzybrodawkowych jest bardzo różny.

Warstwa komórek ziarnistych występuje w niektórych tylko miejscach i składa się z jednego, rzadko dwóch rzędów komórek.

W warstwie śluzowej spotyka się stale dość dziwne zjawisko: części warstwy śluzowej wystają mocno ponad powierzchnię skóry w kształcie długiej, wąskiej brodawki, której część dolną stanowią zwykle komórki warstwy śluzowej, a górną—komórki z coraz bardziej jednostajnie zabarwioną protoplazmą. Im wyżej, tem kontury komórek bardziej się zacierają, a jądra ich barwią się coraz słabiej. W najniższych warstwach tego rozrostu brodawkowego jądra są okrągłe, wyżej stają się one więcej płaskie, a w górnych częściach mają kontury niewyraźne. Komórki, wchodzące w skład rozrostów brodawkowych, przechodzą w zupełnie prawie zrogowaciałe blaszki, ugrupowane w postaci wstęg, pośród których jąder odróżnić niemożna [patrz rysunek V].

Warstwa śluzowa nad brodawkami jest miejscami ścięczała [około 2-ch rzędów komórek], albo też zgrubiała. Komórki zawierają duże, okrągłe jądra.

Komórki rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej są najczęściej wielokątne, zawierają dużo jedno-

litej protoplazmy i duże jądra. Warstwa ta przechodzi stopniowo w warstwę komórek cylindrycznych.

Komórki warstwy cylindrycznej są wielokątne lub walcowate, zawierają duże jądra i nieznaczną ilość protoplazmy. Warstwa ta jest bardzo mocno rozwinięta—spotykają się miejsca, w których całe cieniutkie rozrosty międzybrodawkowe warstwy śluzowej składają się wyłącznie z takich komórek. W niektórych miejscach warstwa cylindryczna składa się z dziesięciu, a czasami i więcej rzędów komórek; figury karyokinetyczne spotyka się nadzwyczaj rzadko.

Przestrzenie międzykomórkowe występują wyraźnie.

W górnych częściach warstwy śluzowej spotyka się dosyć często maleńkie, okrągłe lub podłużne jamki, wypełnione masą drobnoziarnistą, w której widać niekiedy jakby niteczki—ścięty wysięk.

Brodawki znacznie wydłużone, włókna tkanki łącznej są ułożone luźno, a zawartość zawiera dużo leukocytów, a czasami i czerwonych ciałek krwi. Komórki wrzecionowate tkanki łącznej występują w niektórych brodawkach wyraźnie. Włókna sprężyste uwydatniają się w postaci delikatnych, falistych tasiem, szczególnie na preparatach zabarwionych kongorotem <sup>1)</sup>).

Naczynia są rozszerzone, komórki ich śródbłonkowe występują wyraźnie. W wąskich brodawkach naczynia przebiegają prawie prosto, tak że są widoczne wzdłuż całej brodawki. W naczyniach włosowatych widać dużo czerwonych ciałek krwi, mają one kierunek wężykowaty.

Naczynia skóry właściwej są rozszerzone, ścianki mają zgrubiałe, światło ich wypełnione krwią; dokoła naczyń nieznaczne nacieczenie. Komórki wrzecionowate tkanki łącznej występują wyraźnie. W górnych częściach skóry widać słabe nacieczenie leukocytami. Pęczki mięśniowe i włókna sprężyste uwydatniają się bardzo wyraźnie.

Włosów, gruczołów i nerwów niemożna było znaleźć

<sup>1)</sup> Przy tej sposobności zwrócimy uwagę na posiadaną przez kongorot własność barwienia włókien sprężystych skóry.

22. Abel F..., lat 52, handlarz. Zapisał się do kliniki dnia 21. V. 1894 roku. Chory niskiego wzrostu, budowy prawidłowej, odżywiania umiarkowanego.

Skóra całego ciała czerwona, sucha, napięta i zgrubiała, a na jej powierzchni, przeważnie na tułowiu, widać pojedyncze, dość duże łuski. Łuski te przylegają w środku mocno do skóry, brzegi zaś ich odstają. Na rękach i ramionach są one mniejsze. Miejsca wolne od łusek są czerwone, sama zaś skóra unosi się wszędzie niezmiernie trudno w fałdy. Skóra głowy, pokrytej włosami, jest również usiana drobnymi łuskami. Paznogie zgrubiałe, suche, kruche, koloru brunatnego. Palce rąk, szczególnie lewej,— w położeniu wyprostnem, wskutek czego zgiąć ich nie można. Mocz o niskim ciężarze gatunkowym [1013], w ilości prawidłowej, zawiera ślady białka i cukru.

Błony śluzowe, układ nerwowy i pozostałe narządy zmiaru nie przedstawiają. Dziedziczność nie została stwierdzoną. Choroba trwa dwa lata. Ostatnie dwa lata chory nie leczył się zupełnie.

Wyciąłem kawałek skóry pod lewą łopatką; połowę preparatu utrwaliłem w stężonym wodnym roztworze sublimatu, a drugą połowę w płynie MUELLER'a; oprócz tego zebrałem oddzielnie łuski i przygotowałem z nich również preparaty.

Na preparatach z samych łusek płyty naskórka przedstawiają się w postaci wstęg, składających się z 2—5 rzędów komórek. Komórki zachowały najczęściej swoje kontury i są mocno spłaszczone w kierunku od góry ku dołowi, wskutek czego mają kształt wrzecionowaty; między komórkami wrzecionowatymi warstwy rogowej znajdują się gdzieniegdzie i komórki jajowate. Jądra ich mają kształt podłużnych pałeczek, niekiedy jednak jajowaty. Pośród komórek rogowych jak również na ich powierzchniach, widać oddzielne lub zebrane w małe kępki leukocyty.

Na preparatach, przygotowanych ze skóry, warstwa rogowa jest lekko zgrubiała i w wielu miejscach rozszczeplona, eozyną wyraźnie na różowy kolor zabarwiona. Jądra występują wyraźnie w postaci pałeczek. Kontury komórek

można rozróżnić tylko gdzieniegdzie. Między płatami warstwy rogowej znajdowałem niekiedy nieliczne leukocyty.

Przejście warstwy rogowej w śluzową dosyć ostre, warstwa zaś śluzowa jest bardzo mocno rozwinięta.

Warstwy ziarnistej we właściwym znaczeniu, z komórkami, wypełnionymi ziarnami keratohyaliny, zupełnie nie widać. Na ich miejscu znajdują się komórki mocno splecione w kierunku podłużnym i z podłużnymi jądrami. Kontury komórek niewyraźne i mają niewiele protoplazmy; ziarna keratohyaliny spotyka się tylko gdzieniegdzie. Warstwa ta przechodzi stopniowo w warstwę komórek kolczastych.

Warstwa kolczasta nad brodawkami jest wogóle bardzo zgrubiała; w niektórych miejscach zawiera ona do 12-tu rzędów komórek. Spotykają się jednak miejsca, chociaż bardzo nieliczne, w których ilość rzędów komórek dochodzi zaledwie do 4-ch. Komórki te są wrzecionowate lub jajowate, z dużymi pęcherzykowatymi jądrami i mocno rozwiniętą siatką chromatynową. Jądra zawierają dwa lub trzy jąderka.

Rozrosty międzybrodawkowe warstwy śluzowej mają kształt stożka lub gruszki. Składają się one z dużych wielokątnych lub jajowatych komórek z dużymi pęcherzykowatymi jądrami i 2-ma, 3-ma jąderkami. Przegródki międzykomórkowe bardzo wyraźne.

Komórki warstwy cylindrycznej, zwłaszcza u wierzchołków rozrostów międzybrodawkowych, grupują się w kilka szeregów. Komórki te mają duże jądra z dwoma najczęściej jąderkami. Między komórkami warstwy walczkowatej i sąsiednimi komórkami warstwy kolczastej spotyka się bardzo dużo figur karyokinetycznych, najczęściej w postaci kłębka i gwiazd

Brodawki najbardziej rozwinięte w kierunku podłużnym, a przytem wąskie. Tkanka ich zawiera liczne komórki wrzecionowate i leukocyty, a niekiedy i czerwone ciała krwi. Rozszerzone naczynia występują wyraźnie, kontury mają proste: komórki ich śródbłonkowe są znacznie powiększone i posiadają wydatne jądra. U wierzchołka brodawki widzimy wąskie komórki wrzecionowate, które

jak się zdaje, łączą się z śródbłonkiem naczyń brodawki za pośrednictwem nitkowatych wyrostków. Ciało tych komórek znajduje się między komórkami naskórkowemi warstwy śluzowej.

W górnych częściach warstwy śluzowej, szczególnie nad mocno nacieczonemi brodawkami, widzimy niekiedy jakby przerwy łączności między brodawkami, a w powstałych tym sposobem przestrzeniach gromadzą się leukocyty.

Górne warstwy skóry są jednolicie mocno nacieczone. Naczyń znajduje się tu dużo; ścianki ich są zgrubiałe, śródbłonek mocno rozwinięty, a całe wogóle naczynia rozszerzone i albo puste, albo wypełnione krwią. Nacieczenie dookoła naczyń jest dosyć znaczne. Pęczki mięśniowe i włókna sprężyste mocno rozwinięte.

Gruczołów niemożna było znaleźć.

Włosy spotykałem w ukośnem przecięciu, bez zmian w ich budowie. Pochewki korzenia włosa były rozluźnione i składały się ze zbitych blaszek. Warstwa ziarnista dookoła włosa była mało rozwinięta.

Nerwów nie mogłem znaleźć.

23. Florjan Ł . . . , lat 12, przy rodzicach. Zapisał się do kliniki dnia 22. XI. 1894 roku. Chory średniego wzrostu, budowa i odżywianie prawidłowe.

Skóra, z wyjątkiem twarzy, szyi, dołków podkolano-nych, dłoni i podeszew, usiana wykwitami, właściwymi *psoriasis punctatae, guttatae et nummulari*. Naobfitszą jest wysypka na łokciach i krzyżu. Na skórze głowy, pokrytej włosami, widać niewielką ilość białych łusek.

Błony śluzowe, gruczoły limfatyczne, układ nerwowy i pozostałe narządy zmian nie przedstawiają. Dziedziczność niestwierdzona. Obecna choroba trwa trzy lata.

Choremu wyciąłem, bez użycia kokainy, dwa małe kawałki skóry z wysypką *psoriasis punctata* z okolicy lewej łopatkki, i utrwaliłem preparaty w sublimacie.

Warstwa rogowa nieznacznej grubości, gdzieśgdzie układa się w postaci oddzielnych wstęg falistych, w których ani konturów komórek, ani jąder dojrzeć niemożna. Części warstwy rogowej, znajdujące się jeszcze w związku



z leżącą poniżej warstwą śluzową, zawierają najczęściej jądra w kształcie pałeczek. Niekiedy, jakkolwiek bardzo rzadko, widywałem w tej warstwie kontury pojedynczych komórek rogowych.

Miejsca pokryte wysypką mają warstwę śluzową zgrubiałą 2 – 3 razy w porównaniu z warstwą śluzową sąsiedniej skóry zdrowej [patrz rys. № 6]; rozrosty międzybrodawkowe warstwy śluzowej są wogóle słabo i nierównomiernie rozwinięte.

Warstwy ziarnistej albo zupełnie niema, albo też składa się zaledwie z jednego lub dwóch rzędów komórek.

Warstwa śluzowa nad brodawkami jest silnie rozwinięta, zawiera 3 – 10 rzędów komórek, o kształcie jajowatym lub okrągłym; jądra ich są okrągło-owalne i posiadają jedno lub dwa jąderka. W niektórych miejscach tej warstwy spotykałem leukocyty pojedyncze lub ułożone w grupy. Komórki rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej nie różnią się niczem od wyżej opisanych; i ta warstwa jest gdzieśniedzie nacieczona leukocytami. Silniejsze powiększenia pozwalają tutaj widzieć małe komórki wrzecionowate, podobne do opisywanych w przypadkach poprzednich, chociaż o wiele od tamtych mniejsze. Figury karyokinetyczne spotyka się niezmiernie rzadko.

Warstwa cylindryczna różni się niewiele od wyżej leżącej warstwy i składa się z jednego lub dwóch rzędów komórek.

Brodawki są mało i nierównomiernie powiększone; niektóre są 3 – 4 razy większe, wielkość zaś innych jest prawidłowa — może są tylko cokolwiek rozszerzone. Nie we wszystkich brodawkach widać naczynia; po środku wykwitów łuszczycowego (*psoriasis guttata*) cała tkanka brodawki jest wypełniona nacieczeniem drobnokomórkowym [leukocytami], co uniemożliwia zbadanie dokładne jej budowy. Po brzegach wykwitów nacieczenie tkanki brodawek sięga dalej niż zmiany opisane w warstwie śluzowej i rogowej.

Naczynia skóry właściwej są rozszerzone, a na preparatach spotyka się dużo przeciętych naczyń; śródbłonek

ich ma wyraźne jądra; dokoła naczyń występuje znaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Po środku wykwitów leżą duże drobnokomórkowe ogniska, które szerzą się ku górze i przechodzą na warstwę brodawkową, w jednym zaś miejscu na warstwę śluzową, a nawet i rogową. Na jednej seryi skrawków widziałem w głębokich częściach warstwy rogowej tworzenie się jakby drobnego ropnia.

Włókna sprężyste skóry występują wyraźnie, miejscami są uapęczniale, a pomiędzy nimi spotykałem pojedyncze komórki łączno-tkankowe i leukocyty.

Gruczołów, włosów i nerwów na preparatach moich nie znajdowałem.

24. Antoni M. . . . , lat 19, robotnik. Zapisał się do kliniki dnia 6. I. 1895 roku. Chory umiarkowanego wzrostu, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego.

Skórę tułowia i kończyn pokrywa wysypka w postaci *psoriasis guttatae et punctatae*; wysypka zaś na łokciach i kolanach przedstawia się jako *psoriasis nummularis et gyrata*. Twarz i włosista część głowy są zupełnie od wysypki wolne.

Błony śluzowe, gruczoły limfatyczne, kościec, narządy wewnętrzne i układ nerwowy żadnych zbroczeń nie przedstawiają. Dziedziczność niestwierdzona. Choroba trwa dwa miesiące.

Wyciąłem choremu, bez pomocy kokainy, kawałek skóry dotkniętej *psoriasis punctata*, z części wyprostnej przedramienia, i utrwaliłem preparat w sublimacie.

Warstwa rogową jest mało co zgrubiała, miejscami rozdziela się na faliste włókienka. Kontarów komórek w warstwie tej nie widać; gdzieś na ograniczonej przestrzeni spotyka się jądra komórek.

Warstwa śluzowa skóry chorej jest, w porównaniu ze zdrową, grubszą 2—4 razy.

Na całym preparacie widać zachowaną warstwę ziarnistą, która zawiera 1—3 rzędów komórek.

Rozwój warstwy śluzowej nad brodawkami bardzo duży, gdyż posiada najczęściej 6—8 rzędów komórek. Warstwa ta odznacza się małymi komórkami, których kształt

jest przeważnie jajowaty; jądra tych komórek są okrągłowoalne i mają jedno, rzadko dwa jąderka. Od czasu do czasu tylko spotykałem tu pojedyncze leukocyty. Rozwój przestrzeni międzybrodawkowych warstwy śluzowej jest nierównomierny; mają one zwykle kształt stożka, którego wierzchołek zwrócony jest ku tkance skóry. Komórki przestrzeni międzybrodawkowych są nieduże, najczęściej jajowate, posiadają jądra pęcherzykowate, w których znajduje się jedno jąderko; komórki te przechodzą stopniowo w warstwę cylindryczną, na którą składają się dwa rzędy małych komórek.

Pomiędzy komórkami dolnych rzędów warstwy śluzowej spotyka się dosyć dużo komórek wrzecionowatych, które już w poprzednich przypadkach opisałem; są one tu tylko o wiele mniejsze i zawierają duże, mocno zabarwione jądra. Figur karyokinetycznych nie spotykałem.

Brodawki, w porównaniu z sąsiednimi zdrowymi, powiększone blisko 2—4 razy. Tkanka brodawki zawiera liczne, wyraźnie zabarwione włókna sprężyste. Naczyń znajduje się niewiele; pośrodku wykwitów w tkance brodawki występuje wyraźne nacieczenie leukocytami, które przechodzi i poza wykwit. Stopień uacieczenia nie jest jednak tak wielki, ażeby zacierał budowę brodawki.

Skóra właściwa przedstawia bardzo mało zmian. Zmiany te polegają na rozszerzeniu naczyń i na tworzeniu się ognisk drobnokomórkowych wzdłuż tychże naczyń.

Włosów, gruczołów i nerwów znaleźć nie mogłem.

---

Tutaj nadmienić muszę, że w dwóch jeszcze przypadkach łuszczycy [przypadek 25 i 26] których tu niepodaję szczegółowo, gdyż wynik badania nie wykazał nic nowego, świeżo wycięte kawałki skóry złożyłem w celu zbadania nerwów według metody podanej w podręczniku Stohn'a [38]. Jednak i ten sposób okazał się bezskutecznym. Dlatego też kwestyi zmiany nerwów przy łuszczycy bliżej nie dotykam.

---

W wielu przypadkach łuszczycy, z wyjątkiem preparatów, utrwalanych w płynach, zawierających kwas osmowy

i chromowy, spotykaliśmy dużą ilość pasożytów. Szczególniej na preparatach, barwionych anilinowymi barwnikami, występowały one wyraźnie. Kształt i układ tych pasożytów były bardzo rozmaite. Największą ilość znajdowaliśmy w górnych częściach warstw rogowych, przeważnie między rozszczepionemi jej blaszkami. W warstwie śluzowej nie widywaliśmy ich nigdy. Przy opisie każdego przypadku łuszczycy fakt ten omijaliśmy, ażeby uniknąć ciągłego powtarzania się.

### III.

Skończywszy opis pojedynczych, badanych przez nas przypadków łuszczycy, przystępujemy obecnie do rozbioru całego zebranego materiału oraz do wyprowadzenia na jego zasadzie niektórych uogólnień. Pozwalamy sobie na to ostatnie z tem większem prawem, że zbadany przez nas materiał jest o wiele bogatszy od zebranego przez wszystkich poprzednich badaczy, oraz że przy badaniu jego mieliśmy możność osobistego stwierdzenia wszystkich zmian, zaznaczonych przez poprzednich autorów. Zaznaczamy jednak już na wstępie, że jedne ze zmian patologicznych, właściwych łuszczycy, spostrzegaliśmy we wszystkich naszych przypadkach, inne zaś—tylko w niektórych. Pierwsze więc zaliczymy do stałych i niezbędnych objawów łuszczycy, odnośnie zaś do drugich możemy, zdaje się powiedzieć, że występują one tylko przy pewnem natężeniu choroby, lub w pewnym tylko jej okresie. Uwidocznili się to zresztą z niuiejszej części, w której opiszemy kolejno wszystkie spostrzegane przez nas przy łuszczycy zmiany. Będziemy przytem opisywać tu skórę warstwami, idąc od wolnej jej powierzchni w głąb.

Przystępując do opisu warstwy rogowej, muszę na samym początku zauważyć, że warstwa ta przedstawia się niekiedy na preparacie, ostatecznie wykończonym, inaczej niż na materiale wziętym do zbadania. Dotyczy to mianowicie ilości warstw komórek rogowych, znajdujących przy badaniu. Różnice pod tym względem zależą od bardzo prostych okoliczności. Ponieważ przy łuszczycy warstwa ro-

gowa jest bardzo słabo spojona z leżącymi pod nią warstwami skóry, więc pewna jej część odpada już przy wycinaniu kawałka skóry. Przy ostrożnem przenoszeniu preparatu do płynów utrwalających, dalsze odwarstwienie łusek miejsca już niema. Przeciwnie zaś przy przemywaniu preparatu w strumieniu wody bieżącej, łuska odpada dość często. Z następnych manipulacyj jeszcze jedna, mianowicie wyprostowywanie preparatów przed ostatecznem ich zatopieniem w parafinie, prowadzi również często do odpadania łusek. Krając skrawki na mikrotomie z pewną ostrożnością, możemy już łatwo dalszych strat uniknąć. Widzimy jednak, że strata ta może być niekiedy wogóle bardzo znaczną. To jest powodem dla którego spostrzegamy nieraz zupełny brak łusek na preparatach, pochodzących od takich chorych, u których na wykwitach znajdowano ich bardzo dużo. W drugiej kategorii przypadków w chwili wycinania kawałków skóry do zbadania łusek już nie było, ponieważ chorzy już przedtem byli leczeni, wskutek czego łuski odpadły. Powyższe okoliczności braliśmy pod uwagę w każdym poszczególnym przypadku, i tą drogą otrzymaliśmy o warstwie rogowej dane następujące.

Warstwę rogową znajdowałem wogóle zgrubiałą. W trzech przypadkach [15, 16 i 18] grubość ta była tak wielką, że zdarzały się miejsca, w których na polu mikroskopu niemożna było widzieć nic oprócz właśnie owych mas zrogowaciałych. W 9-ciu innych przypadkach [№ 3, 4, 5, 8, 9, 12, 19, 20 i 21] warstwa rogowa była też znacznie zgrubiała, ale już nie tak, jak w poprzednich. To samo odnosi się i do siedmiu następnych przypadków [№ 1, 2, 10, 13, 14, 17 i 22] w których warstwy rogowej z przyczyn powyżej wspomnianych w wielu miejscach brakowało, w których jednak tam, gdzie przypadkowo została zachowana, grubość jej była zwykle bardzo znaczna. W trzech tylko przypadkach [№ 6, 7 i 11] nie możemy powiedzieć nic stanowczego o grubości warstwy rogowej, o ile jednak można wnioskować z pozostałych gdzieniegdzie wysepek warstwy rogowej, była ona i w tych razach zgrubiała.

Co do swojej budowy, warstwa rogowa przedstawiała się w niektórych przypadkach, zresztą najmniej licznych,

jako ścisła, w innych – jako luźna, w innych wreszcie warstwa ścisła i luźna szły kolejno po sobie.

Rozluźnienie warstwy rogowej odbywało się przeważnie w kierunku pionowym, wskutek czego przedstawiała się na preparatach w postaci ułożonych poziomo falistych taśm, rozmaitej długości i grubości. W oddzielnych przypadkach warstwa rogowa przedstawiała się rozmaicie. Mianowicie w przypadku 16-ym była ona ścisłą, w 3-im, 4-tym i 15-tym było więcej miejsc z budową ścisłą, niż z luźną. We wszystkich pozostałych przypadkach [a więc w 20-tu] warstwa rogowa była rozluźnioną.

Rozpatrując szczegółowiej budowę warstwy rogowej, spostrzegamy w niej trzy zjawiska wspólne, występujące na wszystkich preparatach: 1) obecność barwiących się wyraźnie jąder komórkowych, 2) występowanie w niektórych przypadkach konturów pojedynczych komórek w głębszych warstwach, 3) niejednakową zdolność komórek tej warstwy do barwienia się.

Co się tyczy przedewszystkiem jąder, to te mają kształt bardzo rozmaity. Najczęściej są podobne do podłużnych pałeczek z końcami zaokrąglonymi; niekiedy występują w postaci wydłużonych owalów, w wyjątkowych tylko razach mają postać okrągło-owalną. Takie jądra spotykają się rzadko i barwią się bardzo słabo.

Kontury pojedynczych komórek rogowych widoczne były najwyraźniej i najczęściej w głębszych częściach warstwy rogowej. Niekiedy jednak zdarzały się preparaty, w których komórki o konturach wyraźnie zarysowanych albo leżały oddzielnie, albo też ułożone były w małe grudki pomiędzy komórkami z zatartymi konturami. Zjawisko to postaramy się objaśnić dokładniej w końcu niniejszej pracy, tutaj zaś zaznaczymy tylko, że zależy ono od niejednakowego wieku komórek naskórka. Najlepszym tego dowodem może być fakt, że jednocześnie z zatarciem konturów pojedynczych komórek warstwy rogowej ma miejsce i coraz słabszy stopień ich barwienia się. Dotyczy to zarówno ciała komórek jak i ich jąder. Mianowicie, w głębokich częściach warstwy rogowej, tam gdzie kontury komórek zaledwie gdzieś były widoczne, jądra barwiły się słabo:

w przeważnej większości w tych miejscach, w których konturów komórek nie było zupełnie widać, ciała ich barwiły się mocno eozyną, a jądra na niebiesko hematoksyliuą; wreszcie w miejscach, gdzie komórki rogowe tworzyły jednolitą tylko masę blaszek, bez dostrzeżenia śladu jąder, wszystko barwiło się na różne odcienia koloru różowego.

Ponieważ rogowacenie komórek postępuje od głębokich warstw ku powierzchni, przeto na zasadzie wyżej opisywanych obrazów, zdaje nam się, że w najwcześniejszych okresach rogowacenia, komórka traci właściwą sobie w zwykłych warunkach zdolność barwienia się barwnikami protoplazmatycznymi i jądrowymi, a później w miarę postępowania naprzód sprawy rogowacenia, zdolność tę odzyskuje. Widocznie więc okres ten nie odpowiada bynajmniej zupełnemu zrogowaceniu komórki, gdyż komórka już rogowaciejąc, normalnie traci coraz więcej zdolność barwienia się aż do zupełnego jej zatracenia.

W ten sposób tłómaczą sobie otrzymywane na preparatach mikroskopowych warstwy komórek zabarwione na przemian bądź słabo, bądź mocno. Zależy to od tego, że pod mikroskopem widzimy obok siebie komórki, będące w rozmaitych okresach rogowacenia. Ostatnia zaś okoliczność jest w związku z tem, że rogowacenie komórek naskórka postępuje nierównomiernie i zależy od przyczyn, o których pomówimy niżej.

Pomiędzy oddzielnymi warstwami komórek warstwy rogowej zwraca na siebie uwagę obecność leukocytów. Znajdujemy je we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem 8-go, w którym niepodobna rozróżnić delikatnej budowy warstwy rogowej.

Stopień uacieczenia drobnokomórkowego warstwy rogowej jest w różnych przypadkach rozmaity. Leukocyty tworzą tu bądź oddzielne, ograniczone grudki, bądź infiltrują całą warstwę równomiernie, bądź wreszcie tworzą ropnie rozmaitej wielkości.

Ograniczone ogniska leukocytów w warstwie rogowej występują na wszystkich preparatach z wyjątkiem 24 w rozmaitej ilości. Znaczniejszy stopień uacieczenia, mianowicie nagromadzenie leukocytów w postaci okrągłych kę-

pek i ognisk, spostrzegaliśmy w przypadkach № 1, 2, 13, 15, 19, 20 i 21. W przytoczonych przypadkach nacieczone były przeważnie głębsze części warstwy rogowej. Niekiedy nacieczenie przechodziło ztąd na najpowierzchniejsze części warstwy śluzowej [przypadki № 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 22 i 23]. W przypadkach № 15 i 20 spostrzegano nagromadzenie leukocytów bądź w warstwie rogowej, bądź w bardziej powierzchniowych częściach warstwy śluzowej.

Wskutek wspomnianego nacieczenia warstwy rogowej, wygląd jej pod mikroskopem był zwykle prawie jednakowy. Mianowicie, zawsze widać w niej było mniej lub więcej znaczne szpary, wypełnione leukocytami, które układały się w kilka warstw na komórkach rogowych. Jeżeli zaś było więcej, przedostając się tu z warstwy śluzowej, leukocyty tworzyły w warstwie rogowej obszerne szpary, które też same wypełniały. Takie obrazy przedstawiały preparaty, jeżeli między komórkami rogowymi nie było mas rozpadowych. W wyjątkowych natomiast razach występowały i te ostatnie. Otrzymywaliśmy wtedy obraz małych ropni, jak to widać z opisu przytoczonych przypadków [№ 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22 i 23]. Do tej kategorii należy zaliczyć ogniska, opisane w przypadkach № 2, 9, 11, 12 i 15, gdyż, widząc w nich bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe z rozpadem elementów, pośród których ma ono miejsce, trudno jest nie uznać takiej sprawy za ropną.

Bez względu na stopień nacieczenia warstwy rogowej, było ono zawsze w związku z nacieczeniem warstw skóry pod nią leżących. Zwracaliśmy nieraz na to uwagę przy opisach odpowiednich przypadków. Stwierdzaliśmy mianowicie jaknajdokładniej na całym szeregu preparatów, że im większe było nacieczenie odpowiednich brodawek, tem większe i jednostajniejsze były ogniska nacieczenia w warstwie rogowej. Takie przejście nacieczenia z brodawek na warstwę śluzową i z tej ostatniej na rogową można było bezpośrednio prześledzić w każdym przypadku.

Fakt ten ma, zdaniem naszym, ważne znaczenie przy objaśnieniu mechanizmu powstawaniu całej chorobowej



sprawy w skórze przy łuszczycy wogóle. Do tej kwestyi powrócimy jednak jeszcze we właściwym miejscu.

Oprócz drobnokomórkowego nacieczenia i małych rogni, zwracały na siebie uwagę jeszcze dwa zjawiska w warstwie rogowej, mianowicie drobne jamki, wypełnione wysiękiem surowicznym lub też jakby siatką włóknika.

O obecności wysięku surowiczego między oddzielnymi warstwami naskórka przekonaliśmy się już na zasadzie obrazów, spostrzeganych w przypadkach № 16, 18 i 20. Wyżej zaznaczyliśmy, że spostrzegano w tych przypadkach w warstwie rogowej niewielkie jamki, wypełnione zawartością drobnoziarnistą, która albo się wcale nie barwiła, albo też barwiła się eozyną na kolor bardzo blado-różowy. Już takie zachowanie się względem zwykłych barwników, nieznaczna wielkość owych ziarenek, absolutna ich nieprawidłowość i niejasność konturów wyłączały nasze pierwotne przypuszczenie, że być może, mamy tu do czynienia z pasożytami. Doszliśmy wskutek tego do wniosku, że ta mała ilość ziarenek, którą widzieliśmy w spostrzeganych jamkach zależy od ścięcia się przy macerowaniu preparatu, zawartego w owych jamkach, surowiczego wysięku.

Spotykane tutaj gdziekolwiek leukocyty jeszcze bardziej nas w tem przypuszczeniu utwierdziły. Ostatecznie przekonały nas o tem odpowiednie doświadczenia. Postawiliśmy, mianowicie, niektórym chorym wezykatorye i braliśmy do zbadania części skóry, mające pęcherze z przezroczystą zawartością. Przyrządzone z tych części skóry preparaty mikroskopowe zdziwiły nas podobieństwem znalezionych tu obrazów do obrazów wyżej opisanych. Zawartość pęcherzy była również bardzo drobnoziarnistą, niekiedy tylko barwiła się i to bardzo słabo i zawierała też bardzo mało leukocytów.

O warstwie przejrzystej nie wspominałem w całej swej pracy, gdyż w większości przypadków nie spotykałem jej w preparatach wcale, a jeżeli niekiedy znajdowałem ją, to przedstawiała się w takiej postaci, że trudno mi ją było odróżnić od głębokich części warstwy rogowej. Zaznaczę przytem, że preparaty moje pochodziły z takich miejsc skóry [skóra grzbietu i ramienia] w których i nor-

malnie warstwa ta bardzo słabo występuje [patrz ŁAWDO-  
WSKI II. 166]. W ten tylko sposób daje się powyższy fakt  
objaśnić.

Warstwa śluzowa z części chorych była w sto-  
sunku do śluzowej warstwy sąsiedniej części zdrowej zgru-  
biała. Zgrubienie owe niewszędzie było równomierne.  
Widywalimy nieraz na tym samym skrawku obok miejsc  
bardzo zgrubiałych i inne zaledwie cokolwiek zgrubiałe  
[przypadki № 1, 3, 4, 12 i 14].

Wogóle warstwa śluzowa była w naszych przypadkach  
zgrubiałą od 3 do 12-tu razy, przyczem stopień ten zgru-  
bienia nie był proporcjonalny do czasu trwania sprawy cho-  
robowej wogóle. Naprzykład w przypadku № 3 i 16 wy-  
sypka istniała, o ile się zdaje, niedawno [według opowia-  
dania chorych zaledwie kilka tygodni], a jednak warstwa  
śluzowa była w tych wykwitach 10—12 razy grubszą od  
sąsiedniej normalnej. Takie same było zgrubienie w przy-  
padkach 4-ym i 5-ym, trwających już długo; to samo odnosi  
się do dwóch innych jeszcze przypadków [№ 21 i 22] ogól-  
nej luszczycy, z których jeden przebiegał ostro, a drugi  
bardzo przewlekłe.

Pomimo to musimy jednak przyznać, że w niektórych  
przypadkach świeżych [№ 2, 8, 13, 14, 23 i 24] znajduwa-  
liśmy warstwę śluzową stosunkowo mało zgrubiałą.

Przechodzimy obecnie do szczegółowego rozpatrzenia  
oddzielnych części składowych warstwy śluzowej.

Warstwa ziarnista była we wszystkich przypadkach  
bardzo widoczna. Wyjątek stanowiły przypadki № 7, 8, 10,  
20, 21 i 22, jak również część preparatów z przypadku 1-go,  
mianowicie utrwalone w płynie MUELLER'a. We wszystkich  
tych przypadkach warstwa ziarnista była wprawdzie zgru-  
biała, ale zgrubienie to było nierównomierne. Mianowicie  
spotykaliśmy na jednym i tym samym preparacie jedne  
miejsca, w których komórki ziarniste tworzyły jeden rząd,  
inne — gdzie leżały one w 2-ch rzędach; w jeszcze innych  
komórek tych było 3—4 i więcej rzędów i wreszcie takie,  
w których komórki ziarniste tworzyły całe wysepki.

Różni autorowie opisują warstwę ziarnistą przy lu-  
szczycy rozmaicie. SUCHARD, CHAMBARD, SIRSKIJ i w osta-

tnich czasach MONTGAZZA warstwy tej na swoich preparatach wcale nie spostrzegali, THIN SCHUETZ znajdowali ją zcieńczoną, NEUMANN zgrubiała, VIDAL i LELOIR bez zmiany, KROMEYER to zcieńczoną, to znów zgrubiała.

Podobna sprzeczność zdań zależała od tego, że wymienieni autorowie badali zaledwie po kilka przypadków łuszczyca, a nadto używali niejednakowych metod utrwalenia preparatów. Nasze doświadczenie, oparte na obszernym materiale, przekonało nas, że preparaty utrwalane w płynach, zawierających kwas osmowy lub chromowy, nie wykazywały zupełnie komórek ziarnistych, a jednakże preparaty z tych samych przypadków, utrwalone w sublimacie lub alkoholu i barwione tą samą metodą, co i poprzednie, obecność komórek ziarnistych wykazywały; przypadki № 1 i 9 przekonały nas o tem wielokrotnie i stanowczo.

Ze względu na powyższą okoliczność, wnioskujemy o warstwie ziarnistej z tych tylko preparatów, które były przygotowywane bez użycia kwasu osmowego i chromowego i możemy o nich powiedzieć, że warstwa ziarnista była na nich nierównomiernie zgrubiała. Obecność lub brak łusek nad odpowiednim miejscem nie miała według moich badań, wbrew zdaniu UNN'Y [37] <sup>1)</sup>, decydującego w tym kierunku znaczenia.

Warstwa komórek koleczastych nad brodawkami była bardzo rozmaitej grubości, przeciętnie bywało w niej 5—6 rzędów komórek; krańcowe cyfry wahały się między 1—2—12 rzędami. Ścieńczenie tej warstwy znaleźliśmy na bardzo wielu skrawkach z przypadków № 4, 13, 15, 16 i 19. Zgrubienie zaś dochodzące do 10 rzędów komórek i więcej, znaleźliśmy w przypadkach № 1, 8, 14, 18, 20 i 22. Nierównomierne zgrubienie tej warstwy spostrzegaliśmy w przypadkach № 2, 5, 12 i 21. W pozostałych siedmiu przypadkach warstwa ta składała się przeciętnie z 5—10 rzędów komórek.

Tym sposobem warstwa komórek koleczastych nad brodawkami przedstawiała się co do swej grubości bardzo ro-

<sup>1)</sup> Korzystam tu ze sposobności, ażeby zaznaczyć bardzo mocne barwienie się keratohyaliny kongrotem.

zmaicie, była jednak wogóle przerosła, choć nierównomiernie.

Komórki warstwy tej były wrzecionowate lub jajowate; kontury ich ostre, jądra duże, jajowate z 1 lub 2 jąderkami.

Pomiędzy komórkami warstwy śluzowej spotykaliśmy często nagromadzenia leukocytów. Zjawisko to było tu jeszcze częstszem, niż w warstwie rogowej [przypadki № 4, 6, 8, 9, 10, 12, 18, 20, 22 i 23]. Ażeby nie powtarzać tu znów szczegółów opisu, powołujemy się na rysunek 3, który przedstawia jeden z ropni, znajdujących się w górnej części warstwy śluzowej. Widzimy na tym rysunku, iż ropień taki składa się z leukocytów i komórek rogowych w rozmaitych okresach rozpadu.

Oprócz jamek, wypełnionych leukocytami, znajdują się w górnej części warstwy śluzowej inne z zawartością drobnoziarnistą, podobną do tej, jaką spotykaliśmy w warstwie rogowej. Mamy tutaj na myśli przypadki № 4, 5, 15 i 21.

Wreszcie w jednym przypadku [№ 20] znaleźliśmy pośród warstwy śluzowej jamkę z zawartością siatkowatą.

Części międzybrodawkowe warstwy śluzowej mają rozmaitą postać. Górna część owych rozrostów jest najczęściej o wiele szerszą od podstawy; dlatego też części międzybrodawkowe mają na preparatach kształt buławy, butelki lub ściętego ostrokręgu. Rozrost części międzybrodawkowej jest zarówno w kierunku podłużnym jak i poprzecznym nierówny.

Komórki, stanowiące tę warstwę szczególniejszą jej średnią, są wielkie. Im bliżej ku warstwie cylindrycznej, tem komórki owe stają się mniejszemi, a to kosztem protoplazmy, przy zachowanych stale dużych jądrach. Przejście w warstwę cylindryczną odbywa się najczęściej niepostrzeżenie.

Kształt komórek, stanowiących tę warstwę, jest wrzecionowaty, jajowaty albo wielokątny. Zawierają one duże jądra pęcherzykowate i znaczną ilość protoplazmy. Na wielu preparatach jądra są zmarszczone i przybierają wtedy najczęściej postać sierpa, przylegającego do ścianki komórki: część środkowa komórki zawiera wtedy pustą prze-

strzeń, jak gdyby wakuole. Powyższe obrazy widywaliśmy częściej w bardziej powierzchniowym odcinku warstwy śluzowej niż w głębszych. Występowały one najczęściej w przypadku № 1, 2, 3, 4, 5, 9, 11, 13, 17, 18 i 22. Zjawisko to spostrzegali dawniej KROMEYER, SCHUETZ i MONTAGAZZA, którzy uważali je za wynik zwyrodnienia wodnisteo (*hydropische Degeneration*). Zdaniem mojem, zależy ono poprostu od działania płynów utrwalających, albo też od podwyższonej ciepłoty w termostacie. Na dowód tego twierdzenia może służyć mój pierwszy przypadek, z którego jeden kawałek chorej skóry, utrwalony w sublimacie, miał jądra pomarszczone, drugi zaś, wzięty z tego samego miejsca skóry, lecz utrwalony w płynie MUELLER'a, zawierał jądra pęcherzykowate. Również i w przypadku 11-ym widzieliśmy, iż część preparatu, utrwalona w płynie FOLL'a, posiadała jądra pomarszczone, preparaty zaś z płynu MUELLER'a podobnych jąder nie miały. Następnie jądra pomarszczone występowały na przegrzanych w termostacie preparatach z przypadku № 17 i 18. Podobnych przykładów moglibyśmy przytoczyć więcej. Zaznaczymy tu w końcu, że zaledwie na dwóch preparatach [przypadek 12 i 20], utrwalonych w alkoholu, jąder pomarszczonych wcale nie widzieliśmy.

Przeźrzenie międzykomórkowe były w większości przypadków rozszerzone, kolce zaś pojedynczych komórek wyraźne.

W preparatach, utrwalanych w płynach zawierających kwas osmowy, albo też w roztworze sublimatu, spotykaliśmy dosyć często figury karyokinetyczne. Takie obrazy widywaliśmy najczęściej w głębszych częściach warstwy komórek kolczastych, bezpośrednio nad warstwą komórek cylindrycznych. Spotykaliśmy je również i w samej warstwie wałeczkowej. W przypadku 22 widzieliśmy ilość komórek w stanie karyokinezy olbrzymią: było ich na każdym polu widzenia po 1—4. W znacznej ilości widywaliśmy też takie komórki w przypadku № 1, 2, 7, 8, 10 i 11.

Pomiędzy komórkami części średniej głębokiej warstwy śluzowej spotykaliśmy niekiedy nieznaczną ilość leukocytów. Gromadziły się one w większej ilości pomiędzy

komórkami warstwy śluzowej, leżącymi tuż pod wyżej opisanymi ropniami. Niekiedy można było przesledzić bezpośrednio przechodzenie leukocytów z brodawek na warstwę śluzową i ztąd na rogową.

Ugrupowanie komórek warstwy śluzowej, na które pierwszy zwrócił uwagę NEUMANN, bywa bardzo rozmaite. Mogę pod tym względem potwierdzić tylko wnioski NEUMANN'a, że komórki warstwy śluzowej ułożone są tuż nad warstwą podstawową przeważnie pionowo; w części średniej są wielokątne i leżą albo bez porządku, albo też ukośnie w stosunku do swobodnej powierzchni skóry; wreszcie, zbliżając się do tej ostatniej, przybierają formę coraz bardziej wrzecionowatą i układają się swym długim wymiarem równolegle do swobodnej powierzchni skóry.

Warstwa podstawowa składała się najczęściej z 2—4 rzędów komórek. Najbardziej była ona rozwiniętą w częściach głębszych rozrostów międzykomórkowych warstwy śluzowej. W niektórych przypadkach rozwój tej warstwy był bardzo znaczny. Naprzykład w moim przypadku 6-ym można było naliczyć do 5-ciu rzędów komórek podstawowych, w przypadkach zaś 21 i 22—do 12 warstw. Niekiedy całe wązkie rozrosty międzybrodawkowe składały się wyłącznie z komórek cylindrycznych. Podobne powiększenie ilości komórek podstawowych opisali dawniej NEUMANN, SCHUETZ i MONTEGAZZA.

W naszych przypadkach komórki tej warstwy były małe; czasami tylko zachowały one swoją formę cylindryczną, najczęściej zaś były wielokątne. Posiadały duże jądra i niewiele protoplazmy, szczególnie w porównaniu z komórkami warstw wyżej leżących. Protoplazma ich barwiła się dobrze odpowiednimi barwnikami.

Przejście komórek warstwy cylindrycznej w komórki *str. spinosi* odbywało się, jak to wyżej zaznaczyliśmy, najczęściej zupełnie stopniowo tak, że w niektórych razach trudno było rozstrzygnąć, do jakiej mianowicie grupy komórek dany ich rząd zaliczyć należy — do cylindrycznych czy też do koleczastych.

W niektórych komórkach warstwy podstawowej spotykaliśmy ziarenka barwnika aż do trzeciego rzędu komórek włącznie—przypadek 1, 13 [miejscami] i 14.

Między komórkami warstwy cylindrycznej spotykaliśmy niekiedy pojedyncze leukocyty w bardzo nieznacznej ilości.

W niektórych badanych przez nas przypadkach łuszczyca widywaliśmy w warstwie śluzowej, mianowicie w częściach jej przylegających do brodawek, jakieś wrzecionowate komórki. Były one 2 do 3 razy dłuższe od sąsiednich komórek naskórka i warstwy MALPIGHUSZA i prawie o połowę węższe od nich.

Komórki te wdrążały poniekąd z tkanki brodawek do warstwy śluzowej u jej podstawy, przyczem grupowały się tu wachlarzowato.

U podstawy brodawek, jak również na ich pochyłości, ilość tych komórek była mniejsza, niż u ich wierzchołka. Co się tyczy głębokości na jaką przenikały owe wrzecionowate twory w warstwie śluzowej, to nad brodawkami spotykaliśmy je w całej grubości tej warstwy, a w przestrzeniach międzybrodawkowych mniej więcej do grubości warstwy śluzowej.

Opisane komórki wrzecionowate spotykałem w 9 przypadkach, mianowicie, w dużej ilości w przypadku 2, 6, 9, 10 i 11 i w niewielkiej—w przypadku 8, 13, 23 i 24. W roku 1867 BIESIADECKI [40] opisał je pierwszy w ostrych łepieżach. W rok później opisał je PAGENSTECHER. Załączam tu najbardziej interesujące miejsca z pracy tego ostatniego.

BIESIADECKI opisuje w *rete mucosum* zdrowej skóry komórki wrzecionowate, które spotykał między komórkami rogowemi. Znalazł ich wiele w ostrych łepieżach. Występują one w jeszcze większej ilości w ostrych postaciach pryszczycy (*eczema acutum*) i przy wyprysku opasującym (*herpes zoster*). Komórki te rozmnażają się i przy odpowiednich warunkach wytwarzają krostę (*pustula*). BIESIADECKI nazywa je komórkami wędrującymi [pag. 658]. Dowiódł on, że w zdrowej skórze komórki wędrujące są zjawiskiem rzadkiem i że pojawiają się tam, gdzie warstwa śluzowa jest zgrubiała, bez względu na to, czy będzie to zjawisko normalne czy też chorobowe. Komórki te można znaleźć w normalnej skórze ludzkiej, utrwalonej niezwłocznie po wycięciu w słabym roztworze kwasu chromowego; spirytus,

szczególniej słaby jego roztwór, do tych celów się nie nadaje“.

Sam PAGENSTECHEK [41] opisuje wspomniane komórki w sposób następujący: na bardzo cienkich skrawkach z prostopadłego przecięcia skóry spotyka się między komórkami nabłonkowymi wrzecionowate, błyszczące twory. Twory owe wyróżniają się swoją małą grubością, która jest 2 do 4 razy uniejszą od odpowiednich komórek nabłonkowych; długość ich jest dwa razy większa od długości komórek nabłonkowych. Komórki te barwią się dobrze karminem.

Jeżeli komórek tych jest niewiele i mają kształt wrzecionowaty, wtedy układają się w stosunku do brodawki pionowo. Spotykają się częściej u podstawy brodawki, niż na jej szczycie; niektóre są zawieszane na brodawce, jak gdyby na nitce, inne znów są na pozór oderwane i posunięte więcej naprzód, t. j. ku swobodnej powierzchni skóry.

Zjawiając się w warstwie śluzowej w większej ilości, komórki te układają się tu bez porządku, wciskają się między komórki naskórkowe, gdzie tylko jest wolniejsza przestrzeń i wypuszczają wyrostki. Według PAGENSTECHEK'a, pochodzą one z *corium*, właściwie zaś z jego naczyń [*Wanderzellen* — komórki wędrujące, pag. 662]. Widywał on je w tkance skóry, wziętej z brzegu wrzodu na goleni, ze skóry, dotkniętej łuszczycą, pryszczycą przewlekłą (*eczema chronicum*), z brzegu skóry zdrowej od chorego z rakiem i przy powierzchniach pokrytych ziarniną.

Przyjmując komórki wrzecionowate za wędrujące, PAGENSTECHEK przypuszcza pomimo to, iż rozmnażanie się ich prowadzi do tworzenia nowych komórek naskórka.

W całej literaturze łuszczycy nie spotykamy nigdzie nietylko objaśnienia genezy tych komórek, ale nawet szczegółowego ich opisu. O obecności komórek wrzecionowatych przy łuszczycy wspominają KAPOSÍ, NEUMANN, SIRSKÍJ i SCHUETZ. Autorowie ci zapatrują się na nie, jako na komórki wędrujące.

Nie pojmuję jednak, co skłoniło powyższych autorów do uważania tworów wrzecionowatych za komórki wędrujące. Ani kształt ich, ani ilość zawartej w nich protopla-



zmy, ani jądra w przybliżeniu nawet do leukocytów nie są podobne. A jednak bardzo łatwo porównywać te komórki z leukocytami na pierwszym lepszym preparacie ze skóry łuszczykowej, gdyż leukocytów jest tam bardzo dużo. Okazuje się przytem, iż oba te rodzaje tworów absolutnie do siebie nie są podobne.

Jak już wspomniałem, długość komórek wrzecionowatych jest wogóle 2—3 razy większą od długości komórek naskórkowych, a szerokość ich jest mniej więcej 2, a może i 3 razy mniejszą od komórek nabłonkowych. W niektórych jednak przypadkach są one mniejsze [23 i 24], w innych znów większe. Protoplazma ich barwi się wyraźnie odpowiednimi barwnikami; to samo odnosi się i do jej wydłużonego jądra. Z zewnętrznego wyglądu komórki te są bardzo podobne do komórek śródbłonkowych naczyń. Różnią się od nich tylko tem, że są zazwyczaj większe, a mianowicie  $1\frac{1}{2}$  raza dłuższe i niekiedy dwa razy szersze. Na licznych preparatach mogłem stwierdzić pewien związek tych komórek z komórkami śródbłonkowymi naczyń: czasami wrzecionowate komórki łączyły się z komórkami nabłonkowymi naczyń zapomocą cieniutkiego wyrostka w kształcie nitki lub ogonka. Kiedy jeden koniec komórki był w ten sposób połączony ze śródbłonkiem, drugi obwodowy drażył niekiedy między komórki naskórkowe warstwy śluzowej. W przypadkach, w których twory te wrzecionowate leżały głęboko w warstwie śluzowej, ułożenie ich było w stosunku do powierzchni skóry pionowe, a cieniutkie ich wyrostki widać było między komórkami nabłonkowymi. Z przypadku 2-go otrzymałem preparat, na którym udało mi się zauważyć komórkę wrzecionowatą wdrażoną między komórki nabłonkowe i mającą jądro w okresie mnożenia się: mianowicie, widziałem w niem podwójną gwiazdę [fig. 4].

Na zasadzie powyższych danych skłonny jestem do przypuszczenia, że komórki wrzecionowate pochodzą prawdopodobnie z komórek śródbłonkowych.

Taka jest, zdaniem naszym, geneza większości tych tworów. Z drugiej zaś strony musimy zaznaczyć, że komórki wrzecionowate są do pewnego stopnia podobne do napęczniałych komórek tkanki łącznej. Podobieństwo to

jest jednak bardzo oddalone. Ostatnia okoliczność nie upoważnia nas jeszcze jednak do zaprzeczenia, że być może część komórek łączno-tkankowych brodawki daje również początek wyżej wspomnianym twórcom wrzecionowatym.

### Skóra właściwa (*derma*).

We wszystkich badanych przezemnie przypadkach łuszczycy warstwa brodawek była przerosłą. Zwiększenie brodawek było najczęściej nierównomierne. Obok znacznie przerosłych spotykałem i takie, które były ledwie powiększone. Brodawki części chorych skóry były 3 do 12 razy powiększone, w porównaniu z brodawkami sąsiednich zdrowych części. Najdłuższe brodawki spotykaliśmy w przypadku 3, 4, 5, 15; najkrótsze w przypadku 2, 7, 8, 13, 14, 23 i 24. Forma brodawek była bardzo różnorodną: gruszkowata, butelkowata, cylindryczna, lub wreszcie nieprawidłowa. Czasami większość brodawek miała kształt wąskiego wałeczka jak np. w przypadku 3 i 15.

Rozrost brodawek przy łuszczycy opisują wszyscy autorowie. Tłómaczą oni jednak niejednakowo rozmaity kształt przeciętych prostopadle brodawek. NEUMANN opisuje bardzo szczegółowo ową wielokształtność powierzchni przeciętych brodawek i zapatruje się na nią jako na istotnie egzystującą. Inni jednakże [AUSPIRZ, RIES] uważają tę różnorodność form za produkty sztuczne, zależne poprostu od kierunku cięcia preparatu brzytwą.

Na rozmaitych preparatach skóry, przygotowanych z miejsc z najbardziej rozwiniętymi brodawkami [skóra palców], mogłem przekonać się, że zależnie od kierunku przecięcia w stosunku do powierzchni skóry [poziome, skośne i prostopadłe] otrzymujemy rzeczywiście rozmaity kształt przeciętej normalnej brodawki. Pomimo to formy, widywane przy najrozmaitszych przecięciach, nie są ani trochę podobne do tych form brodawek, jakie otrzymujemy na preparatach skóry łuszczycowej. Zresztą starałem się we wszystkich moich przypadkach przygotowywać mikrotomem skrawki pionowe w stosunku do swobodnej powierzchni skóry. Tym sposobem brodawki były zawsze przekrawane prawie podłużnie [wyjątek stanowi przypadek 20].

Jeżeli zaś wypadkowo cięcie skóry było ukośne, wtedy warstwa śluzowa wyglądała na preparacie jak siatka, której oczka były wypełnione okrągłym lub owalnym przecięciem brodawki. Na zewnętrzne kontury brodawek przecięcie skośne wpływa zaledwie bardzo nieznacznie. Od niego zależy tylko sztucznie zmieniona grubość warstwy śluzowej.

W tkance brodawek były najczęściej stałe wrzecionowate komórki tkanki łącznej wyraźnie widoczne. Stałym zjawiskiem w brodawkach było nacieczenie ich tkanki leukocytami. Niekiedy ilość leukocytów bywała nieznaczna, czasami znów tkanka brodawek tak była niemi wypełniona, że trudno było inne elementy tkankowe rozróżnić [przypadek 9, 12, 13 i 23]. Zaznaczam tu powtórnie związek, jaki zachodzi między nacieczeniem brodawek i nacieczeniem, lub obecnością drobnych ropni w górnych warstwach naskórka: w miejscach, gdzie nacieczenie tkanki brodawek większe, tam i ogniskowe nagromadzenie leukocytów między komórkami naskórka jest większe, tam też spotykamy częściej masy leukocytów między komórkami rogowemi, *resp.* śluzowemi [przypadki: 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 18 i 23].

W tkance brodawki spotykaliśmy też wylewy krwawe rozmaitej wielkości, pojedyncze lub liczne. Wylewy te zacierają niekiedy budowę tkanki.

Naczynia brodawek mogliśmy bardzo dokładnie widzieć na całej ich długości we wszystkich preparatach. Przebiegają one równoległe do osi brodawki; czasem tylko mają kierunek wężykowaty. Komórki śródbłonkowe naczyń były najczęściej napęczniałe z wyraźnym pałeczkowatym jądrem. Przez ścianki naczyń przenikają czasami leukocyty, niekiedy znów czerwone ciała krwi. WERTHEIM, F. HEBRA, ROBINSON, SIRSKIJ i inni opisują w sposób prawie identyczny naczynia brodawek.

Tutaj należy nadmienić, że SCHUETZ uważa część naczyń brodawek za naczynia limfatyczne. Opisuje nawet okrągłe otwory naczyń limfatycznych, które jakoby widział na szczycie brodawki. Musimy przyznać, iż dziwi nas podobne postrzeżenie.

Zmiany w warstwach górnych skóry są o wiele wybitniejsze niż w głębszych. Ze względu na swój charakter były one we wszystkich naszych przypadkach łuszczycy jednakowe; napięcie ich było jednak w różnych przypadkach ujednakowe. Istota zmian tych sprowadza się do rozszerzenia naczyń, wypełnienia ich czerwonymi ciałkami krwi i nacieczenia drobnokomórkowego wzdłuż naczyń, które w wielu przypadkach było tak znaczne, że trudno było rozróżnić kontury naczynia. Im bliżej badane miejsce preparatu znajduje się do tkanki podskórnej, tem słabiej występują w niem powyższe objawy zapalne. W samej tkance podskórnej już żadnych zmian nie spostrzegliśmy.

Włókna mięsne skóry były wszędzie bardzo wyraźne i barwiły się mocno odpowiednimi barwnikami. Tkanka międzymięśniowa była niekiedy lekko nacieczona leukocytami.

Tkanka łączna skóry ze swemi włóknami sprężystymi uległa, zdaje się, przerostowi. Pęczki włókien sprężystych widać było wyraźnie, szczególnie przy zabarwieniu ich wodnym roztworem kongorot. Komórki stałe tkanki łącznej zarysowują się na preparatach ostro.

We włosach, spotykanych na preparatach w przecięciu pionowym lub poziomym [przypadek 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14 i 15] spostrzegliśmy zmiany tylko w zewnętrznych pochewkach korzeni. Widać je tylko na pierwszych przecięciach włosa. Pochewki korzenia włosa są wszędzie mocno rozszczepione. Miejsce wyjścia włosa ze skóry bywało bardzo rozszerzone i miało formę lejka, zwróconego szerokim otworem ku górze. Powyższe miejsce bywało wypełnione blaszkami rogowymi. Blaszki te barwiły się słabo. Warstwy komórek ziarnistych obok cebulek włosowych występują wyraźnie, czasami gromadzą się całemi wysepkami.

Gruczoły tłuszczowe i potowe przedstawiają stosunkowo bardzo mało zmian. Nacieczenie leukocytami jest naokoło nich bardzo nieznaczne. Między komórkami nabłonka, wyścielającego ich ujścia, widywaliśmy niekiedy oddzielne leukocyty.

Na żadnym preparacie nie znaleźliśmy nerwów. Preparaty 2 i 11 były utrwalone w płynie MUELLER'a; preparat 6 w słabym roztworze kwasu chromowego. Użyliśmy przytem sposobu złocenia według metody RANVIER'a i LEVITOUX, z ujemnym jednak rezultatem. Wreszcie w dwóch ostatnich przypadkach [25 i 26] użyliśmy sposobu złocenia, zaleconego w podręczniku STÖER'a [38], lecz również bez skutku. Z wyjątkiem RINDFLEISCH'a i GIORANINI'ego, żaden autor nie znajdował zmian w zakończeniach nerwowych. RINDFLEISCH utrzymuje, że pochewki wszystkich nerwów, idących od tkanki podskórnej do tkanki skóry i brodawek, są nacieczone. Sprawę tę autor uważa za zapalenie okołonerwowe obwodowe (*perineuritis peripherica*).

Ponieważ ani razu nie udało mi się odnaleźć na moich preparatach zakończeń nerwowych, pomimo to, iż zbadałem około dwóch tysięcy skrawków i w odpowiednich przypadkach używałem sposobu złocenia, więc odkrycia RINDFLEISCH'a i GIORANINI'ego wydają mi się bardzo niepewnemi. Tym sposobem kwestya zmian w zakończeniach nerwowych przy łuszczycy zostaje dla mnie nierozstrzygniętą.

Ze wszystkich wyżej opisanych zmian, znajdujących we wszystkich lub w niektórych tylko przypadkach łuszczycy, możemy bez zaprzeczenia wnioskować, że przy chorobie tej mamy do czynienia ze sprawą zapalną. Do objawów zapalnych w warstwie rogowej należy przede wszystkim obecność pojedynczych leukocytów lub też całych ich grup pomiędzy warstwami naskórka. Następnie w powierzchniowych częściach warstwy śluzowej spotykamy w szparach między jej komórkami wyżej opisane nagromadzenia leukocytów. Nagromadzenia te bywają niekiedy bardzo znaczne; niekiedy występuje przytem rozpad samych komórek naskórkowych, tak że dochodzi do tworzenia się drobnych ropni. Ostatnie zjawisko widywaliśmy, jak wiadomo z przytoczonych historii chorób, w głębokich częściach warstwy rogowej. W jednym przypadku owe drobne ropnie występowały naprzemian to w warstwie rogowej to w śluzowej. Do objawów natury zapalnej należy też zaliczyć obecność jamek między komórkami naskórka z zawartością surowiczą, w których znajdowano nie-

kiedy mniej lub więcej znaczne ilości włókniaka w formie siatki.

Zmiany w głębokich częściach warstwy śluzowej wskazują również na czynny jej udział w sprawie chorobowej przy łuszczycy. Mam tu na myśli znaczne jej zgrubienie, obecność licznych figur karyokinetycznych w jej komórkach i znaczne zgrubienie warstwy komórek cylindrycznych.

Zmiany w brodawkach i w powierzchownych warstwach skóry odpowiadają temu, co zwykliśmy uważać za ich zapalenie. Do spotykanych tu objawów zapalnych należy zaliczyć silne nacieczenie tkanki brodawek leukocytami lub czerwonymi ciałkami krwi, zmiany w świetle naczyń, zgrubienie komórek śródbłonkowych, rozmnażanie się stałych komórek tkanki łącznej i komórek śródbłonkowych naczyń brodawki [komórki wrzecionowate].

Jednem słowem, wszystko dowodzi, że zmiany histologiczne przy łuszczycy powinny być uważane za zapalne.

O wiele trudniej jest określić miejsce powstawania tego zapalenia.

W części historycznej niniejszej pracy wspomnieliśmy, iż autorzy, zajmujący się badaniem zmian histologicznych przy łuszczycy, należą pod tym względem do dwóch obozów. Jedna ich grupa zapatruje się na łuszczycę nie jako na zapalenie skóry, lecz jako na zboczenie w rogowaceniu i odżywianiu warstwy rogowej. Autorowie ci wszystkie objawy, występujące w warstwie brodawek, uważają za wtórne i niemające charakteru czysto zapalnego. Druga natomiast grupa autorów przypuszcza, że znajduwane przez nich zmiany w skórze przy łuszczycy odpowiadają objawom spraw zapalnych.

Spostrzeżenia kliniczne pomagają nam do rozstrzygnięcia kwestyi, którzy mianowicie z tych autorów mają rację.

Badając skórę chorych, dotkniętych łuszczycą, spostrzegamy zwykle czerwone plamy lub grudki pokryte łuskami. Uchwycić chwilę tworzenia się plamy lub łuski, t. j. najpierwszy okres choroby, jest rzeczą bardzo trudną. Zgadzam się zupełnie ze zdaniem WEYL'a, że przy łuszczycy

zaczernienie skóry poprzedza tworzenie się w niej łusek. Czyli, że początek choroby odbywa się w warstwie brodawek.

Autorzy, zapatrujący się na łuszczycę, jako na zaburzenie w rogowaceniu, *resp.* w odżywianiu naskórka, popierają swój pogląd zbyt słabymi dowodami. Jeden tylko ROBINSON przedstawił dokładniej powody, dla których uważał za punkt wyjścia całej choroby cierpienie warstwy śluzowej. Podaliśmy je w części historycznej; nie powtarzając ich tutaj, wskażemy tylko na niesłuszność jego wniosków. ROBINSON utrzymuje, że niema żadnego związku między powiększeniem rozrostów międzybrodawkowych warstwy śluzowej, a rozszerzeniem naczyń w brodawkach. Przedewszystkiem sądzimy, że jakkolwiek rozszerzenie naczyń w brodawkach ma przy łuszczycy znaczenie pierwszorzędne, jednakże spotykane w nich i inne objawy zapalne odgrywają tutaj też ważną rolę. Należy do nich nacieczenie leukocytami, wylewy krwawe i t. d.. Co do warstwy śluzowej, to i w niej objawy zapalenia, mianowicie, nagromadzenie leukocytów, drobne ropnie, jamy wypełnione wysiękiem, należą do zmian ważniejszych, niż zwykły jej rozrost. Zresztą, wbrew zdaniu ROBINSON'a, istnieje nawet pewien prosty związek między stopniem powyższych objawów a rozrostem warstwy śluzowej. Im objawy zapalne są w warstwie brodawek silniejsze, tem większy jest i rozrost warstwy śluzowej.

Drugie twierdzenie ROBINSON'a, dotyczące cebulki włosowej, sformułowane jest tak niezrozumiale, że odpowiedzieć na nie trudno. Zresztą na wszystkich tych preparatach, na których przecięcie włosa było pionowe, spostrzegalem wyraźne zmiany w zewnętrznych warstwach cebulki włosowej, mianowicie rozszczepienie jej komórek.

Nareszcie trzeciemu twierdzeniu ROBINSON'a, iż w przypadkach, w których badał skórę zdrową, zauajdując się między częściami zajętemi przez łuszczycę, spostrzegał jakoby rozrost warstwy śluzowej bez żadnych jeszcze zmian w brodawkach, możemy przeciwstawić własne nasze spostrzeżenia. We wszystkich bowiem badanych przez nas przypadkach łuszczycy spostrzegliśmy przeciwnie na brze-

gach obwodowych płam w pierw zmiany w brodawkach, niż w komórkach naskórkowych. Jakkolwiek wysypka przy łuszczycy przedstawia się klinicznie jako zupełnie ograniczona, jednakże przy badaniu mikroskopowym z łatwością stwierdzić można przejście od części chorych do normalnych. Odwrotnie zaś nie spotykaliśmy nigdy na preparatach łusek bez jednoczesnych zmian zapalnych bądź w warstwie brodawek, bądź też w warstwie powierzchniowej skóry właściwej [patrz rysunek № 6].

Tak więc twierdzenia najbardziej godnego zaufania autora, należącego do grupy utrzymujących, iż łuszczycyca nie jest rezultatem pierwotnego zapalenia skóry, musimy uważać za niedowiedzione. Nasze badania wykazują przeciwnie, iż punktem wyjścia choroby jest zapalenie warstwy brodawkowej.

Jeżeli obecnie zadamy sobie pytanie, czy na tworzenie się łusek przy łuszczycy powinniśmy się rzeczywiście zapatrywać jako na parakeratozę, t. j. nienormalne rogowacenie (*parakeratosis*), to możemy zgodzić się na to tylko z zastrzeżeniem.

Obrazy histologiczne, szczególnie w tych przypadkach łuszczycy, w których warstwa rogowa występowała bardzo wyraźnie, wykazują nam, że między częściami warstwy rogowej, w której jądra, a niekiedy i kontury oddzielnych komórek są wyraźnie zarysowane, znajdują się warstwy innych komórek bardziej zrogowaciałych, t. j. bez wyraźnych jąder i barwiących się zupełnie słabo. Widywaliśmy to szczególnie często na preparatach, na których między warstwami rogowymi leżało dużo leukocytów. Musimy przypuścić, wobec tego, iż istnieje pewien związek między dwoma wymienionymi zjawiskami. Wytlómaczenie tego związku jest bardzo łatwe: spotykane kolejno warstwy leukocytów poprzeplatane z mniej lub więcej zrogowaciałą warstwą naskórka dowodzą, że sprawa zapalna nie przebiega stale z jednakowym natężeniem lecz wybucha *à coup repris*. Leukocyty, które wywędrowały podczas obostrzenia sprawy zapalnej w brodawkach, posuwają się coraz wyżej, dopóki nie natrafiają na opór ze strony warstwy rogowej lub śluzowej. Gromadzące się tutaj leukocyty powodują przer-



wanie łączności między komórkami naskórka, które wskutek tego tracą możliwość normalnego odżywiania się i albo ulegają zwyrodnieniom, jeżeli związek ich z częściami niżej leżącymi jest utrzymany, albo też, jeżeli łączność ta jest zupełnie przerwana, ulegają mumifikacyi, t. j. wysychaniu na powietrzu. Na naszych preparatach widywaliśmy istotnie rogowacenie komórek w rozmaitych okresach.

Zdaniem naszym zachodzi prosty stosunek między objawami nadmiernego tworzenia się mas zrogowaciałych, a natężeniem sprawy zapalnej w brodawkach: im zapalenie jest silniejsze i trwa dłużej, tem rozrost wtórny warstwy śluzowej, prowadzący następnie do nadmiernego wytwarzania mas zrogowaciałych, jest znaczniejszy. Rozmaite okresy rogowacenia, w jakich znajdują się widywane na preparatach komórki naskórka zależą, według nas, bezpośrednio od miejsca i czasu, gdzie i kiedy leukocyty oddzieliły te komórki od leżących pod nimi części skóry.

Przyпускаjemy, że tego rodzaju tłumaczenie jest zupełnie zgodne z rzeczywistością i że niema racyi upatrywać przy łuszczycy zmian w chemizmie rogowacenia, ponieważ nienormalne rogowacenie można wytłumaczyć samym już tylko stanem zapalnym brodawek

Co jest przyczyną łuszczycy? Na zasadzie mych badań histologicznych niepodobieństwem mi jest odpowiedzieć na to pytanie. Wiadomo, iż choroba ta występuje bardzo często dziedzicznie, wskutek czego przypuścić można, że skóra psoriatyków ma szczególne jakieś właściwości. Mikroskop jednak nie rozstrzyga, na czym polegają owe właściwości. Można przypuścić, że warstwa rogowa u tego rodzaju osobników jest odporniejszą niż normalnie, albo też, że zachodzą pewne nieprawidłowości w czynnościach gruczołów szczególniej tłuszczowych. Wszystko to są jednak hipotezy, wypowiedziane bez dowodów.

Badania moje nie doprowadziły mnie również do wniosku, jaki jest tu wpływ inervacyi skóry.

Wreszcie co się tyczy pasożytów, jako momentu etyologicznego przy łuszczycy — to i ich znaczenie ocenić trudno. Na licznych preparatach mikroskopowych spotykałem niezawsze jednakowe formy pasożytów; ilość ich nie odpo-

wiała również natężeniu zmian sprawy zapalnej w wykwitach. To naprowadza mnie na myśl, że pasożyty owe stanowiły wypadkowe powikłanie choroby, znajdując odpowiednie dla siebie podłoże na wykwitach już wpięrow powstałych. Jeżeliby tak było, w takim razie nie możnaby ich uważać za przyczynę powstawania samej choroby.

## L I T E R A T U R A .

1) BIETT. 1828. Abrégé pratique des maladies de la peau d'après les auteurs les plus estimés, et surtout d'après les documents puisés dans les leçons cliniques de M. le docteur BIETT, médecin de l'hôpital Saint-Louis par ALPH. CAXENAVE et H. E. SCHEDEL. Paris. 1828. Troisième édition Paris. 1838, pag. 134.

2) RAYER. 1835. Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris. V. II. 1835. Seconde édition, entièrement refondue pag. 132.

3) BAZIN. 1860. Leçons theoretiques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse... redigées et publiées par L. SERGENT. Paris. 1860, pag. 255, 257 i 264.

4) HARDY. 1860. Leçons sur les maladies de la peau. Deuxième édition. Paris. 1860, pag. 101.

5) FERD. HEBRA. 1860 Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. ERLANGEN. 1860, pag. 286.

6) GUSTAV SIMON. 1851. Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Berlin. 1851. Zweite vermehrte Auflage pag. 212.

7) WERTHEIM. 1862. Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 18 Jahrgang, pag. 373.

8) HEBRA et KAPOSI. 1872. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Redigirt von R. VIRCHOW. Erlangen. 1872, pag. 356.

9) NEUMANN. 1873. Lehrbuch der Hautkrankheiten IH Auflage. Wien. 1873.

10) NEUMANN. 1879. Zur Histologie der Psoriasis vulgaris. Medicinische Jahrbücher, herausgegeben von der K. K. Gesellschaft der Aerzte. Redigirt von Sticker. Wien. 1879, pag. 253.

11) RINDFLEISCH. 1878. Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. 1878.

12) KAPOSI. 1883. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

13) AUSPITZ. 1881. System der Hautkrankheiten, pag. 129.

14) AUSPITZ. ZIEMSEN's. Handbuch. 1883. Hautkrankheiten. Bd. XIV, pag. 200.

15) T. FOX. 1873. Skin diseases. London, pag. 262. Według streszczenia SIRSKIEGO.

16) ROBINSON. 1878. On the nature and pathological histology of psoriasis. New-York Medical journal V. XXVIII. 1878. Nr. 1. Według streszczenia WEYL'a, w ZIEMSEN's Handbuch der speciell Path. und Ther. Bd. XIV. Hautkrankheiten.

17) JAMIESON. 1879. The histology of psoriasis. Edinb. Medic. journal, p. 623. Według KÜSSNER'a w Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin. 1879, pag. 507. Bd. II.

18) THIN. 1881. On the pathology of psoriasis. Brit. Med. journal. 1881, pag. 140. Według streszczenia SIRSKIEGO.

19) WEYL. 1883. Psoriasis ZIEMSEN's Handbuch der speciell. Path. und Therapie. Bd. XIV, pag. 491.

20) SUCHARD. 1882. Des modifications et de la disparition du stratum granulosum de l'epiderme dans quelques maladies de la peau. Archiv de physiologie norm. et patol. V. X. 1882, pag. 205.

21) VIDAL et LOIR. 1882. Note sur le psoriasis. Compte rendu de la société de biologie. 11 Mars. 1882. Według streszczenia CHAMBAR-D'a w Annales de dermatologie. 1883, pag. 666.

22) CHAMBARD. 1883. Annales de dermat. 1883, pag. 666.

23) CORNIL et RANVIER. 1882. Manuel d'histologie pathologique. Seconde édition revue et augmentée. V. II, pag. 805.

24) BEHREND. Lehrbuch der Hautkrankheiten, pag. 263.

25) LESSER. 1887. Lehrbuch der Hautkrankheiten, pag. 32.

26) ZIEGLER. 1885. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 1885, pag. 136.

27) H. v. HEBRA. 1884. Die krankhaften Veränderungen der Haut. Braunschweig, pag. 371.

28) CAMPANA. 1885. Histologiczne badania skóry przy łuszczycy. Giorn. ital. della mal. ven. e della pella. Według referatu Monatshefte für praktische Dermatologie. 1887, pag. 285.

29) L. LÖWE. 1887. Zur Anatomie der Psoriasis. Mittheilungen aus der dermatolog. klin. der Charité zu Berlin, herausgegeben von Schweninger. 1887.

30) K. L. SIRSKI. 1887. Gistologia psoriasis, psoriasis universalis etut. Otdielnyj ottisk iz sbornika „Dermatologiczeskija izsledowanija iz kliniki prof. A. G. POŁOTEBNOWA“. St.-Petersburg.

31) RIES. 1888. Die pathologische Anatomie der Psoriasis. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. 1888.

32) LUCIANI. 1889. Ciężki przypadek łuszczycy, zbadany histologicznie i klinicznie. Clinica dermatologica di Genova. 1889/90. Według streszczenia TOMMASOLI-MODENA w Monatshefte für praktische Dermatologie. 1890, pag. 408.

33) E. KROMAYER. 1890. Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1890, pag. 559.

34) SCHÜTZ. 1892. Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1892, pag. 739.

35) MANTEGAZZA. 1894. Note istologiche sopra alcuni casi di psoriasi. *Giornale ital. della malad. vener. e della pelle XXVIII*. Według streszczenia SPIETSCHKA w *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1894, pag. 451.

36) I. ORTH. 1894. *Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie*. UNNA. *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*. Berlin. 1894, pag. 265.

37) P. STÖHR. 1894. *Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie des Menschen*. Sechste Auflage. Jena. 1894, pag. 25.

38) ŁAWDOWSKI i OWSIANNIKOW. 1888. *Osnowanija k izuczeniju mikroskopической anatomii czelowieka i żywotnych*. T. II, pag. 466.

39) ALFRED BIESIADECKI. 1867. Beiträge zur physiologischen und pathologischen Anatomie der Haut. *Sitzungsberichte der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Classe der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften*. Wien. LVI. II. Abth., pag. 658.

40) PAGENSTECHEK. 1868. Ueber die Entwicklung der Epithelzellen bei chronischen Hautkrankheiten und dem Epithelialcarcinom von F. P. aus Heidelberg. *Ebenda LVII*. II. Abth., pag. 655.

## Objaśnienia rysunków.

(*Tabl. X, XI, XII, XIII i XIV*).

Fig. 1. [REICHERT. Oc. 2. Obj. 4].

Przecięcie warstwy rogowej i śluzowej. Barwienie hematoksyliną i eozyną. [Przypadek ].

- a) Jamka z zawartością drobnoziarnistą.
- b) Komórki rogowe z wyraźnymi jądrami.
- c) Komórki rogowe bez jąder.
- d) Ogniskowe nacieczenie drobnokomórkowe.
- e) Krosta prosówkowa.
- f) Pojedyncze, wyraźnie ograniczone komórki naskórka.
- g) Brodawka.
- h) Czerwone krążki krwi w naczyńiu.
- i) Warstwa ziarnista.

Fig. 2. [REICHERT. Oc. 2. Obj. 4].

Przecięcie warstwy śluzowej i rogowej. [Przypadek 19]. Barwienie jak wyżej.

- a) Komórki rogowe bez jąder.
- b) Komórki rogowe z jądrami.
- c) Nacieczenie drobnokomórkowe.

- d) Krosta prosówkowa.
- e) Jamka z wysiękiem włóknikowym.
- f) Brodawka.

Fig. 3. [REICHERT. Oc. 4. Obj 8a]. Barwienie jak wyżej.  
Przecięcie prostopadłe drobnego ropnia. [Przypadek 2].

- a) Leukocyty.
- b) Rozpadające się komórki naskórkowe.
- c) Komórki rogowe bez jąder.
- d) Komórki ziarniste.
- e) Figura karyokinetyczna, podwójna gwiazda.
- f) Czerwone krążki krwi.

Fig. 4. [REICHERT. Oc. 4. *immers*  $\frac{1}{18}$  a]. Barwienie jak wyżej.  
Przecięcie brodawki; komórki wrzecionowate. [Przypadek 2].

- a) Jądra komórek śródbłonkowych.
- b) Czerwone krążki krwi.
- c) Luźna tkanka brodawki.
- d) Ścianka naczyń.
- e) Figura karyokinetyczna w komórce warstwy śluzowej.
- f) Komórki wrzecionowate w stanie karyokinezy. Podwójna gwiazda.

Fig. 5. [REICHERT. Oc. 4. Obj. 4]. Barwienie jak wyżej.  
Przecięcie warstwy śluzowej. [Przypadek 21].

- a) Komórki z jednolitą protoplazmą.
- b) Komórki naskórkowe bez jąder.
- c) Jamka z zawartością drobnoziarnistą.
- d) Warstwa śluzowa.
- e) Czerwone krążki krwi.
- f) Śródbłonek naczyń.

Fig. 6. [REICHERT. Oc. 2. Obj. 4]. Barwienie jak wyżej.  
Przecięcie przez świeży wykwit twarzy. [Przypadek 23].

- a) Komórki naskórka bez jąder.
- b) Komórki naskórka z jądrami.
- c) Warstwa ziarnista skóry.
- d) Nacieczenie drobnokomórkowe w warstwie śluzowej skóry.
- e) Nacieczenie drobnokomórkowe skóry właściwej.
- f) Światło naczynia.
- g) Nacieczenie drobnokomórkowe około naczynia.

# O POŻYWIENIU POLSKIEJ LUDNOŚCI WŁOŚCIAŃSKIEJ.

Napisał

Bronisław Peltyn.

[Dokończenie].

## Zestawienie ilości pierwiastków pożywnych

| № tablicy. | N a z w i s k o.   | Rozmiary posia-<br>danego gruntu. | L a t e m.                  |                         |                      |  |           |                  |        |
|------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|--|-----------|------------------|--------|
|            |                    |                                   | Ogólna ilość<br>pożywienia. | Suchoj sub-<br>stancyi. | Ciał azoto-<br>wych. | % ciał azot.<br>pochodzenia<br>roślinnego. | Tłuszczu. | Wodanów<br>węgl. |        |
| I          | Jaworski Francisz. | 32                                | 3195                        | 1036                    | 136,73               | 85,4%                                      | 51,14     | 791,89           |        |
| X AB       | Sołtysiak Mateusz  | 23                                | 2745,3                      | 802,92                  | 110,7                | 63,7%                                      | 65,85     | 582,09           |        |
| XVI AB     | Sosiński Karol     | 21                                | 3157,2                      | 772,6                   | 102,96               | 58,8%                                      | 75,46     | 552,92           |        |
| VI         | Jesiotr Franciszek | 20                                | 2892                        | 905,90                  | 120,23               | 70,4%                                      | 39,27     | 694,23           |        |
| VII        | Jesiotr Maciej     | 14                                | 3619                        | 918,74                  | 109,59               | 79,2%                                      | 43,18     | 711,68           |        |
| XI AB      | Zieliński Walenty  | 13                                | 3550                        | 856,30                  | 104,41               | 66,2%                                      | 74,37     | 631,28           |        |
| XIII AB    | Walędziak Walenty  | 10                                | 3262,8                      | 904,08                  | 113,52               | 74%  | 52,68     | 682,18           |        |
| XV AB      | Pyjaś Maciej       | 8                                 | 2822                        | 858,63                  | 109,24               | 73,5%                                      | 66,02     | 635,95           |        |
| V          | Jesiotr Michał     | 8                                 | 2572                        | 825,99                  | 100,89               | 81%  | 39,57     | 642,3            |        |
| VIII       | Jesiotr Józef      | 6                                 | 2708                        | 859,14                  | 105,98               | 84,7%                                      | 41,32     | 658,76           |        |
| II         | Puch Marja         | 4                                 | 3479                        | 857,46                  | 95,43                | 86,2%                                      | 53,76     | 655,02           |        |
| XVII AB    | Jaworski Józef     | 3                                 | 3601                        | 968,75                  | 102,00               | 91,7%                                      | 47,61     | 758,00           |        |
| XII AB     | Zieliński Marcin   | 3                                 | 3165                        | 860,4                   | 98,64                | 78,7%                                      | 42,77     | 670,55           |        |
| III        | Jesiotr Szymon     | 2                                 | 2993                        | 821,4                   | 99,84                | 82%  | 46,5      | 601,74           |        |
| IX         | Jaworski Antoni    | 2                                 | 2952                        | 706,47                  | 100,49               | 65%  | 52,42     | 567,78           |        |
| IV         | Jesiotr Jan        | 2                                 | 2313                        | 706,13                  | 77,01                | 82%  | 31,17     | 540,99           |        |
| XIV AB     | Bloch Franciszek   | 2                                 | 2871,9                      | 658,52                  | 80,20                | 72,4%                                      | 48,93     | 490,38           |        |
| XVIII AB   | Brudziński Walenty | Bezrolni pa-<br>robey dworcy.     | 3909                        | 7-0,13                  | 88,62                | 80,0%                                      | 29,4      | 560,31           |        |
| XIX AB     | Kamiński Wojciech  |                                   | 4256                        | 926,83                  | 104,9                | 97,0%                                      | 35,47     | 742,96           |        |
| XX AB      | Forysiak Antoni    |                                   | 4284                        | 813,15                  | 70,35                | 79,3%                                      | 36,24     | 638,55           |        |
| XXI AB     | Grzelak Wincenty   |                                   | 4137                        | 879,69                  | 105,67               | 80,0%                                      | 52,74     | 675,78           |        |
| XXII AB    | Włodarczyk Stach   |                                   | 3164                        | 615,85                  | 78,90                | 84,7%                                      | 38,11     | 492,46           |        |
| XXIII AB   | Majchrzak Antoni   |                                   | 4892                        | 927,26                  | 97,52                | 80,0%                                      | 52,14     | 728,97           |        |
| XXIV AB    | Leńik Walenty      |                                   | 3148                        | 774,4                   | 89,98                | 83,1%                                      | 40,64     | 604,28           |        |
|            | Przeciętna         |                                   |                             | 3235,6                  | 860,75               | 106,55                                     | 77,7%     | 50,33            | 655,27 |

w dziennem pożywieniu jednej osoby.

|                           |                                    |             | Z i m a.                 |                     |                  |                                       |           |                |                           |                                      |             |
|---------------------------|------------------------------------|-------------|--------------------------|---------------------|------------------|---------------------------------------|-----------|----------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|
| Ciało bezazotowych węgla. | Stosunek azotów. ciało do bezazot. | Ilość soli. | Ogólna ilość pożywienia. | Suchej sub-stancji. | Ciało azotowych. | % ciało azot. pochodzenia roślinnego. | Tłuszczu. | Wodanów węgla. | Ciało bezazotowych węgla. | Stosunek ciało azotów. do bezazotów. | Ilość soli. |
| 843,03                    | 1:6,1                              | 32,5        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 647,94                    | 1:5,8                              | 23,6        | 1971                     | 691,73              | 85,98            | 90,9%                                 | 47,79     | 517,05         | 564,84                    | 1:6,5                                | 33,3        |
| 628,38                    | 1:6,1                              | 24,7        | 2002                     | 822,20              | 94,96            | 96,1%                                 | 66,48     | 611,48         | 677,96                    | 1:7,1                                | 24,2        |
| 733,40                    | 1:6                                | 29,4        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 754,86                    | 1:6,8                              | 38,3        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 705,65                    | 1:6,7                              | 31,3        | 2295                     | 814,58              | 96,16            | 98%                                   | 60,07     | 614,61         | 674,68                    | 1:7,0                                | 31,5        |
| 734,86                    | 1:6,4                              | 32,4        | 2330                     | 839,34              | 94,74            | 100%                                  | 43,5      | 675,4          | 718,9                     | 1:7,5                                | 31,7        |
| 701,97                    | 1:6,4                              | 31,8        | 2173                     | 755,67              | 90,16            | 93,4%                                 | 53,7      | 571,65         | 625,35                    | 1:6,8                                | 32,6        |
| 681,87                    | 1:6,8                              | 34          | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 700,62                    | 1:6,6                              | 37,5        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 708,78                    | 1:7,4                              | 36,4        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 805,61                    | 1:7,9                              | 41,1        | 2907                     | 980,62              | 111,44           | 100%                                  | 44,04     | 774,77         | 814,81                    | 1:7,3                                | 40,0        |
| 713,32                    | 1:7,8                              | 33,8        | 2019                     | 690,07              | 77,05            | 100%                                  | 51,17     | 521,27         | 572,44                    | 1:7,4                                | 38,9        |
| 648,24                    | 1:6,4                              | 30,6        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 620,20                    | 1:6,1                              | 37,7        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 572,16                    | 1:8                                | 37,8        | —                        | —                   | —                | —                                     | —         | —              | —                         | —                                    | —           |
| 539,31                    | 1:6,7                              | 37,6        | 2179,6                   | 728,81              | 90,13            | 98%                                   | 38,55     | 563,76         | 602,21                    | 1:6,6                                | 35,1        |
| 589,71                    | 1:6,6                              | 35,5        | 2686,8                   | 705                 | 74,46            | 99%                                   | 29,55     | 556,47         | 586,02                    | 1:7,8                                | 36,8        |
| 778,43                    | 1:7,4                              | 35,1        | 3318                     | 1026,62             | 106,5            | 100%                                  | 39,28     | 819,32         | 858,7                     | 1:8                                  | 34,6        |
| 674,79                    | 1:9,5                              | 33,2        | 2529                     | 744,64              | 76,26            | 100%                                  | 39,24     | 587,49         | 628,73                    | 1:8,2                                | 33,8        |
| 728,52                    | 1:6,8                              | 34,3        | 2653                     | 814,78              | 84,88            | 100%                                  | 43,71     | 638,79         | 682,5                     | 1:8                                  | 28,6        |
| 530,57                    | 1:6,7                              | 36,0        | 2165                     | 683,00              | 75,4             | 100%                                  | 38,43     | 532,21         | 570,64                    | 1:7,5                                | 34,7        |
| 781,08                    | 1:8                                | 37,5        | 2186                     | 636,0               | 70,28            | 100%                                  | 50,46     | 478,86         | 529,32                    | 1:7,5                                | 36,0        |
| 644,92                    | 1:7,1                              | 38,2        | 2344                     | 773,18              | 84,08            | 93,4%                                 | 43,62     | 595,78         | 639,04                    | 1:7,5                                | 35,0        |
| 705,62                    | 1:6,6                              | 33,5        | 2279,6                   | 777,96              | 90,82            | 97,9%                                 | 47,28     | 599,27         | 646,63                    | 1:7,1                                | 33,3        |

Zanim przejdziemy do rozbioru pożywienia badanych włościan z punktu widzenia fizjologii i higieny, należy nam powiedzieć kilka słów o formie, w jakiej wyżej wymienione produkty bywają spożywane.

Tak więc, gotowane kartofle w dni postne podawane bywały na stół wprost z wody, w dni zwyczajne—oblewano je wprzód roztopioną słoniną. W dni zwyczajne—zamiast słoniny, spożywano także kartofle wraz z słodkiem lub kwaśnym mlekiem. Niekiedy spożywano kartofle w postaci t. zw. klusek, przyrządzonych z roztartych na surowo i dobrze wyjętych kartofli. Potrawa ta wprowadza pewną różnorodność w jednostajnym menu uczt włościańskich, z drugiej jednak strony mało pożywne kartofle tracą jeszcze w tej postaci na pożywności, gdyż wyjęty sok kartoflany zawiera 82% ciał azotowych kartofla <sup>1)</sup>, tak, że pozostała masa składa się prawie wyłącznie z krochmalu i drzewnika; z tego punktu widzenia potrawa ta stanowi pewnego rodzaju zbytek w położeniu włościan — jest to zadowolenie smaku kosztem ważniejszych potrzeb organizmu.

Mąka pszenna używaną była w jednej tylko, najzamożniejszej rodzinie i to tylko w postaci zaprawy do barszczu. Z mąki żytniej robiono kluski, zjadane z roztopioną słoniną, i zacierkę do mleka. Chleb używa się wyłącznie razowy. Tak zw. żur przyrządza się w sposób następujący: w garnek, zawierający pozostałości od poprzedniego żuru, nasypuje się pewną ilość żytniej mąki i dolewa wody, poczem garnek stawia się na jakie 12 do 16-tu godzin w ciepłym miejscu, gdzie zawartość jego podlega fermentacji. Przy podawaniu na stół, żur zaprawia się mlekiem, śmietaną lub śmietanką, jajami, mąką; niekiedy gotuje się z burakami i cebulą; biedniejsi jedzą go bez zaprawy, lub najwyżej z nieznaczną ilością mleka albo mąki. W jednej rodzinie [tabl. № I] do przyrządzenia barszczu używana była, zamiast żuru, esencya octowa. Kasze wszelkiego rodzaju spożywane bywały ze słoniną lub z mlekiem. Kapustę jadano wraz z kartoflami, albo z grochem. Mięsa, zarówno wołowiny jak i wieprzowiny, używano jedynie do przyrządzenia

<sup>1)</sup> Patrz HUBNER—Lehrbuch der Hygiene. 1890. Str. 600.



rosół; rosół podawano z kartoflami, lub z ryżem, mięso zaś oddzielnie. W ten sam sposób używano i drobnej ryby. Co do tej ostatniej, należy tu zauważyć, że ryba wogóle zjawia się nader rzadko na stole włościańskim, i tylko tam, gdzie jest obfiość wód, jak np, we wsi Górki, która leży, przy ujściu Świdra do Wisły.

O używaniu przez włościan przypraw i t. zw. używek, powiemy słów kilka w innym miejscu.

Aby ocenić, o ile pożywienie badanych przezemnie rodzin odpowiada wymaganiom higieny, należy nam przede wszystkim zająć się pytaniem, jak wielki, mniej więcej, może być stopień wchłanianości tego pożywienia? Jest to pytanie dość trudne do rozstrzygnięcia. W prawdzie literatura naukowa obfituje w dane co do wchłanianości oddzielnych produktów, z jakimiśmy spotykaliśmy się przy badaniach naszych. Dane co do wchłanianości częściej tylko używanych produktów, są dość pokaźne i u rozmaitych autorów niezbyt różne. Jednak, zachodzi pytanie, czy mamy prawo zastosować do naszego wypadku wyniki powyższych badań? Pewne fakty każą nam na pytanie to odpowiedzieć przecząco. Chodzi tu przede wszystkim o to, że stopień wchłanianości danego produktu nie jest czemś stałym, lecz jest rezultatem wielu różnorodnych czynników. W pierwszym rzędzie należy tu zaznaczyć zjawisko, doświadczalnie stwierdzone przez SUDAKOW'a <sup>1)</sup> i kilku innych autorów, zjawisko, na które szczególny nacisk kładzie tenże SUDAKOW: stopień wchłanianości danego produktu jest różny zależnie od tego, czy produkt ów spożywany jest oddzielnie, czy też w połączeniu z innymi produktami. Fakt ten stwierdzają następujące dane: RUBNER <sup>2)</sup> zauważył, że mleko, używane wraz z serem, wchłania się w większym stopniu, niż spożywane oddzielnie — jakkolwiek autor ten

<sup>1)</sup> K woprosu ob uswojajemosti smiesznan, rastitielnoj piszczi. Woj. Med. Żurnał. 142. 1887.

<sup>2)</sup> RUBNER, loco cit.

nie nadał temu faktowi należnego znaczenia; BUCZYŃSKI<sup>1)</sup> doświadczałnie stwierdził, że mięso powiększa wchłanianie chleba razowego; PIONTKOWSKI<sup>2)</sup> znalazł, że kapusta oddzielnie wchłania się gorzej, niż spożywana z mięsem, lub chlebem. Godne uwagi są cyfry tego autora. Według doświadczeń jego stopień wchłaniania azotu chleba razowego wynosi 74,3%, kapusty 59,7%—jeżeli produkty te spożywane są oddzielnie; jeżeli zaś razem, to stopień wchłaniania azotu wynosi 78,1% — czyli że wchłanianie jednego i drugiego produktu powiększa się. Nie mniej pouczające w tym kierunku są wyniki do jakich doszedł POPÓW<sup>3)</sup>. Według autora tego, azot chleba razowego wchłania się w ilości 70,95%, kartofli w ilości 65,81%, grochu w ilości 73,24%, kaszy gryczanej w ilości 77,3%—jeżeli produkty te spożywane są oddzielnie; jeżeli zaś chleb spożywany jest wraz z grochem, *ceteris paribus*, to wchłanianie azotu wynosi 83,06%, chleb z kartoflami—73,73%, chleb z kaszą gryczaną—80,55%. I tu wchłanianie jednego i drugiego produktu zwiększa się. SUDAKOW<sup>4)</sup> stwierdził zjawisko to dla chleba w połączeniu z kaszą gryczaną i jaglaną i dla chleba w połączeniu z grochem.

Tak więc zjawisko, o jakim mowa, zdaje się nie podlegać wątpliwości. Tymczasem większość prac nad wchłanianiem rozmaitych produktów dotyczy produktu, spożywanego oddzielnie, lub co najwyżej, wraz z tłuszczem i przyprawami. Że zaś w naszym wypadku, produkty, jak to zazwyczaj bywa, spożywane bywały w najróżnorodniejszych połączeniach, więc już jeden ten wzgląd każe się nam wyrzec cyfr, podawanych przez wyżej przytoczonych autorów. Względów takich znajdziemy i więcej. Z doświadczeń RUBNERA<sup>5)</sup> wiadomo, że ilość, w jakiej dany produkt jest spożywany, nie pozostaje bez wpływu na od-

<sup>1)</sup> Materjały dla dietetiki chleba i sucharej. SDB. 1873.

<sup>2)</sup> Materjały k woprosu o pitatielnosti kwasz. kapusty. SDB. 1890.

<sup>3)</sup> Materjały k woprosu ob uswojajem. raznych sortow czernawo chleba. Moskwa. 1890.

<sup>4)</sup> K woprosu ob nswojajem. smiesz. rastitel. piszezi. Woj. Med. Żurnał. 142. 1881.

<sup>5)</sup> loco cit.

setkę wchłanianości pierwiastków pożywnych tegoż, że mianowicie, w miarę powiększania tej ilości, zwiększa się także, do pewnych granic naturalnie, i wchłanianość produktu. Sposób przyrządzenia potrawy odbija się także na wchłanianości. WASILJEW <sup>1)</sup> dowiódł, że rezorbeyca azotu, a szczególnie tłuszczu z mleka gotowanego jest większa, niż z mleka surowego. STRUEMPELL <sup>2)</sup> znalazł, że leguminoza w formie rozartej wchłaniają się lepiej, niż w całości, POPOW <sup>3)</sup> wykazał, że mięso surowe assymiluje się lepiej, niż gotowane i wędzone. Z doświadczeń PIĄTKOWSKIEGO <sup>4)</sup> widzimy, że kapusta surowa wchłania się w mniejszym stopniu, niż gotowana.

Z prac REFORMATSKIEGO <sup>5)</sup>, BURŁAKOWA <sup>6)</sup>, ZASIECKIEGO <sup>7)</sup> i WOROSZYŁOWA <sup>8)</sup> dowiadujemy się, że i praca fizyczna nie pozostaje bez wpływu na stopień wchłanianości pierwiastków pożywnych; według REFORMATSKIEGO—praca o średnim natężeniu powiększa wchłanianość, o zbytciem natężeniu zmniejsza ją.

Zauważmy dalej, że w pożywieniu badanych włościan są swoiste czynniki, mogące mniej lub więcej odbijać się na assymilacji pożywienia. Czynnikiami temi są: 1) brak urozmaicenia menu uczt włościańskich, 2) minimalna ilość przypraw i używek, 3) znaczna zawartość wolnych kwasów w pokarmie [kwaśne mleko, kwaszoua kapusta, „żur“]. U większości badanych rodzin z danych produktów przyrządzają się dzień w dzień jedne i te same potrawy; je-

<sup>1)</sup> WASILJEW. O sravnitel. uswojajem. azot. czastiej i žira iz kipiacz. mołoka. SPB. 1889.

<sup>2)</sup> Centralblatt f. d. medizinsche Wissenssch. 1876. Str. 47.

<sup>3)</sup> Patrz: Achter Jahresber. über die Fortschr. n. s. w... der Hygiene. 1883.

<sup>4)</sup> loco cit.

<sup>5)</sup> K woprosu o wlijanii myszecz. truda na uswojaj. žirow i t. d. SPB. 1889.

<sup>6)</sup> O wlijanii myszecz. raboty na uswojajem. i obmien azotist. wieszczestw. Wracz. 9. 1888.

<sup>7)</sup> O wlijanii myszecz. dwiżenij na obmien azotist. wieszczestw. Wracz. 1885. 6.

<sup>8)</sup> loco cit.

dyną przyprawą bywa najczęściej sól i „żur“ [„żur“, ze względu na nader małą pożywność i znaczną zawartość kwasów, należy zaliczyć do t. zw. „używek“]; rzadko i to wyłącznie u rodzin zamożniejszych, spotykamy się z używaniem pieprzu i cebuli; używanie kawy lub herbaty jest prawie że wyjątkowe, przyczem sposób przyrządzania kawy nadaje jej więcej cechy środka pożywnego, niż używki [mała ilość kawy, znaczna—cykoryi i mleka]. Że nakoniec znaczna zawartość wolnych kwasów w pokarmie musi się ujemnie odbić na wchłanianości pożywienia wskutek zwiększenia ruchu robaczkowego jelit, o tem świadczą prace BISCHOFF'a <sup>1)</sup> i MEYER'a <sup>2)</sup>, którzy przyczynę małej wchłanianości chleba razowego widzą w tworzeniu się wolnych kwasów w kanale pokarmowym.

Wszystko to, cośmy powyżej powiedzieli, ma na celu wykazanie, że taka różnorodność czynników, wpływających na wchłanianość pokarmu, nie pozwala nam korzystać z cyfr, znajdujących w literaturze, i rzecz oczywista, że jeżeli nie rozstrzygamy kwestyi według metody najściślejszej, ale niestety, w naszych warunkach niemożliwej — metody rozbiorów chemicznych kału — to wszystkie nasze wyliczenia muszą mieć wartość mniej lub więcej przybliżoną. By niedokładność uczynić możliwie małą, postaramy się wyliczenia nasze oprzeć na istniejących w literaturze spostrzeżeniach nad wchłanianością pokarmu, zbliżonego do pokarmu naszych włościan i w warunkach, analogicznych do naszych. W tym kierunku niezwykłą wagę dla nas posiadają spostrzeżenia BAER'a, JESERICH'a i MEINERT'a <sup>3)</sup> nad wchłanianością pożywienia pracujących więźniów, pożywienia, składającego się prawie wyłącznie z vegetabilia. Według autorów tych wchłanianość pierwiastków pożywnych u owych więźniów wynosiła w odsetkach:

<sup>1)</sup> BISCHOFF. Versuche über die Ernähr. mit Brod. Zeitsch. f. Biol. Bd. V. 1869.

<sup>2)</sup> MEYER. Versuche mit Brod am Hund und Menschen. Zeitsch. f. Biol. Bd. VII. 1871.

<sup>3)</sup> BÄR, JESERICH und C. A. MEINERT. Über Massen—Ernährung. Beriin. 1885.

|            |               |                 |
|------------|---------------|-----------------|
| Dla azotu. | Dla tłuszczu. | Dla wod. węgla. |
| 79,79%     | 83,57%        | 95,81%          |

Prawie równoznaczne rezultaty znajdujemy w pracy CRAMERA <sup>1)</sup> nad pożywieniem jarosza, który z animalia używał tylko mleka i jaj, a więc podobnie do naszego wypadku. Wyniki tego autora: 79% dla azotu i 95% dla wodorów węgla. KELLNER i MORI <sup>2)</sup> przy wyłącznie roślinnym pokarmie otrzymali następujące cyfry: 75,71% dla ciał azotowych i 97,09% dla bezazotowych. U badanych przezemnie włościan z pośród animalia używane było prawie wyłącznie mleko; jeżeli zważymy, że mleko, według RUBNERA <sup>3)</sup> wchłania się najgorzej z pośród animalia, to okaże się, że cyfry KELLNERA i MORI nadają się do naszych wyliczeń. SUDAKOW <sup>4)</sup> przy pożywieniu pokarmem roślinnym, składającym się z chleba i kasz, otrzymał w przecięciu dla wchłaniania azotu 70%. Przyjąwszy poprzednie zastrzeżenie, znów otrzymamy rezultaty, zgodne z poprzednimi. Zauważmy nakoniec, że ERYSSMAN <sup>5)</sup> na podstawie pewnych danych przyjmuje następujące cyfry dla wchłaniania pokarmu roślinnego: 70% dla azotu, 95% dla tłuszczu, 95%—90% dla wodorów węgla. Tak więc, wobec nieznaczonej różnicy w przytoczonych powyżej cyfrach, nie popełnimy, zdaje się, zbyt wielkiego błędu, jeżeli za podstawę dla obrachowania przybliżonej ilości wchłoniętych pierwiastków pożywnych weźmiemy następujące cyfry.

Dla najczęściej spotykanego pokarmu, składającego się z vegetabilia i mleka, pokarmu, w którym % azotu roślinnego pochodzenia waha się w granicach od 70%—90%—75% dla ciał azotowych, 95% dla tłuszczu i 95% dla wodorów węgla. Dla pokarmu, w którym % azotu pochodzenia roślinnego przewyższa 90% [rodziny № XVII, XIX

<sup>1)</sup> TRAUGOTT CRAMER. Z. f. physiolog. Chemie. 1882. Bd. 6.

<sup>2)</sup> KELLNER und MORI. Untersuch. über die Ernähr. der Japaner. Z. f. Biologie. 25. 1889.

<sup>3)</sup> RUBNER. Über die Ausnutzung u. s. w. Z. f. Biologie. 1879. 15.

<sup>4)</sup> SUDAKOW. Woj. Medic. Żurnał. 142. 1889.

<sup>5)</sup> Die Ernährungsverhältnisse der Arbeiterbevölker. in Centralrussland von dr. I. ERISSMAN. Arch. f. Hygiene. 1889.

latem, większość rodzin zimą] zastosujemy cyfry ERYSSMANA [patrz wyżej]—70% dla ciał azotowych, 95% dla tłuszczu i 95% dla wodorów węgla.

Nakoniec dla pokarmu, w którym % azotu pochodzenia roślinnego wynosi mniej niż 70%o zastosujemy cyfry wspomnianych wyżej KELLNER'a i MORI <sup>1)</sup>.

Biorąc za podstawę do obliczeń powyższe cyfry, załączam tablicę, wskazującą przybliżone ilości zasymilowanych pierwiastków pożywnych w pokarmie badanych włościan, ze wskazaniem także ich ciepłikowej wartości dla organizmu w ciepłostkach, nadmieniając raz jeszcze, że tablica ta zawiera jedynie przybliżone wielkości.

(Patrz tablicę na str. 355).

Przejdźmy do pytania, czy pożywienie w podanych wyżej ilościach może być uważane za dostateczne, czy jest ono w stanie utrzymać ustrój w równowadze, przy 14-godzinnej pracy fizycznej? Pytanie to w naszych warunkach, gdzie, jak wyżej powiedzieliśmy, rozbiory chemiczne moczu i kału badanych osobników były wykluczone, może być rozstrzygnięte dwojaką drogą: albo przez porównanie z ilościami, podawanymi przez fizjologów za normę dziennego pożywienia, lub też przez porównanie z wynikami bezpośrednich spostrzeżeń nad pożywieniem robotników w rozmaitych krajach.

Jak wiadomo, VOIR <sup>2)</sup> żąda dla zdrowego, średniego wieku robotnika, przy pracy umiarkowanego natężenia 118 grm. ciał białkowych [106 grm. wchłoniętych], 56 grm. tłuszczu [53 grm. wchłoniętego], 500 grm. wodorów węgla [450 grm. wchłoniętych — na dobę; przy pracy znacznego natężenia 145 grm. ciał białkowych [130 grm. wchłon.], 100 grm. tłuszczu [95 grm. wchłon.], 447 grm. wodorów węgla [402 grm. wchłon.]; przyczem z rozumowań, jakie doprowadziły VOIR'a do takiego wniosku, wypływa, że pewne wahania w ilościach tłuszczu i wodorów węgla mogą

<sup>1)</sup> KELLNER und MORI, loco cit.

<sup>2)</sup> O pizczcie w obszczestw. zawiedieniach. Woj. Medic. Żurnał. 1876. T. 127.

| Numer tablicy. | Nazwisko gospodarza | L a t e m.   |           |                |             | Z i m ą.     |           |                |             |
|----------------|---------------------|--------------|-----------|----------------|-------------|--------------|-----------|----------------|-------------|
|                |                     | Ciał azotow. | Tłuszczu. | Wodanów węgla. | Ciepłostek. | Ciał azotow. | Tłuszczu. | Wodanów węgla. | Ciepłostek. |
| I              | Jaworski Franc.     | 102,56       | 48,58     | 752,0          | 3957,1      | —            | —         | —              | —           |
| X A B          | Sołtysiak Mateusz   | 99,00        | 62,7      | 552,9          | 3249,8      | 60,2         | 45,60     | 491,15         | 2689,90     |
| XVI A B        | Sosiński Karol      | 92,7         | 71,25     | 525,35         | 3194,1      | 66,5         | 63,65     | 581,40         | 3247,90     |
| VI             | Jesiotr Franciszek  | 108,00       | 37,05     | 659,30         | 3488,8      | —            | —         | —              | —           |
|                | Przeciętna          | 99,9         | 57,00     | 579,18         | 3310,9      | 63,3         | 54,62     | 536,27         | 2968,9      |
| VII            | Jesiotr Mateusz     | 82,5         | 40,85     | 676,40         | 3489,10     | —            | —         | —              | —           |
| XI A B         | Zieliński Walenty   | 93,6         | 70,30     | 599,45         | 3492,3      | 67,2         | 57,00     | 584,25         | 3199,2      |
| XIII A B       | Walendziak Wal.     | 84,65        | 50,35     | 647,90         | 3470,3      | 66,50        | 40,85     | 641,25         | 3280,0      |
|                | Przeciętna          | 86,92        | 53,83     | 641,25         | 3483,9      | 66,8         | 48,82     | 612,75         | 3239,6      |
| XV A B         | Pyjaś Mateusz       | 81,75        | 62,70     | 604,20         | 3398,50     | 63,00        | 51,30     | 543,40         | 29589       |
| V              | Jesiotr Michał      | 75,75        | 38,00     | 609,90         | 3166,0      | —            | —         | —              | —           |
| VIII           | Jesiotr Józef       | 79,50        | 38,95     | 626,05         | 3257,3      | —            | —         | —              | —           |
| II             | Puch Marja          | 71,25        | 51,35     | 622,25         | 3315,6      | —            | —         | —              | —           |
| XVII A B       | Jaworski Józef      | 71,40        | 45,40     | 720,10         | 3661,6      | 78,4         | 38,00     | 736,25         | 3690,8      |
| XII A B        | Zieliński Mar.      | 74,25        | 40,80     | 636,50         | 3292,3      | 53,9         | 48,45     | 494,95         | 2697,3      |
|                | Przeciętna          | 75,65        | 46,23     | 636,50         | 3348,5      | 65,1         | 45,98     | 591,5          | 3182,3      |
| III            | Jesiotr Szymon      | 75,00        | 43,70     | 571,90         | 2861,9      | —            | —         | —              | —           |
| IX             | Jaworski Antoni     | 90,52        | 49,40     | 539,60         | 3042,5      | —            | —         | —              | —           |
| IV             | Jesiotr Jan         | 57,75        | 29,45     | 513,95         | 2624,5      | —            | —         | —              | —           |
| XIV A B        | Ploch Franciszek    | 60,00        | 46,55     | 465,50         | 2593,7      | 63,00        | 37,05     | 534,85         | 2795,9      |
|                | Przeciętna          | 65,69        | 42,27     | 522,74         | 2760,1      | —            | —         | —              | —           |
| XVIII A B      | Brudzyński Wal.     | 66,75        | 28,50     | 532,00         | 2716,3      | 51,8         | 23,50     | 528,20         | 2638,4      |
| XIX A B        | Kamiński Wojciech   | 72,80        | 33,25     | 705,85         | 3500,8      | 74,2         | 37,05     | 778,05         | 3837,3      |
| XX A B         | Forysiak Antoni     | 52,50        | 34,20     | 606,10         | 3014,0      | 53,2         | 37,05     | 557,65         | 2849,2      |
| XXI A B        | Grzelak Wincenty    | 73,50        | 50,35     | 642,20         | 3396,5      | 59,5         | 41,80     | 607,05         | 3121,2      |
| XXII A B       | Włodarczyk Stan.    | 55,30        | 36,10     | 467,40         | 2475,0      | 52,5         | 36,10     | 505,40         | 2618,5      |
| XXIII A B      | Majchrzak Antoni    | 68,6         | 49,40     | 692,55         | 3575,6      | 49,00        | 47,50     | 455,05         | 2503,50     |
| XXIV A B       | Lefk Walenty        | 63,0         | 38,95     | 573,80         | 2974,4      | 58,8         | 41,80     | 566,2          | 2953,10     |
|                | Przeciętna          | 64,63        | 38,68     | 602,84         | 3093,2      | 57,00        | 38,54     | 571,08         | 2931,20     |
|                | Przec. dla wszystk. | 82,56        | 47,76     | 622,42         | 3325,6      | 63,0         | 45,00     | 569,29         | 3023,60     |

mieć miejsce bez uszczerbku dla ustroju, z warunkiem, aby te pierwiastki pożywne zawierały razem nie mniej niż 265 grm. węgla; ilość zaś białka, według VOIR'a, wahaniom podlegać nie powinna. Ta norma VOIR'a nie tylko że utrzymała się przez długi czas w nauce, ale nawet zaczęła znajdować sobie zastosowanie w praktyce, mianowicie przy sporządzaniu szablonu żywnościowego w rozmaitych zakładach publicznych, szczególnie w Niemczech. Rzecz widoczna, że z punktu widzenia VOIR'a pożywienie badanych włóścian polskich zawierające znacznie mniej ciał białkowych, niż tego żąda VOIR, musi być uważane za nieodpowiednie, nieodpowiadające celowi, zbyt ubogie w ciała azotowe.

Ale poglądy VOIR'a na kwestyę, o jakiej mowa, poczęły w ostatnich czasach tracić na powadze. Nie miejsce tu, oczywiście, wchodzić w szczegóły odnośnych polemik naukowych; pozwolę sobie tylko przytoczyć najwybitniejsze fakty, jakie stanęły w sprzeczności z poglądami VOIR'a.

Tak więc, HIRSCHFELD <sup>1)</sup> zachował równowagę azotową przy 30—40 grm. ciał azotowych na dobę.

Zbadany przez HOCU'a <sup>2)</sup> robotnik zachował równowagę przy 86 grm. ciał azotowych.

Jarosz, badany przez CRAMER'a <sup>3)</sup>, utrzymywał równowagę przy 71 grm. białka.

KUMAGAWA <sup>4)</sup> wykonał trzy doświadczenia: w pierwszym ilość białka w dziennym pokarmie wynosiła 76 grm., w drugim 34 grm., w trzecim 50 grm.; równowaga azotowa we wszystkich trzech wypadkach była nienaruszona, z kąd autor wnosi, że rzeczą w pożywieniu najważniejszą jest nie ilość białka, lecz ogólna ilość ciepłostek, odpowiadająca ciepłowym i mechanicznym potrzebom organizmu.

NAKAHAMA <sup>5)</sup> spostrzegł równowagę azotową przy 85 grm. białka w pokarmie.

<sup>1)</sup> Arch. f. d. ges. Physiologie. 41. 3. 533.

<sup>2)</sup> Patrz: 6 Jahresh. über die Fortschr. und Leist... der Hygiene. 1888.

<sup>3)</sup> Z. f. physiolog. Chemie. 1882. Bd. 6. Str. 546.

<sup>4)</sup> VIRCHOW's Archiv. Bd. 116. Str. 370.

<sup>5)</sup> Arch. f. Hygiene. 8. 1888.



Według KLEMPERER'a <sup>1)</sup>, dwaj zdrowi robotnicy otrzymywali na dobę tylko po 33 grm. białka, 260 grm. tłuszczu, 400 grm. wodanów węgla i 170 grm. alkoholu, przyczem pewna ilość azotu nawet pozostawała w ustroju.

BREISACHER <sup>2)</sup>, doprowadziwszy w przeciągu kilku dni organizm do równowagi azotowej, wprowadzał następnie w pożywieniu przy 13 do 15 godzinnej pracy 67,8 grm. ciał białkowych, 60,5 grm. tłuszczu i 494 grm. wodanów węgla; po upływie 33 dni okazało się, że waga ciała powiększyła się nieco. Autor ten wnosi więc, że 68 grm. ciał białkowych [ = 51,4 grm. wchłoniętych ], przy powyższej ilości ciał bezazotowych, wystarcza najzupełniej dla zachowania równowagi przy pracy fizycznej.

IMMANUEL MUNK <sup>3)</sup>, na podstawie cyfr BLEIBTREU i BOHLAND'a sądzi, że cyfry VOIR'a są stanowczo zbyt wysokie.

Jeżeli na podstawie powyższych danych nie mamy jeszcze prawa wyprowadzać innej jakiejś, niższej normy dziennego pożywienia robotnika, to, bądź co bądź, są one w stanie osłabić naszą wiarę w niewzruszoność cyfr VOIR'a <sup>4)</sup>. Zauważmy jeszcze, że i sama metoda, jaką się rzucił VOIR przy wyprowadzaniu swej normy, poddana jest wszechstronnej krytyce w pracy HIRSCHFELD'a <sup>5)</sup> który szczególniejszy nacisk kładzie na fakt, że z ilości rozkładanego podczas głodzenia azotu nie mamy prawa sądzić o wielkości potrzeby ciał azotowych dla ustroju, i że VOIR dowolnie określił ilość t. zw. „*Luxusconsumption*“.

Tak więc, kwestyę ilości ciał azotowych, potrzebnych dla organizmu, uważać należy w chwili obecnej za nierozstrzygniętą. Wspominany wyżej HIRSCHFELD tak mówi w tym przedmiocie <sup>6)</sup>: „Der Eiweissbedarf des Menschen ist ebenso wenig bestimmt, wie etwa der Chlor oder Kalk-

1) Z. f. klinische Medizin. XVI. Str. 5 und 6.

2) Deutsche medizin. Wochenschr. 1891. Nr. 48.

3) Deutsche medizin. Wochenschr. 1888. 14. Nr. 5.

4) Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 38.

5) Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 44.

6) Berl. klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 26. Str. 644.

bedarf“.—„Durch keinen Versuch ist bisher sichergestellt, dass bei eiweissarmer Nahrung dem Organismus bestimmte Gefahren drohen“. — „Die Bestimmung über die Zusammensetzung einer Kost muss also ausschliesslich der praktischen Erfahrung überlassen bleiben“.

Rozmaitość poglądów na kwestyę, o jakiej mowa, jest zupełnie zrozumiałą wobec faktu, że nierozwiązane jest dotychczas pytanie ogólniejszej natury, lubo najściślej związane z poprzedniem—pytanie, jak wogóle wpływa praca fizyczna na rozkład białka, a więc i na potrzebę tegoż. W pracach w tym przedmiocie z ostatnich czasów znajdujemy wręcz przeciwne wyniki. ARGUTIŃSKIJ<sup>1)</sup>, ZASIECKIJ<sup>2)</sup>, BURŁAKOW<sup>3)</sup> i inni stwierdzają doświadczalnie, że praca mięśniowa powiększa zużycie białka; z drugiej strony HIRSCHFELD<sup>4)</sup>, LEISTIKOW<sup>5)</sup> i inni — mówią wręcz odwrotnie, że nie wspomnimy tu o pracach w tym przedmiocie dawniejszych, pracach z jednej strony SPECK'a, PLAYFAIR'a, ENGELMANN'a, PAYEN'a, SCHUSTER'a—z drugiej TICK'a i WISLICENUS'a, MOSLER'a, MEISSNER'a, OPPENHEIM'a.

Przekonywamy się więc, że literatura naukowa nie jest dotychczas w stanie dać nam stanowczej odpowiedzi na zajmujące nas pytanie. Porzucając więc tę arenę niezakończonych jeszcze sporów, wyniesiemy jedynie to przekonanie, że względnie mała ilość ciał białkowych w pokarmie nie stanowi jeszcze o nieodpowiedniości takiego pokarmu — przekonanie, jak w naszym wypadku, doniosłego znaczenia.

Spójrzmy teraz, do jakich rezultatów doprowadzi nas porównanie pożywienia zbadanych włościan polskich z istniejącymi w literaturze danymi co do pożywienia robotników w rozmaitych krajach. W załączonej tablicy zestawiam te dane ze wskazaniem źródła, z kąd wzięte zostały.

1) Arch. f. d. ges. Physiologie. 46. Str. 552.

2) Wracz. 1885. Nr. 51 i 52.

3) Wracz. 1888. Nr. 3 i 4.

4) VIRCHOW's Archiv. Bd. 121. 1890. Str. 501.

5) Über den Eiweisszerfall bei stark. Muskelarbeit. Diss. München,

## Pozywienie robotników w rozmaitych krajach.

| Numer kolejny. |                                       | Ciał azotowych. | Tłuszczu. | Wodanów węgla. | Źródło.                    |
|----------------|---------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|----------------------------|
| 1              | Bokser angielski                      | 288             | 88        | 93             | PLAYFAIR <sup>1)</sup>     |
| 2              | Kosiarz w gub. Astrach.               | 215             | 152       | 537            | SUDAKOW <sup>2)</sup>      |
| 3              | Tracz w gub. Astrach.                 | 210             | 93        | 868            | SUDAKOW <sup>2)</sup>      |
| 4              | Żołnierz armii niemieck.              | 191             | 63        | 607            | VOIT <sup>3)</sup>         |
| 5              | Robotnik w browarze                   | 190             | 73        | 599            | LIEBIG <sup>4)</sup>       |
| 6              | Włościanie w Siedmiogr.               | 182             | 93        | 907            | OHLMÜLLER <sup>5)</sup>    |
| 7              | Kowal angielski                       | 176             | 71        | 666            | PLAYFAIR <sup>6)</sup>     |
| 8              | Włoscy robot. w cegielni              | 167             | 117       | 675            | RANKE <sup>7)</sup>        |
| 9              | Starcy z domu schron.                 | 152             | 34        | 728            | FORSTER <sup>8)</sup>      |
| 10             | Żołnierz niem. na wojnie              | 151             | 46        | 522            | VOIT <sup>9)</sup>         |
| 11             | Włośc. pow. Akkermans.                | 149             | 82        | 687            | HALIN <sup>10)</sup>       |
| 12             | Włościan. pow. Werejsk.               | 146             | 44        | 579            | ERYSSMAN <sup>11)</sup>    |
| 13             | Cieśla w gub. Astrach.                | 144             | 72        | 692            | SUDAKOW <sup>12)</sup>     |
| 14             | Robotnicy przy budowie drogi żelaznej | 144             | 54        | 805            | KOWALKOWSKI <sup>13)</sup> |

1) Medical Times and Gazette. 1865. I. Str. 460; 1866. II. Str. 325.

2) Patrz: O wlijanji postn. warok na zdrowje niżnich czynow. Woj. Medic. Żurnal. 165. 1889.

3) Patrz: O piszczie w obszczestw. zawied. Woj. Medic. Żurnal. 1876. T. 127.

4) Ibidem.

5) Z. für Biologie. 1884. Bd. 20. Str. 393.

6) Loco cit.

7) Z. f. Biologie. XII. 1887.

8) Patrz: O piszczie i t. d. W. Med. Ż. 1876. T. 127.

9) Ibidem.

10) Kolicz. i kaczest. oprediel. piszczi krestjan Akkerm. ujezda. Bessarab. gub., patrz Trudy Russkawo Obszcz. O chr. Narodn. Zdr. Wyp. IV. T. II. 1886.

11) Arch. f. Hygiene. 1889.

12) SUDAKOW, loco cit.

13) Patrz: Trudy Rus. Obszcz. Ochr. Nar. Z. Wyp. IV. T. II. 1886.

| Numer kolejny. |                                     | Ciał azotowych. | Tłuszczu. | Wodanów węgla. | Źródło.                    |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|----------------------------|
| 15             | Zecer w Petersburgu                 | 143             | 30        | 513            | KOZŁOWSKIJ <sup>1)</sup>   |
| 16             | Rob. wiejski w Bawaryi              | 143             | 100       | 788            | RANKE <sup>2)</sup>        |
| 17             | Żołnierz niemiecki podczas manewrów | 143             | 36        | 595            | VOIT <sup>3)</sup>         |
| 18             | Więźniowie pruscy                   | 140             | 35        | 736            | BAËR <sup>4)</sup>         |
| 19             | Robotnik angielski                  | 140             | 34        | 435            | PAYEN <sup>5)</sup>        |
| 20             | Robotnik francuzki                  | 138             | 80        | 502            | PAYEN <sup>5)</sup>        |
| 21             | Więzień w Halli                     | 136             | 16        | 697            | VOIT <sup>6)</sup>         |
| 22             | Drwal w Oberaudorf                  | 135             | 208       | 876            | LIEBIG <sup>7)</sup>       |
| 23             | Żołnierz bawarski podczas ćwiczeń   | 134             | 22        | 511            | VOIT <sup>8)</sup>         |
| 24             | Robotnik monachijski I              | 133             | 95        | 422            | FORSTER <sup>9)</sup>      |
| 25             | Górnik                              | 133             | 113       | 637            | STEINHEIL <sup>10)</sup>   |
| 26             | Włościanin z okolic Würzburga       | 133             | 66        | 637            | STEFFAN <sup>11)</sup>     |
| 27             | Robotnik w Moskwie w „arteli“       | 132             | 79        | 584            | ERYSSMAN <sup>12)</sup>    |
| 28             | Robotnik monachijski II             | 131             | 68        | 494            | FORSTER <sup>13)</sup>     |
| 29             | Tatarzy z połudn. brz. Krymu        | 128             | 64        | 534            | SZCZEPIETOW <sup>14)</sup> |

<sup>1)</sup> O pitatielnosti obiedow w niekotor. obszczestw. zawied. Peterburga. SPB. 1880.

<sup>2)</sup> Arch. f. Biologie. T. XII. Str. 130.

<sup>3)</sup> Patrz: O pizsczie i t. d. Woj. Med. Żurnał. 1876. T. 127.

<sup>4)</sup> Die Gefängnisse, Strafanstalten etc. 1871. Str. 123.

<sup>5)</sup> Substances alimentaires. 1854.

<sup>6)</sup> O pizsczie etc. Woj. Med. Żurnał. 1876. T. 127.

<sup>7)</sup> Ibidem.

<sup>8)</sup> Ibidem.

<sup>9)</sup> Ibidem.

<sup>10)</sup> Z. f. Biologie. 1877. Bd. 13. Str. 42.

<sup>11)</sup> Die Ernährung der Bauern, Würzburg. 1890.

<sup>12)</sup> Arch. für Hygiene. 1889.

<sup>13)</sup> Patrz: O pizsczie etc. Woj. Med. Żurnał. 1876.

<sup>14)</sup> O pitanji Tatar Jużnawo bierega Kryma. SPB. 1886.

| Numer kolejny. |   | Ciężar azotowy. | Tłuszczu. | Wodanów węgla. | Źródło.                    |
|----------------|---|-----------------|-----------|----------------|----------------------------|
| 30             | Włościanin pow. Werej.                    | 127             | 33        | 594            | ERYSSMAN <sup>1)</sup>     |
| 31             | Zakł. popr. w Brandenb.                   | 127             | 29        | 639            | RICHTER <sup>2)</sup>      |
| 32             | Biedny wł. pow. Werejs.                   | 125             | 30        | 589            | ERYSSMAN <sup>3)</sup>     |
| 33             | Żołnierz austriacki                       | 121             | 46        | 528            | SCHÖFER <sup>4)</sup>      |
| 34             | Więzienie I-ej klasy<br>w Anglii          | 118             | 36        | 575            | DOBROŚŁAWIN <sup>5)</sup>  |
| 35             | Robotnik w Ameryce<br>Północnej           | 118             | 204       | 549            | ATWATER <sup>6)</sup>      |
| 36             | Żołnierz niem. w fortecy                  | 117             | 26        | 547            | VOIT <sup>7)</sup>         |
| 37             | Więzienie w Plötzensee                    | 117             | 32        | 597            | DOBROŚŁAWIN <sup>8)</sup>  |
| 38             | Rekrut meklemburski                       | 113             | 54        | 551            | STUEMUND <sup>9)</sup>     |
| 39             | Więzienie w Norymberdze                   | 112             | 34        | 525            | SCHUSTER <sup>10)</sup>    |
| 40             | Drwal w Reichenhall                       | 112             | 309       | 691            | LIEBIG <sup>11)</sup>      |
| 41             | Robotnik w Kanadzie                       | 109             | 109       | 527            | ATWATER <sup>12)</sup>     |
| 42             | Robotnik w Moskwie                        | 106             | 49        | 488            | ERYSSMAN <sup>13)</sup>    |
| 43             | Więzienie w Monachium                     | 104             | 38        | 521            | DOBROŚŁAWIN <sup>14)</sup> |
| 44             | Żołnierz w Petersburgu<br>w dni postne I  | 102             | 28        | 497            | SUDAKOW <sup>15)</sup>     |
| 45             | Robotnik w hucie szklan.                  | 95              | 132       | 481            | ATWATER <sup>16)</sup>     |
| 46             | Żołnierz w Petersburgu<br>w dni postne II | 85              | 17        | 416            | SUDAKOW <sup>17)</sup>     |

1) Arch. f. Hygiene. 1889.

2) Patrz: Fiziologia HERMANN'a T. 6. Cz. 1.

3) Arch. f. Hygiene. 1889.

4) Landesübliche Menagen und s. w. der k. k. Truppen. Wien. 1889.

5) O sprawit. stoimosti uluczszonnoj piszczi aresztantow i t. d. SPB. 1884.

6) Patrz: KÖNIG. Chemie der menschl. Nahr. und Genussmittel. Berlin. 1889.

7) Patrz: O piszczie etc. Woj. Med. Żurnał. 1876. T. 127.

8) Loco cit.

9) Arch. f. des ges. Physiol. Bd. 48.

10) Patrz: O piszczie etc. Woj. Med. Żurnał. T. 127.

11) Reden und Abhandlungen. Str. 127.

12) KÖNIG, loco cit.

13) Arch. f. Hygiene. 1889.

14) Loco cit.

15) O wlijanii postnych warok i t. d. Woj. Med. Żurnał. 165. 1889.

16) Patrz: KÖNIG, loco cit.

17) Loco cit.

| Numer kolejny. |   | Ciał azotowych. | Tłuszczu. | Wodanów węgla. | Źródło.                    |
|----------------|---|-----------------|-----------|----------------|----------------------------|
| 47             | Wychowawcy szkoły woj- skowej w Tokio   | 83              | 13        | 622            | RINTARO MORI <sup>1)</sup> |
| 48             | Żołnierz w Petersburgu w dni postne III | 78              | 14        | 402            | SUDAKOW <sup>2)</sup>      |
| 49             | Sługa szpitalny w Ja- ponii             | 74              | 6         | 479            | SCHEUBE <sup>3)</sup>      |
| 50             | Więzień w Japonii I                     | 74              | 9         | 630            | EIJKMAN <sup>4)</sup>      |
| 51             | Biedny robotnik (?)                     | 64              | 25        | 366            | BÖHM <sup>5)</sup>         |
| 52             | Służący w Tokio                         | 55              | 6         | 394            | TAWARA <sup>6)</sup>       |
| 53             | Jarosz—tapicer                          | 54              | 22        | 557            | VOIT <sup>7)</sup>         |
| 54             | Szwaczka w Londynie                     | 54              | 29        | 292            | PLAYFAIR <sup>8)</sup>     |
| 55             | Robotnik na Szląsku                     | 50              | 16        | 552            | MEINERT <sup>9)</sup>      |
| 56             | Więzień w Japonii II                    | 47              | 7         | 372            | EIJKMAN <sup>10)</sup>     |
| 57             | Słaby robotnik (?)                      | 25              | 37        | 290            | PLÜGE <sup>11)</sup>       |

Przeciętna ze wszystkich spostrzeżeń: 122 grm. ciał białkowych, 59 grm. tłuszczu i 580 grm. wodanów węgla, przewyższa ilością ciał białkowych odpowiednie wielkości u naszych włościan. Ale czy ta przeciętna może być miarodajną? Wśród przytoczonych spostrzeżeń widzimy ilości ciał białkowych w pożywieniu, stanowiące istotny zbytek [№ 1, 2, 3, 4, 5 i t. d.]; nikt nie zaprzeczy, że np. 288 grm. grm. białka lub 215 grm. na dobę nie może być wyrazem istotnej potrzeby ustroju; niejeden dobrze postawiony robotnik może bez kwestyi zjeść więcej, niż tego żądają fizyologiczne postulaty, ale nas przecież obchodzi nie ile zjeść m o ż n a, lecz jakie minimum jest n i e o d z o w n e

<sup>1)</sup> Arch. f. Hygiene. V. Str. 333.

<sup>2)</sup> SUDAKOW, loco cit.

<sup>3)</sup> Arch. f. Hygiene. I. 1883. Str. 352.

<sup>4)</sup> Patrz: KELLNER nnd MORI. Z. f. Biolog. 1889. Bd. 25. Str. 106.

<sup>5)</sup> Vierteljahreschr. f. öff. Gesundheitspflege. 1869. Bd. I.

<sup>6)</sup> Patrz: KELLNER und MORI, loco cit.

<sup>7)</sup> Z. f. Biologie. Bd. 25. 1887. Str. 264.

<sup>8)</sup> Medical Times and Gazette. 1865. I. 1866. II.

<sup>9)</sup> Patrz: HAMMARSTEN. Lehrb. d. phys. Chemie. Wiesbaden. 1891

<sup>10)</sup> Patrz: KELLNER und MORI, loco cit.

<sup>11)</sup> Patrz: STUEDEMUND. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 48. 1891.

dla utrzymania ustroju w stanie normalnym. Z drugiej strony, wśród przytoczonych spostrzeżeń znajdujemy dość wiele takich, gdzie ilość ciał białkowych w pożywieniu jest równą, lub nawet niższą, niż w zajmującym nas wypadku. Pod tym względem szczególniejszą wagę mają dla nas spostrzeżenia nad roślinnym pokarmem robotników japońskich [№ 50, 52, 53, 55, 56 i 60], którzy, według słów odnośnych autorów, odznaczają się zupełnem zdrowiem i zdolnością do pracy fizycznej.

Tak więc, przytoczony szereg spostrzeżeń nie zmusza nas do wyrzeczenia się przekonania, nabytego przy teoretycznym rozbiorze kwestyi — przekonania, że względnie mała ilość białka w pożywieniu nie przemawia jeszcze stanowczo na niekorzyść takiego pokarmu.

Ilość zużywanej przez włościan soli kuchennej w przecięciu nie o wiele przewyższa ilość, jaką fizjologia podaje za normę 30 grm., pomimo przeważnie roślinnego pokarmu. Jednak, jeżeli zestawimy rubryki 5-tą [% azotu pochodzenia roślinnego] i 10-tą [dzienna ilość soli — patrz zestawienie przeciętnych dla wszystkich rodzin] to okaże się, że charakter pokarmu nie pozostaje bez wpływu na ilość spożywanej soli. W miarę powiększania się % regetabilia w pokarmie, powiększa się i zużycie soli — fakt zgodny z teorią BUNGE'go <sup>1)</sup>.

Co się tyczy wpływu pory roku na jakość i ilość pożywienia, to latem pożywienie jest pod każdym względem lepsze, niż zimą. Mianowicie, latem ilość ciał białkowych w pożywieniu wynosi 106 grm., zimą tylko 90 grm., przy czem % białka pochodzenia roślinnego wynosi latem 77%, zimą zaś 97%; ilość tłuszczu w pożywieniu latem 50 grm., w zimowym 47 grm., ilość wodoru węgla 655 grm. i 599 grm.. Ta różnica wystąpi jeszcze wybitniej, jeżeli zestawimy ilości wchłoniętych pierwiastków w pożywieniu latem i zimowym, a także ilości ciepłostek. Latem wchłoniętego białka 82 grm., zimą 63 grm., tłuszczu 47 grm.

<sup>1)</sup> Z. f. Biologie. 1873 i 1874.

i 45 grm., wodań węgla 622 grm. i 569 grm., ciepłostek 3255 i 3023. Ten wpływ pory zimowej objaśnia się przede wszystkim zmniejszoną potrzebą pokarmu w zimie. Wprawdzie strata ciepła żywotnego jest zimą większa, ale zato fizyczna praca mniejsza, dzień krótszy, sen dłuższy. Ten wzgląd ostatni jest dość ważny, gdyż badania SMITH'a, PETTENHOFER'a i VOIG'a, FEDER'a, RUBNER'a <sup>1)</sup> wykazały, że podczas snu przemiana materji w ustroju, szczególnie ciał bezazotowych znacznie się zmniejsza. Wpływ pory zimowej tłumaczy się dalej innemi warunkami zewnętrznymi, przeważnie zaś zmniejszonym udojem mleka w zimie, co wpływa na ilość ciał białkowych w pokarmie zimowym, na stopień ich wchłanianości i na ilość tłuszczu.

Powiedzmy jeszcze słów kilka o wpływie położenia ekonomicznego danej rodziny włościańskiej na jej żywienie. Jeżeli na ogólną ilość pokarmu warunki ekonomiczne danej rodziny nie mają widocznego wpływu, co zresztą nie ma wielkiego znaczenia, to zato odbijają się one bardzo wyraźnie na jakości żywienia. Tablica, zawierająca zestawienie ilości wchłoniętych pierwiastków pożywnych, wskazuje, że w miarę zmniejszania się rozmiarów posiadanego kawałka gruntu, zmniejsza się także ilość białka i tłuszczu w żywieniu. Najgorsze stosunki widzimy pod tym względem nie w żywieniu bezrolnych włościan, jak należałoby przypuszczać—lecz włościan o drobnym kawałku ziemi [mniej niż 3 morgi].

Fakt ten jest łatwo zrozumiały. Im gorszy jest stan ekonomiczny chłopa, tem rzadziej kupuje on mięso do stołu, tem krowa jego, dla braku strawy, daje mniejszy udój, tem słonina zjawia się na stole w mniejszej ilości.

Nie bez interesu będzie obrachowanie pieniężnej wartości dziennego pokarmu jednej osoby w każdej rodzinie. Za podstawę do wyliczeń biorę przeciętne ceny targowe za odnośny rok i nadmieniam, że cyfry poniższe służyć mogą tylko do porównania, gdyż istotna pieniężna wartość jest prawdopodobnie dla chłopa nieco niższa.

<sup>1)</sup> Patrz: Lehrbuch der Hygiene—von M. RUBNER. 1890.



**Wartość pieniężna dziennego pożywienia jednej osoby  
w kopiejkach.**

|                           | Latem.     | Zimą. |
|---------------------------|------------|-------|
| Jaworski Franciszek       | 17,60 kop. | —     |
| Soltysiak Mateusz         | 15,5       | 10,3  |
| Sosiński Karol            | 16,6       | 12,9  |
| Jesiotr Franciszek        | 15,2       | —     |
| Jesiotr Mateusz           | 14,9       | —     |
| Zieliński Walenty         | 15,8       | 11,9  |
| Walendziak Walenty        | 16,7       | 11,5  |
| Pyjaś Mateusz             | 16,19      | 12,4  |
| Jesiotr Michał            | 14,67      | —     |
| Jesiotr Józef             | 12,8       | —     |
| Puch Marja                | 15,7       | —     |
| Jaworski Józef            | 15,0       | 13,2  |
| Zieliński Marcin          | 13,2       | 10,0  |
| Jesiotr Szymon            | 14,8       | —     |
| Jaworski Antoni           | 15,06      | —     |
| Jesiotr Jan               | 12,1       | —     |
| Płoch Franciszek          | 13,3       | 10,4  |
| Brudzyński Walenty        | 12,00      | 9,8   |
| Kamiński Wojciech         | 12,8       | 12,3  |
| Forysiak Antoni           | 13,1       | 9,7   |
| Grzelak Wincenty          | 14,8       | 10,9  |
| Włodarczyk Stanisław      | 10,9       | 9,2   |
| Majchrzak Antoni          | 15,4       | 9,9   |
| Lefik Walenty             | 12,6       | 8,9   |
| Przec. dla wszyst. rodzin | 15,08      | 11,3  |

Streszczając w kilku słowach raz jeszcze najogólniej-  
sze wyniki naszych spostrzeżeń, musimy zaznaczyć, że po-  
żywienie badanych włościan dalekiem jest od ideału, jaki  
stawia higiena odżywiania. Nie chodzi nam tu o to, że  
pożywienie to jest może zbyt ubogie w istoty białkowe, po-  
wiadam może, gdyż obecny stan kwestyi o potrzebie ciał

azotowych dla organizmu każe się powstrzymać od stanowczego w tym przedmiocie wyroku. Ale cechą stanowczo ujemną jest niski stopień wchłanianości pożywienia badanych włościan, właściwość, zależna z jednej strony od roślinnej przeważnie natury pokarmu, z drugiej — od nadmiaru wolnych kwasów organicznych w pożywieniu. Właściwość ta sprawia, że zbyt wielka część pierwiastków pożywnych opuszcza ustrój niewyzyskana. Jakkolwiek pomimo tej właściwości pokarmu, ogólna ilość wchłoniętych pierwiastków i suma ciepłotek rozwijanych przez nie przy spalaniu jest w przeważnej większości dostateczną, to jednak pożywienie takie musi być nazwane co najmniej nieekonomicznem. Zaznaczyć tu jeszcze wypada, że cecha ta jest w wysokim stopniu zależna od materialnego stanu danej rodziny włościańskiej. Odsetka pokarmu pochodzenia roślinnego jest tem wyższą, a więc wchłanianość tem niższą, im stan materialny chłopu gorszy. Najgorsze pod tym względem stosunki widzimy nie u włościan bezrolnych, jakby to należało się spodziewać, lecz u posiadaczy drobnego kawałka ziemi.

---

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

---

P R O T O K Ó Ł Y.

Rok 1895.

Posiedzenie kliniczne dnia 19 Marca 1895 roku.

PREZES **Baranowski.**

Obecných członków 63.

**T r e ź ó:** **ROSENTAL Alb.** i **RYCHLIŃSKI** — Demonstracya mózgu ze znacznemi rozmiękczeniami i z jamami w rdzeniu. **NEUGEBAUER**—Przypadek t. zw. „Erreur de sexe“. **HERYNG** — O możności wstrzykiwań płynów barwnych do mięszu płuc u zwierząt i na trupach. **JAWDYŃSKI**— a) Demonstracya chorego po całkowitem wycięciu nerki, b) chorego po wyłuszczeniu guza nosogardzielowego, c) chorej po nephropexii i d) surowiczokrławej torbieli na szyi pewnej chorej. **Prof. BRODOWSKI**—O torbielach na szyi. **Prof. KOSIŃSKI** — a) Demonstracya nerki, wyjętej od chorego z Hydronephrosis dextra i b) kawałek szczęki dolnej wyciętej od chorego z Actinomycosis maxillae inferioris.

Po przeczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. **KRYSIŃSKI** interpeluje Sekretarza dorocznego w następujących kwestyach: 1-o w odpowiedzi danej **PRZEWOSKIEMU** nie mógł kol. **KRYSIŃ.** powiedzieć, że potrzeba 123 minut dla dokładnego zbadania preparatu, lecz daleko więcej, przynajmniej kilkanaście godzin czasu i żąda sprostowania tego błędu; 2-o zapytuje kol. **KR.** które z odczytanych głosów są autoreferatami, a które ułożone przez sekretarza i po otrzymaniu wyjaśnienia zapytuje 3-o dlaczego jedne głosy są obszerniej streszczone

[a niektóre autoreferaty za obszernie] i czy niemożna byłoby układać protokołu tak, by wychodził on więcej jednolicie.

W odpowiedzi na powyższe słowa Sekretarz doroczny odpowiada: Przez ciąg niespełna trzech miesięcy mieliśmy w naszym Towarzystwie 28 odczytów i demonstracyj i około 100 różnych głosów, biorących udział w dyskusyi, streścić to wszystko jest nielada pracą, posługiwać się przeto zmuszony jestem autoreferatami, o które nietylko prosić, lecz których żądać na zasadzie § 32 regulaminu mam prawo, że zaś te autoreferaty są nieraz przydługie i zaobszerne nie moja w tem rzecz, ja z obowiązku muszę i powinienem przeczytać i zamieścić to, co prelegent uważa za potrzebne podać do druku. Współdziałanie z Sekretarzem dla dobra sprawy w prowadzeniu protokołów jesteśmy obowiązani wszyscy, dziwnem przeto wydaje się, gdy który z kolegów uchyla się od tego współdziałania.

Następnie Wice-PREZES wypowiada zdanie, że przy czytaniu protokołu możnaby wypuszczać autoreferaty, autorzy bowiem protestować przeciw niedokładności nie będą, inni zaś zazwyczaj szczegółów nie pamiętają i nie protestują.

Sekretarz Stały wypowiada zdanie, że dla zapobieżenia temu by autoreferaty nie były zbyt długie i nie zawierały tego, o czem zabierający głos nie mówił na posiedzeniu, można byłoby wprowadzić ten zwyczaj, jaki jest przyjęty na kongresach i polegający na tem, by przemawiający zaraz na posiedzeniu na podanej sobie kartce notował dla Sekretarza to, o czem mówił.

Poczem PREZES wypowiada zdanie, że praca Sekretarza dorocznego, przy obecnym rozwoju naszego Tow. jest zbyt uciążliwa i może być prowadzona należycie, gdy mieć będziemy stenografa, który dokładnie notować będzie słowa przemawiających. Wtedy zniknie kwestya zadługich autoreferatów, które obecnie Sekretarz doroczny zamieszczać i odczytywać musi. Wreszcie zwraca się PREZES z zapytaniem, czy może liczyć na poparcie, skoro wnieśli projekt ustanowienia stenografa.

STEYNER jest zdania, że w protokołach pożądane są autoreferaty tylko z odczytów, z demonstracji zaś i z dyskusyi mogą być tylko wzmianki.

Wreszcie kol. KRYSIŃSKI zaznacza, że ustanowienie stenografa rozstrzygnie kwestyę podjętą obecnie, nim to jednak nastąpi proponuje, by Tow. wyraziło życzenie by autoreferaty były streszczeniem, a nie odczytem 2-gim jak się to nieraz obecnie dzieje.

Po dyskusyi protokół przyjęto.

Nadsłali do biblioteki Towarzystwa: 1) Archives des sciences biologiques publiées par l'institut imperial de médecine experimentale à St.-Petersburg. T. III. Nr. 3. 1894 2) NEUGEBAUER — Inversio uteri [po niemiecku]. 3) SOBIERAŃSKI Wacław — a) Nowsze badania nad farmakologią żelaza. b) Ueber die Nierenfunction und die Wirkungsweise der diuretica [odb. z Arch. f. exp. Pathol und Pharmacol. 1895]. c) O czynności nerek [odb. z Gaz. Lek.]. 4) JANOWSKI W.—a) Vergleichende Un-

tersuchungen zur Bestimmung der Stärke des Behring'schen und Roux'schen Heilserums [odb z Centralbl. f. Bacter und Parasiten. b) To samo po polsku. c) Przypadek otrucia ołowianego [odb. z Gaz. Lek.]. 5) JANOWSKI i DMOCHOWSKI — O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu przy tyfusie w ogólności [odb. z Pam. Lek.]. 6) Protokoły i trudy Russkago Chirurğ. Obszczestwa. PIROGOWA. 1893—1894. 7) Protokoły medicinskago Obszczestwa w Suwałkach. 1894 r..

PREZES zawiadamia, że na konkurs imienia KOCZOROWSKIEGO nadesłano dwie prace:

1-o „Szpital Ś-go Łazarza“ z dewizą: „Piszmy prawdę o nas samych, ziomkowie i obcy będą nas sądzić, umiejmy cenić kadzidło palone szczęściu, a odpowiadajmy skromną prawdą urąganiu lub niewiedomości“, z Tad. CZACKIEGO.

2-o „Poszukiwania elementów rasowych narodu polskiego“ z dewizą: „Badajmy siebie“.

Wreszcie PREZES zawiadamia, że urząd lekarski zwrócił się z prośbą o nadesłanie mu rocznego sprawozdania za rok 1894, postanowiono wysłać sprawozdanie zakomunikowane członkom na 1-szem posiedzeniu Towarzystwa.

Następnie ROSENAL Albert i RYCHLIŃSKI przedstawiają mózg od chorego z niewątpliwym procesem przymiotowym. Mózg ten ciekawy ze względu na znaczne rozmięczenie, ciągnące się wzdłuż fossa Sylwii z lewej strony i obejmujące gyr. Broca, dolną część gyr. centralis ant. et post. gyr. temporalis i prawie całe gyr. occipitales sin. Oprócz tego rozmięczenie zajęło gyr. frontales int. et inf. dextr. gyr. callosomarginalis dextr. i część gyr. occipitalis dextr.. Naczynia na podstawie mózgu niemal wszystkie zatkane. Według zdania demonstrujących mózg ten ciekawy jest jeszcze z tego względu, że od zarażenia się przymiotem do wystąpienia pierwszych objawów mózgowych upłynął niespełna rok, a do śmierci osobnika tego upłynęły zaledwie 4 lata.

Wreszcie RYCHLIŃSKI zwraca uwagę, że w szyjowej części rdzenia znajdują się jamy, prawdopodobnie rozpadowego pochodzenia i ten szczegół według zdania R. potwierdza słowa jego, o możliwości wytwarzania się jam w rdzeniu na He przymiotowym, o czem wspominał w dyskusyi nad przypadkiem demonstrowanym dnia 5. III przez WIZIA i DYDYŃSKIEGO.

NEUGEBAUER przedstawia następnie chorą z tak zw. „Erreure de sexe“, K. Z. lat 16, córka wyrobnika wskutek bólów w pachwinach od kilku miesięcy jej dokuczających, zgłosiła się do ambulansu lekarskiego przy ulicy Piwnej, zkąd DRABCZYK posłał ją do N. wskutek rzadkiego zбочenia organów moczopłciowych. Przy badaniu okazało się, że K. Z. jest wrzekomym obojniakiem męzkim o ogólnej budowie i wyglądzie męzkim, głosie, krtani męzkich, zarostcie na wardze górnej przy włosach na głowie w długi warkocz splecionych. Amazia. Pubis kobiecy, mons Veneris płaski, kończyny obfitym włosom obrosnięte. Clitoris-erectilis długości do 5 ctm. o obwodzie glandis inclus. praeputii

7 cm. Lechtaczka jest raczej rozszereżonem prąciom męzkim. Wargi sromowe większe istnieją, jak również rudimentarne wargi małe. Pomiedzy wargami sromowymi rima pudendi, wgłębi której otwiera się cewka moczowa kobieca, poniżej pochwa, której otwór hymenem jest otoczony. Pochwa wązka, długości 2—3 cm. Prostaty nie wymacano, natomiast znaleziono ślad błony wpoprzek miednicy przeciągającej się, lekko naprężonej jakby lig. lata; macicy rudymenarnej niemożna było wymacać z dokładnością. Gruczołów płciowych w jamie miednicy niema, natomiast skonstatowano po każdej stronie in labio maj. pudendi jądro, przyjądrze i sznurek nasienny. Jądra są małe. Ejakulacyi spermatis dotąd K. Z. nie miewała ani też miesiączki. Popędów płciowych dotąd nie doznawała, lecz oświadczyła, że woli towarzystwo kobiet a nie mężczyzn. NEUG. sądzi że K. L. jest mężczyzną o hypospadiasis penis scrotalis i descensus testiculorum retardatus, który spowodował bóle—jakby przepuklinowe w okresie dojrzałości płciowej. NEUG. sądzi, że z czasem u demonstrowanej zjawią się popędy płciowe, skłonność do kobiet oraz ejakulatio spermatis. Wobec tych danych NEUG. radzi pannie tej zmianę aktu stanu cywilnego z zamianą płci żeńskiej na męską.

Na zakończenie NEUG. dodaje że K. L. jest 6 z liczby 12 innych dzieci, jakie mieli jej rodzice i że matka do chwili obecnego badania żadnych zbroceń rozwoju u niej nie zauważyła i nie wiedziała jakiej pomyłki nieszczęsnej ofiarą padła córka Katarzyna czyli raczej syn jej. [Autoreferat].

HERYNG wypowiedział odczyt pod tyt. „O możności lokalizacyi wstrzykiwań płuów barwnych do mięszsu płuc u zwierząt i na trupach“.

Na wstępie obszernego swego przemówienia, omawia prelegent przyczyny niedowiarstwa ogółu lekarzy odnośnie do wyników pomyślnych phtisioterapii i do nich zalicza: 1-o reklamy dla nowych środków niedostatecznie wyprobowanych, 2-o brak obserwacyj ogłoszonych jako wyleczonych z suchot płuc i 3-o ujemne wyniki tuberkuliny. Następnie mówca zastanawia się nad przyczynami ujemnych wogóle wyników terapii suchot płuc i do nich zalicza; zbyt późne rozpoznanie, zbyt późne leczenie, brak środków materyalnych w większości wypadków, wadliwe urządzenia szpitalne, brak wśród publiki niezbędnych wiadomości o niebezpieczeństwie zarażenia, brak dezynfekcyi mieszkań po suchotnikaeb, lekkomyślność chorych, biorących poprawę za wyleczenie, natura choroby często niewyleczalna, mylne poglądy biologiczne co do lasecznika KOCH'a i wreszcie trudność znalezienia silnych a niedrażniących leków antyseptycznych. Co się tyczy samego lasecznika, to prelegent zgodnie z innymi utrzymuje, że nie jest on tak odpornym na środki lekarskie, jak z początku sam KOCH przypuszczał, zaznacza przy tem, że kultury obumierają już pod wpływem światła i że laseczniki obumarłe zdolne są wywołać prawie te same objawy chorobowe, co laseczniki przeszczeplalne, że więc gruźlica jak wiele innych chorób zakaźnych jest zatruciem, przeto usiłowania lecznicze winny być skierowane przeciwko sa-

memu jadowi. Na tej zasadzie powstała tuberkulina KOCH'a, która zbyt może szybko upadła. Również zawiodła oczekiwania lekarzy tuberkulocydyna KLEBS'a, który robił już próby stosowania tego środka lokalnie. Według prelegenta potrzeba szukania nowych dróg leczenia chorób chronicznych płuc, pomijając już gruźlicę, jest w każdym razie na czasie i może dać niespodziewane wyniki lecznicze lecz dopiero po dokładnym zbadaniu eksperymentalnym kwestyi i po wynalezieniu odpowiedniej techniki. Usiłowania lokalnego działania lekami na chore płuca znane są oddawna. Wprowadzano kolejno leki w formie gazowej, płynów rozpylonych, wdychać pary i środków lotnych, a gdy one zawiodły, zaczęto próbować iniekcji wprost do płuca przez ściany klatki piersiowej. Metoda ta jednak ma trzy wady: 1-o możliwość krwotoków, 2 o działa na ślepo i 3-o przy kawernach działa tylko na ich ściany a mięszsu otaczającego zakażonego mikrobami nie leczy. Po odrzuceniu tej metody pozostało spróbować iniekcji wprost przez cewnicę lub krtań do płuca. Za tą metodą według zdania H. przemawiają. 1-o Zachowanie w całości tkanki płuca i niekaleczenie naczyń. 2-o Rozchodzenie się płynów zapomocą oskrzeli do pęcherzyków płuca. 3 o Działanie leku przez rezorbeyę na krew, przez drogi limfatyczne i na gruczoły chłonne *resp.* na złogi laszczników w nich zawarte. 4-o technika łatwa z zastosowaniem.

Następnie prelegent w dłuższym przemówieniu opowiada historyczny rozwój podniesionej metody leczniczej, przytacza dodatnie i ujemne rezultaty doświadczeń swoich poprzedników i wreszcie szczegółowiej omawia następujące pytania: a) jak się zachowują wstrzyknięte do płuca płyny i dokąd przenikają np. czy dostają się do wierzchołków płuca? b) jakie ilości płynów znoszą płuca zwierząt *resp.* ludzkie? c) jakiemu losowi ulegają płyny wprowadzone do płuca, ile się rezorbuje, d) jakie płyny znosi płuca bez szkody?

Przenikanie płynów wstrzykniętych zależy od następujących warunków: 1 Ciężar. U zwierząt w pozycji stojącej płyn splywa na dół i dostaje się do dolnych zrazów, gdy tymczasem do górnych w tych warunkach płyn dostaje się bardzo mało. 2 Pod wpływem aspiracji zrazy dolny i średni łatwiej się wypełniają, i 3 Ruch wielkich oskrzeli t. j. podnoszenie się i opadanie wpływa na rozchodzenie się płynów. Przeszkodą do rozchodzenia się płynów jest ekspiracya lecz tylko tak długo, póki płyn znajduje się w grubych oskrzelach. Gdy dostanie się do cieńszych gałęzi i pęcherzyków moment ten jest bez znaczenia.

Według robionych doświadczeń, mówi H. odpowiadając na 2-ie pytanie przekonano się, że wstrzyknięte psu 650,00 płynu nie wywoływało poważniejszych zaburzeń i dopiero 755,00 wstrzykniętych w ciągu 2 godzin widocznie ujemnie podziałały, gdyż pies osłabł, lecz po 5 dniach wrócił do zdrowia.

Co się tyczy rezorbeyi płynów przez płuca, to ze względu na to że w płucach chłonięcie odbywa się nietylko przez naczynia limfatyczne, lecz i żyły, żaden inny organ prędzej od płuca chłonać płynów nie może. Już po 3 godzinach gruczoły limfatyczne oskrzelowe zawierają bar-

wnik w dużej ilości. Według zdania prelegenta, powołującego się na doświadczenia SIKORSKIEGO, WASBUDZKIEGO i innych, rezorbeyca w płucach jest szybszą, niżeli przez kanał pokarmowy i tkankę podskórną gdyż np. 40% jodek potasu rezorbuje się przez płuca w 5 m. przez żołądek w 30 m. Rezorbeyca płuca jest zwolnioną przy powolnem wkraplaniu płynów, przy położeniu horyzontalnem, przy użyciu klejkich i oleistych płynów i słabych koncentracji leków i wreszcie przy zmianach patologicznych w mięszsu płuca.

Jakość płynów wstrzykniętych ma według prelegenta ważue znaczenie, gdyż sublinat znosi pies w rozcieńczeniu 1:10000 bez żadnej reakcy; również 1:5000, przy 1:2500 występuje kaszel i krztuszenie. Karbol 1% z początku drażni, gdy wstrzykiwał II. 2<sub>oo</sub> do 3<sub>o</sub>—reakcy się zmniejszała znacznie. Kwas borowy 5% i kwas salicylowy 1% są zupełnie obojętne. Natr. bicarbonicum do 5% bardzo mało drażni. Kw. mleczny aż do 25% jest przez psy znoszony. Alkohol do 20% nie wywołuje silniejszej reakcy.

Na zakończenie przemówienia swego na tem posiedzeniu mówca przytoczył własne doświadczenia, robione na psach i trupach w celu przekonania się: 1-o do jakich części płuca dostają się barwniki, 2-o o ile zmiana położenia wpływa na rozmieszczenie płynów i czy można wyłącznie wstrzyknąć do prawego lub lewego płuca w górne lub dolne zrazy, 3-o wpływ iniekcji na organ oddychania i stan ogólny, 4-o zmiany zachodzące w płucach po iniekcji pyoktaniny lub karminu. Z doświadczeń dokonanych na psach i krolikach zapomocą wprowadzania płynów przez tchawicę wyprowadza H. następujące wnioski: Przy położeniu zwierząt na grzbiecie iniekcye pyoktaniny przekonały prelegenta, że barwniki wstrzyknięte do tchawicy na środkowej linii, kroplami i to bardzo powoli, dostają się zarówno do prawego, jak i do lewego płuca, zarówno do zrazów dolnych, jakoteż i do wierzchołków płuca. Na przekroju wyschniętego pod kloszem płuca, widać było większe i mniejsze plamy niebieskie, odpowiadające światłu oskrzeli, których ściany zabarwione były na niebiesko: również i tkanka płuca, położona naokoło oskrzeli, zabarwioną była przez imbibicyę. Jeżeli zwierzęta były ułożone na prawym lub lewym boku, a płyn wlewany był po bocznej ścianie tchawicy kroplami, to o ile zwierzę to podczas iniekcji zachowywało się spokojnie, płyn dostawał się wyłącznie do prawego *resp.* lewego płuca. Przy pozycyi pionowej zwierzęcia płyny dostawały się do wierzchołków płuca w ilości nieznacznej, mniejszej niż wtedy, gdy zwierzę leżało pionowo. Druga kategoria doświadczeń jakie przerobił prelegent, polegała na wprowadzeniu do mięszsu płuca płynów od zewnątrz i na zasadzie tych to doświadczeń wyprowadza H. następujące wnioski: 1-o wprowadzenie płynów do mięszsu płuca przez skórę i mięśnie u krolików jest możliwem, lecz umiejscowienie jest tylko względem. 2-o Iniekcya nie jest dokładną. 3-o Sam akt iniekcji wywołuje często znaczne wylewy krwi. 4-o Może wydarzyć się zranienie wielkich pni. 5-o Podczas, gdy [1/3%] pyoktanina wprowadzona przez tchawicę nie wywołała silniej-



szej reakcyi zapalnej, wstrzyknięta wprost do miąższu płuc spowodowała zapalenie na dużej przestrzeni. Trzecia kategoria obejmowała doświadczenia na trupach suchotników: polegają one na wprowadzeniu pyoktaniiny przez tchawicę. Z doświadczeń tych przekonał się H. że: 1-o płyny rozchodzą się do obu płuc i dostają się do wszystkich ustępów płuca, jeżeli iniekcya dokonana była w pozycyi poziomej, 2-o barwniki dochodzą do wierzchołków obu płuc, 3-o płyn dostaje się z łatwością do jam i rozszerzeń w wierzchołkach płuc, 4-o barwniki przenikają do części płuc będących siedliskiem zapaleń kataralnych zrazikowych i pomiędzy ogniska peribronchityczne, 5-o najtrudniej dostają się płyny do ustępów płuc, dotkniętych sprawą włóknistego zapalenia. W tem miejscu prelegent pokazywał arkusze bibuły, na których były odcisnięte płuca po iniekcyi.

Najdonioślejszym wnioskiem kończy prelegent obecną pogadankę, uzyskanym zarówno z opisanych doświadczeń—jest fakt, że płyny iniekowane dostają się do szczytów płuc, do jam, do dolnych zrazów, chociażby miąższ płucny był siedliskiem chronicznych spraw zapalnych, natury gruźliczej; sprawy włóknistego zapalenia, blizny utrudniają przenikanie płynów, lecz leki te niezawodnie znajdują sobie przez imbibicyę drogę do otaczającej owe ogniska tkanki płuc.

Po wypowiedzeniu tego prelegent zapowiada uzupełnienie i dokonanie doświadczeń na następnem posiedzeniu.

JAWDYŃSKI przedstawia następujących chorych: 1-o chorego po całkowitem wycięciu nerki. Felczer lat 47 liczący, zauważył przed 14 laty kilkakrotnie krew w moczu. Na trypra nie chorował. Od czasu do czasu występowały silne bóle w brzuchu z prawej strony. Od dwóch lat wystąpiła dysuria. Przed dwoma miesiącami z moczem oddał znaczną ilość ropy i od tego czasu zawsze ona stanowi przymieszkę do moczu. Oprócz tego chory miewał gorączkę poprzedzoną dreszczami. Przed przybyciem chorego do szpitala znaleziono w moczu jakoby laseczniki gruźlicze. Przy kilkakrotnem badaniu moczu w pracowni JAKOWSKIEGO nie wykryto ani gonokoków, ani lasieczników gruźliczych. Przy badaniu chorego znaleziono w prawym podżebrzu guz wielkości główki dziecięcej, który okazał się tylko powiększoną nerką (pyo-nephrosis). Do bólów przyłączały się wymioty. Dnia 8. I b. r. dokonano nephrectomii. Trudność operacyi polegała na tem, że po wykonaniu cięcia lędźwiowo-brzusznego, okazało się, że fałda otrzewnej zachodzi daleko ku tyłowi i pokrywa prawie całą cewkę. W celu oddzielenia otrzewnej do 1-go cięcia dodano cięcie poprzeczne. Po mozołnem usunięciu nerki odpreparowano możliwie nisko moczowód, odcięto go, wszywając dolny odcinek w powłoki-brzuszne na wysokości kołca biodrowego przedniego górnego. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Pierwszego dnia ilość moczu 300 ctm., drugiego 400, ilość ta stopniowo wzrastała do 1500 ctm., z początku mocz z przymieszką krwi i ropy, obecnie zupełnie czysty. Rany są prawie doszczętnie zagojone. Chory przed operacyą wychudły i wycieńczony, obecnie świetnie wygląda.

Nerka tylko w górnej części zachowała budowę prawidłową — pozostała jej część zamieniona jest w ogromny guz torbielowaty, składający się z oddzielnych komór. Moczowód niezwykle zgrubiały, ściany jego przeszło  $\frac{1}{2}$  ctm. grube. Błona śluzowa przedstawia się w postaci rozpadających się strzępków.

2-o Chorego po wyluszczeniu guza noso-gardzielowego. Chłopak lat 18, o początku swej choroby niewiele powiedzieć może. Od kilku miesięcy zaczęły występować silne krwotoki z nosa i gardła, i trudność oddechania i przyjmowania pokarmów. Bezkrwistość i wyniszczenie w wysokim stopniu. W jamie noso-gardzielowej guz kolosalnych rozmiarów, wypierający podniebienie miękkie ku dołowi. Usunięcie guza zapomocą pętlicy okazało się niemożliwym. Z powodu niewielkiego dostępu, jaki dają dawniejsze metody tymczasowej osteoplastycznej rezekcji szczęki, zamysłano operację wykonać według metody KOCHER'a. Ponieważ jednak przy metodzie tej i tak przecina się podniebienie miękkie spróbowano więc, czy ten jeden rękoczyn nie wystarczy do usunięcia guza. Okazało się, że po przecięciu podniebienia otwiera się taki dostęp dla ręki i instrumentów, że pomimo nadzwyczaj szerokiego przyczepu guza do podstawy czaszki i wyrostka skrzydlatego, usunięcie guza dało się wykonać stosunkowo łatwo. Przed operacją wykonano tracheotomię. Guz twardy, włóknisty, składał się z dwóch połów, wielkości jaja kurzego, jedna część znajdowała się nad podniebieniem, druga wrastała do nosa. Obecnie pacjent świetnie wygląda.

3-o Chorą po nephropexii. Nie posiadamy o symptomatologii chorób tego rodzaju wytecznych, które pozwoliłyby w danym przypadku nerki wędrującej na pewno orzec, czy przejawy chorobowe zależą od samej nerki wędrującej, czy też źródłem ich jest cierpienie narządów trawienia, narządów płciowych, lub cierpienie czysto nerwowej natury. Dlatego też wskazania do nephropexii nie mogą być w większości przypadków zupełnie stawianymi. Tem się tłumaczy dlaczego taki IZRAEL na 81 wogóle operacji na nerkach nephropeksję wykonywał tylko 4 razy i to w dwóch przypadkach jako akt następczy po nephrolitotomii.

Przedstawia przeto J. chorą służącą 40-letnią, która od 4-eh lat cierpi na bóle w brzuchu, szczególnie z prawej strony i wymioty. Ordynator oddziału wewnętrznego, na którym chora przebywała, skłonny był do przypuszczenia, że objawy chorobowe zależą głównie od nerki wędrującej, wskutek czego skierował ją do operacji. Nephropeksja, według metody GUJANA, została wykonaną 3 Maja 1894 roku. Przez kilka miesięcy znaczna poprawa, potem wystąpiły objawy, jak poprzednio, pomimo że jak widać przy badaniu nerka doskonale jest przytwierdzoną.

4-o W końcu JAWDYŃSKI podaje przypadek dość rzadki całkowitego zwyrodnienia lewej połowy gruczołu tarczowego w torbiel surowiczo-krwawą. Chora 53 lat licząca, przed 13 laty zauważyła niewielki guz na lewej stronie szyi. Od 8 lat guz zaczął szybciej rosnać i w ostatnich czasach zaczął wywoływać objawy duszności, co głównie skłania chorą do poddania się operacji. Obecnie guz zajmuje całą lewą połowę

szy i przechodzi na mostek jako część torbieli, mieszczącej się między skórą i kością. Przy punkcyi wypływa płyn surowiczo-krwawy, po opróżnieniu torbieli płyn napowrót się zbiera. Przy operacyi okazuje się, że jedna torbiel poczynając się u kąta szczęki dolnej opuszcza się ku dółowi i jedna jej część przechodzi na mostek, druga wypełnia dół nad-obończykowy. Po oddzieleniu tej torbieli okazuje się druga między tchawicą i przełykiem. Ta właśnie torbiel wielkości pięści wywoływała objawy duszności. Torbiele wszędzie dość silnie pozrastane z otaczającymi częściami. Podwiązano obie tętnice tarczowe. Zagojenie per primam. [Autoreferaty].

Następnie profesor BRODOWSKI demonstrując, wyłuszczoną przez JAWDYŃSKIEGO torbiel, zwraca uwagę na niezwykłą jej wielkość i niekształtność, pochodzącą z licznych rozmaitych postaci znajdujących się na niej wypukleń. Ściany jej twarde, rozmaitej w różnych miejscach grubości, na wewnętrznej ich powierzchni widać strzępy miękie już rozrzucone. Już też miejscami skupione, nadto ślady dawniejszych przegród w postaci bądź listewek, bądź też beleczek. Znajduje się też i pełna dość twarda przegroda, oddzielająca od poprzedniej mniejszą torbiel [na preparacie stwardniałym wielkości małej pomarańczy] która zawierała płyn żółtawo-miętny, gdy tamtej zawartością był płyn krwawy. Znajdująca się przy samej ścianie, mocno z chrząstką tarczową zrosłej torbieli, część jej przegrody objęta była guzem wielkości orzecha włoskiego, twardym o bardzo nierównej grzebieniastej powierzchni, przepojonej solami wapiennymi, wystającym mniejszą częścią do większej, większą do mniejszej torbieli.

Badanie mikroskopowe, jak widać z przedstawionych przez prof. Br. preparatów, wykazuje że ściany tej torbieli złożone są po większej części, zwłaszcza bliżej powierzchni ich zewnętrznej z bardzo zbitej tkanki łącznej, tak dalece, że grube pęczki substancji jej międzykomórkowej po większej części równoległe do powierzchni ułożone, przedstawiają się niemal jednolitami, mocno światło łamiącymi, lub co najwyżej zlekka podłużnie prążkowanymi; pomiędzy nimi dają się spostrzegać cieniutkie wrzecionowate szparki, zawierające podobnej formy komórki posród takiej zbitej tkanki łącznej widać jednak tu i owdzie wysepki młodej t. zw. granulacyjnej tkanki łącznej o licznych szerokich naczyńkach włosowatych, a niekiedy i wylewach krwi wśród niej. Z podobnemiż wylewami krwi można się spotkać tu i owdzie i wśród zbitej tkanki łącznej lub z ziarnistym barwnikiem brunatnym jako pozostałością po nich. W miarę zbliżania się do powierzchni wewnętrznej ściany torbieli, tkanka łączna staje się luźniejszą, obfitszą w naczynia, szpary między wiązkami substancji międzykomórkowej coraz większe i okrągłejsze, komórki większe i liczniejsze: Lecz wkrótce wzmiankowane wiązeczki pęcznieją, stają się bądź ziarnistymi, lub nawet dziurkowatymi (vacuolisatio), bądź też najzupełniej jednolitami, mocno barwiącymi się czyną lub kwaśną fuksyną [zwyrodnienie szklistawej]; komórki znikają, naczynia coraz bardziej się rozszerzają, wylewy krwi i skupienia bru-

natnego barwnika coraz częstsze. W ten sposób stopniowo ściany torbieli przechodzą w owe, znajdujące się na wewnętrznej ich powierzchni, strzępy, w których już tylko ślady dawniejszej ich budowy łączno-tkankowej pozostały i otrzymujemy sieć bez śladu komórek. Jednym słowem mamy obraz stopniowego topnienia tkanki łącznej, a zarazem wytwarzania się cystoid czyli torbieli wrzekomych w przeciwstawieniu do torbieli prawdziwej pochodzenia nabłonkowego.

Dotychczas, zaznacza dalej prof. Br. nie możemy sobie utworzyć pojęcia o powstaniu tego wytworu patologicznego. Każda tkanka łączna mogłaby dać początek nowotworowi łączno-tkankowemu, który następnie wskutek przemian wstecznych mógłby zamienić się na nowotwór jamisty, a ten w dalszym ciągu wskutek zlewania się jam z sobą, zamienić się na twór torbielowaty. Dopiero zbadanie powyżej wspomnianego guza, obejmującego część tej przegrody międzykomórkowej, wyjaśniło rzecz całą. Pokazało się, że guz ten składa się z tworów gruczołowatych, najzupełniej takich samych, jakie widzimy badając wole t. zw. rozrostowe (struma hypertrophicum s. follicularis). Tu i owdzie twory te są wypełnione substancją klejową, lecz w wielu miejscach poprzedzielane są dość znaczną ilością zbitą tkanki łącznej, która stopniowo coraz bardziej się rozrasta i staje się najzupełniej podobną do wchodzącej w skład tej torbieli, miejscami zaś wrasta do wnętrza wzmiankowanych tworów, wypnkając i tworząc narosłe brodawkowate. W skrawkach zaś, pochodzących z brzegu owego guza, można widzieć obrazy stopniowego mięknięcia nowotworu, najzupełniej podobne do tych, które widzieliśmy przy wewnętrznej ścianie opisanego wytworu patologicznego. W tymże samym guzie obok resztek soli wapiennych w postaci kulistych, mocno światło łamiących, ciał, tu i owdzie zauważyć się dawały skostnienia drobne. Mamy więc do czynienia, mówi prof. Br. z wolem na całej przestrzeni z niewielkim tylko wyjątkiem [ów guz] włóknisto zwyrodnione, które wskutek zmięknienia (degeneratio hydropica) powstałej w ten sposób tkanki łącznej, zmieniło się w torbiel. [Autoreferat].

Prof. Kosiński demonstruje nerkę, wyciętą od chorej, u której rozpoznawano Hydrourephrosio dextra. Po wycięciu guza zapomocą laparatomii okazało się, że zawiera on kilka litrów jasno-krwawego płynu.

Następnie prof. Kosiński przedstawia kawałek szczęki dolnej wyjętej od chorego z rozpoznaniem mięsaka szczęki. Ol. Michał lat 13, przy rodzicach, przybył do kliniki z guzem szczęki dolnej i infiltratem in regione temporalis dextra. Z wywiadów dowiedziano się, że dwa lata temu uderzył się kijem w szczękę dolną z prawej strony; w tem miejscu zaczął się tworzyć guz. Po upływie pewnego czasu utworzył się pod kątem szczęki dolnej ropień, który pękł, pozostawiając przetokę. Guz zwolna powiększał się. Od roku w miejscu odpowiadającym m. temporalis zwolna zaczął rosnąć drugi guz rozlany. Rozpoznawano przypuszczalnie mięsak. Dnia 16. III r. b. dokonał prof. K. rezekeyi dolnej szczęki subperiostalis. Usunięto  $\frac{1}{3}$  część szczęki dolnej, zajętej przez guz. Incisio in regione temporalis, poczem wypłynęła mała ilość ropy.

Badanie mikroskopowe ropy wykazało obecność grzybków promienicy. Guz kostny wielkości jaja na szczęcie dolnej posiada w niektórych miejscach pośród tkanki kostnej ognisko rozmiękania.

W końcu zaznacza prof. K., że u ludzi na szczękach nie spostrzegano dotąd w tej formie promienicy; u zwierząt, a szczególnie u wołów jest to zwykła forma.

Na tem posiedzenie ukończono.

Za PREZESA *D-r Sokołowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 2 i Marca 1895 roku.

PREZES **Baranowski.**

**T r e ś ć:** Prof. **KOSIŃSKI** i prof. **BRODOWSKI** — Demonstracya torbieli żołądka.

**HERYNG** — Demonstracya chorego z Rhyuo-laryngoscleroma.

**DOBROWOLSKI** — Demonstracya preparatów drobnowidzowych z płuc zwierzęcia po podgłośniowych iniekcjach płynów barwnych.

**HERYNG** — Uzupełnienie odczytu z poprzedniego posiedzenia.

**SIERPIŃSKI** — Sprawozdanie z działalności komitetu rewizyjnego.

Po przeczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia takowy przyjęto.

Nadesłano do biblioteki Towarzystwa: *D-r HIGIER Henryk* — 1) Histerya jako symulacya i kombinacya wiądu rdzenia [odb. z *Gazety Lek.*]. 2) To samo w niemieckim języku. 3) Zaburzenia ruchowe mózgowego pochodzenia u noworodków i dzieci [odb. z *Gaz. Lek.*]. 4) *Żurnał medicyny i higieny 1894 r.* 5) Prof. **LASKOWSKI** — Atlas anatomiczny.

PREZES prosi **DOBRYZCKIEGO** za pośrednictwem którego Towarzystwo otrzymało dar od prof. **LASKOWSKIEGO**, by raczył w imieniu Towarzystwa złożyć Szanownemu prof. podziękowanie.

Następnie PREZES zawiadamia, że pocztą miejską nadesłany został do Towarzystwa list w którym nieznanym autorowi prosi by ze względu, że praca na konkurs p. t.: „Wykaz prac lekarskich ogłoszonych drukiem od roku 1830—1890”, nie jest jeszcze przepisana, zechciało odłożyć termin prekluzyjny dla tej pracy do 1-go Czerwca r. b.

Na wniosek PREZESA, że autor może przysłać nieprzepsaną pracę i ze względu na poprzednie uchwały Towarzystwa dotyczące się terminu nadsyłania prac na konkurs postanowiono odmówić prośbie petenta.

Nadesłano w dalszym ciągu na konkurs imienia KOCZOROWSKIEGO.  
1) „Przeprowadzić badania bakteriologiczne krwi u suchotników“. Dewiza „z Prowincyi“. 2) Rozwój mowy u dziecka oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencyi. Dewiza „Homo animal orationale quia rationale“.

Następnie prof. Kosiński opowiedział zebranyom o dokonanej przez siebie operacyi usunięcia dużej torbieli żołądka.

Lew Czypa 33 lat—ojciec żyje zdrów. Z 9-ga rodzeństwa pozostało 2-ch braci i ci są zdrowi. W 7-ym roku życia chorowała na odrę, w 18-ym na malaryę, a w 20-ym przebyła tyfus brzuszny. Po tyfusie ogłuchła [przez 1 rok]. Perjody rozpoczęły się w 15-ym roku życia, były dość prawidłowe.

Przed 7-iu laty wyszła zamąż, rodziła dwa razy. Pierwsze dziecko umarło mając 15 miesięcy. Przed 3-ma laty podczas drugiej ciąży zaczęła doznawać bólów w brzuchu, niekiedy bardzo ostrych przy zaparciu stolca, trwały z przerwami te bóle w przeciągu 2 lat, od roku prawie całkowicie ustały. Po drugim peryodzie miała krwotok maciczny dość znaczny, poczem wystąpiły drgawki w całym ciele, które powtarzały się potem dosyć rzadko. Dziesięć miesięcy przed przybyciem pacjentki do kliniki dostrzegła ona w brzuchu guz, jak sama opowiada, powstać on miał w chwili, kiedy chora dźwignęła ciężar.

Badanie dnia 5. XI. 1894 r. wykazało: chora źle odżywiana, nie ma żadnych zboczeń w narządach wewnętrznych z wyjątkiem jamy brzusznej, której ściany cienkie i wiotkie łatwo pozwalają wyczuć guz wielkości głowy człowieka, leżący w środku brzucha, łatwo dający się przesuwac na wszystkie strony, do góry prawie aż pod żebra, na dół aż do miednicy. Guz okrągły, gładki, naprężony i wyraźnie chęłbocący, nosi wszystkie cechy torbieli. Następnie przez opukiwanie przekonano się, że guz leży bezpośrednio za ścianą brzuszną, u obwodu zaś jelita zachodzą na guz. Łączności guza z macicą, jej więzami lub jajnikami domacać się niemożna było. Wobec tego, jakkolwiek z całą stanowczością niemógł prof. Kos. wykluczyć torbieli jajnika o długiej i cienkiej szyjce, podejrzewać jednak zaczął, iż guz ten pochodzić może z krezki lub z sieci i wcale nie jest torbielą jajnikową.

Dnia 10. XI r. z. dokonał prof. K. operacyi. Brzuch otworzył cięciem na linii środkowej pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem. Pokazało się, że torbiel znajdowała się w dużej sieci w części jej pomiędzy żołądkiem i poprzecznicą i ściśle była złączona z wielką krzywizną żołądka. Żołądek był tak mocno wyciągnięty i opadnięty, że przez wspomniany otwór w brzuchu, nierozszerzając go powyżej pępka, można było guz wydostać na zewnątrz i odseparować od otaczającej tkanki. Naczynia przebiegające po powierzchni guza i odżywiające go pochodziły od art. coronaria ventriculi.

Następnie S e k r e t a r z S t a ł y zaznaczył. Operowana torbiel przy z kol. Kosińskiego, wskutek kilkomiesięcznego przechowywania jej w wykładku, uległa znaczniemu zmniejszeniu się. Na niej widać jeszcze

resztki oddzielonej wraz z nią przyrosłej części sieci. Jest ona wielokomorową; ściany największej komory są cienkie, wewnętrzna jej powierzchnia gładka; miejscami jednak daje się spostrzegać wysepkowate, miękkawe zgrubienia, resztki zanikłych zapewne pod uciskiem krwawej zawartości torbieli większych wyrosła. Reszta komórek znacznie mniejszych, przedzielone są między sobą już pełnemi, już też niecałemi przegrodami, po większej części cienkimi, a niektóre z nich zupełnie są w znacznej części miękkimi, przeważnie krwią nasiąkniętymi masami, które tu i owdzie tylko na powierzchni rozkroju okazują się białawemi. Otóż badanie mikroskopowe zarówno tych mas jak z niewielkimi zmianami i owych wyniosłości wysepkowatych, jak z wystawionych tu okazów przekonać się łatwo, wykrywa w nich budowę właściwą mięsakowi nie tylko przenczyniowemu (sarcoma angietodes), lecz w powstaniu i wzroście którego najważniejsza rola przypadła naczyniom (angiosarcoma). Pod jednym z wystawionych tu mikroskopów widzieć się dają zawiązki naczyń krwionośnych [angioblasty] stopniowo zamieniające się na powrózki endotelialne komórkowe, obok rozrostów komórek peritelialnych dokoła nowopowstałych naczyń; pod drugim była sieć o wydłużonych oczkach takich tworów komórkowych, tu i owdzie nawet skanalizowanych i zapełnionych krążkami krwi; pod trzecim--beleczi komórkowe tak splecione, że rozkrój ich robi wrażenie mięsaka zwanego zwykle sarcoma alveolare.

Niema więc najmniejszej wątpliwości, że był to zrazu mięsak pełny przenczyniowy, powstały z tkanki łącznej podotrzewnej żołądka, który rósł ku dołowi rozsuwając listki sieci, a w którym po części wskutek wysiłków mięśniowych o jakich wspominał kol. Kosiński, a po części prawdopodobnie i niezależnie od nich wskutek włośności naczyń miały miejsce znaczniejsze wylewy krwi, powodując tworzenie się jam wśród tego nowotworu, stopniowo zwiększających się zarówno wskutek zaniku części nowotworu wystawionych na ucisk, jak i przesięku z naczyń. Ma się samo przez się rozumieć, że szybsze następnie powiększanie się guza zależało nietyle od rozmnożenia się pierwocin mięsaka, ile od zwiększania się w podany powyżej sposób zawartości jego jam.

Korzystając ze sposobności prof. Br., demonstruje bardzo podobną do poprzedzającej dużą torbiel wielokomorową, o zawartości krwawej, znajdującą się wśród dolnego końca stawowego kości udowej, kończyny odjętej młodemu mężczyźnie w szpitalnej klinice, a która także powstała na skutek podobnych przemian jak w wypadku kol. Kos. z mięsaka tym razem jak to zresztą najczęściej miewa miejsce w kościach olbrzymio-komórkowego (sarcoma gigantocellulare). [Autoreferat].

Kol. HERYNG demonstruje chorego J. Kozaka, który od 4 lat czuje się chorym i narzeka na kaszel, duszność ciągle się wzmagającą aż do dnia 12. I. 1895 r. t. j. do czasu zapisania się do szpitala. Nigdy poprzednio nie chorował, matka jego umarła na suchoty, młodsza siostra prawdopodobnie też chora na suchoty, ma chrypkę i kaszel suchy, ale bez duszności. Haemoptoe nieznaczne przed rokiem i 3 razy później w różnych odstępach czasu.

Badanie wykazało: w płucach nieznaczne zaostrenie oddechu w prawym wierzchołku. Część nadgłośniowa krtani zupełnie normalna. Tuż pod strunami głosowemi znajdują się wałki, które okrężnie obejmują podstrunową część krtani i znacznie ją zwężają. Wewnętrzny brzeg tych wałków nierówny, ziarnisty, górna zaś powierzchnia gładka. Przy głębokim wdechu wałki te widać bardzo dobrze. Na prawej stronie fałszywej znajduje się guziczek wielkości małego groszku, na lewej—ziarnistość. W lewym otworze nosowym na dolnej muszli znajdujemy guziczki twardej konsystencji, nieco bledsze od tkanki ich otaczającej. Tegoż rodzaju guziczki znajdują się na septum i w części odpowiadającej zajętej muszli. Guziczki te łatwo krwawią. Muszla nosowa średnia obrzmiała, ale powierzchnia jej gładka. Po prawej stronie na muszli dolnej podobnie guziczki.

Na palatum molle nad uvula znajdujemy ziarnistości i guziczki wielkości grochu, zwłaszcza po prawej stronie. W temże miejscu znajdujemy jeden guzik większy od ziarnka grochu stożkowatej formy, wystający do światła lewej choany. Guziczek ten pokryty białym nalotem, który trudno usunąć—łatwo krwawi.

Na zasadzie tego badania HERYNG rozpoznaje Rhyno-laryngoscleroma i dodaje, że guziczki choć z wielką trudnością, usunął galwanokaustyczną pętlicą, zwężenie zaś otworu krtani leczy z dobrym rezultatem za pomocą systematycznego rozszerzania kateterem. [Autoreferat].

Temu choremu II. po uprzednim skokainowaniu krtani zrobił podgłośniową iniekcję.

DOBROWOLSKI wygłosił odczyt pod tyt.: „Zmiany anatomiczne w płucach zwierząt przy iniekcjach płynów przez tchawicę? Odczyt swój uzupełnił prelegent przedstawieniem preparatów drobnowidzowych.

Na wstępie swego przemówienia mówca zaznacza, że praca jego jest dopełnieniem doświadczeń HERYNGA i wnioski z niej oparte są na szczegółowem zbadaniu płuc 14 królików i 1 psa, którym za życia wlewano przez otwór w tchawicy jednorazowo od 1 do 5 ctm. sześć. sterylizowane wodne, roztwory  $\frac{1}{4}\%$  do 1% niebieskiej pyoktaniny i raz jeden wodny roztwór neutralnego karminu. Po iniekcjach występowała u zwierząt duszność, często (orthopnoë) kaszel, często krwawienie z pyska, krepitacje i subkrepitacje, jednym słowem objawy ostrego obrzęku lub zapalenia płuc. Śmierć zwierzęcia następowała w przeciągu  $\frac{1}{2}$  do 12 godzin po zrobionej iniekcji i tylko jeden królik, któremu zastrzyknięto tylko 1 ctm. sześć.  $\frac{1}{4}\%$  pyoktaniny zdechł dopiero po 26 godzinach.

Na 15 badanych przypadków znaleziono 6 razy zrazikowe zapalenie płuc [w 3 była przeważnie hemoragiczna], 1 raz—surowicze, 1 raz—zrazikowe, krupowe zapalenie płuc i wreszcie raz [u królika który zdechł 26 dnia] wykryto zrazikowe zapalenie iuduracyjue ze znacznym złuszczeniem komórek pęcherzykowych. U 4 królików i u 1 psa nastąpił ostry obrzęk płuc, asfiksyja i śmierć zaraz lub wkrótce po iniekcji.



Wreszcie u 3 królików wystąpiło ostre zrazowe krupowe zapalenie płuc. Ostatnie cierpienie według D. wywołane zostało na drodze czysto chemicznej. Takie zapalenie krupowe płuc różni się od takiegoż cierpienia u ludzi mniejszą infiltracją drobnokomórkową i mniejszym udziałem elementów tkanki płucnej, co znów zależnem jest od braku czasu, którego wymaga większa infiltracja. U ludzi przy krupowym zapaleniu płuc infiltracja i udział komórek pęcherzykowych wzrasta się od okresu przekrwienia aż do szarej hepatyzacji [3—5 dni], gdy tymczasem u eksperymentowanych królików śmierć następowała po upływie 6—12 godz. Co się zaś tyczy zapalenia krupowego, wywołanego na drodze chemicznej, to jest ono bardzo mało znane i przez wielu badaczy nie stwierdzone lub wprost odrzucone.

W końcu D. stawia takie wnioski:

1-o Płyny injekowane zwierzętom przez tchawicę lub krtań mogą się dostać do wszystkich miejsc płuc [lokalizacja możliwa].

2-o Zmiany anatomiczne oraz objawy kliniczne przy iniekcjach pyoktaniury i karminu są zależne: a) od ilości injekowanego płynu, b) od jego koncentracji i c) od indywidualności zwierzęcia. [Autoreferat].

HERYNG wyjaśnia powody dla których wystąpił z ogłoszeniem wyników nie tylko części eksperymentalnej swych doświadczeń u zwierzętach i trupach, lecz i techniki stosowania wstrzykiwań płynów u chorych, jakkolwiek i część pierwsza, chociaż doprowadziła do zbadania niektórych, wymaga jeszcze dopełnienia i rozszerzenia zakresu poszukiwań fizjologicznych. Co do badań na chorych metody o której tu mowa H. zaznacza, że jego zdaniem suchotnicy nie przedstawiają odpowiedniego materiału do tego rodzaju badań, które przedewszystkiem winny być dokonane u osobników nie gorączkujących i tylko w pewnych formach cierpienia płuc, o których już była mowa. Ujemne wyniki doświadczeń SĘDZIĄKA, HERYNG objaśnia kilkoma względami. Zwraca więc uwagę, że doświadczenia były wykonane bez nprzedniego jasno wytkniętego planu i że prowadzone były zbyt krótki czas, aby w chorobie tego rodzaju co suchoty płuc mogły dać wyniki pewniejsze i trwalsze od tych które uzyskano. Następnie HERYNG zwraca uwagę: 1) że SĘDZ. posługiwał się płynami olejistymi o których wiemy z doświadczeń SEHRWALDA, że najtrudniej ulegają rezorbcyi, 2) że ilość wstrzykniętego płynu była tak małą, że efektu leczniczego od niej spodziewać się nie można.

Otóż z powodu właśnie ujemnych wyników leczniczych, które metoda iniekcji podgłośniowych dała w rękach S., którego zresztą winić o to wobec pierwszych prób nikt nie ma prawa, HERYNG uważał za konieczne objaśnić przyczyny ujemne, aby nie zrazić do dalszych badań nad metodą tych kolegów, pragnących osobiście sprawdzić możliwość i pożytek wstrzykiwań podgłośniowych.

Wice-PREZES SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na 4 następujące punkty:

1-o Z badań HER. widać, że injekowane płyny na trupach do kawerny się dostają, lecz nie do mas zamkniętych serowatych, co po-

twierdza wypowiedziane poprzednio przez Wice-PREZESA zdanie, że inne istnieją warunki w zdrowym, a inne w serowato zmienionem płucu.

2-o Na zasadzie własnych doświadczeń z wprowadzaniem leczniczych środków metodą zewnętrzną wprost do kawern, o czem mówił S. w Towarzystwie, przekonał się, że krwawień znaczniejszych, większego podrażnienia i t. p. objawów, o których wspomina II. nie widział.

3 o II. w proponowanej metodzie oprócz lokalnego wpływu wprowadzonych płynów, widzi w niej środek, zapomocą którego można do ogólnego obiegu krwi wprowadzić znaczniejsze ilości płynu, gdyż według II. rezorbeyca przez płuca jest znaczniejsza, niżeli przez inne narządy. Wierząc w to, że rzeczywiście rezorbeyca przez płuca jest znaczną - S. stawia pytanie, czy owa siła rezorbeyjna w chorobowo zmienionych płucach pozostaje jednakową? Sam oponent ma pod tym względem pewne wątpliwości, gdyż, o ile wykazały doświadczenia BĄCZKIEWICZA nad rezorbeyą płynów w kiszce prostej, nieznaczne nawet patologiczne zmiany w ostatniej, znacznie obniżały wartość rezorbeyjną tego narządu, słusznie więc zjawia się pytanie, czy analogiczne zjawisko nie powtórzy się w płucach, co koniecznie trzeba będzie wyświecić.

4-o Wreszcie zwraca uwagę Wice-PREZES, że według niego przedwczesnie postawił H. wskazania, kiedy i przy jakich cierpieniach należy stosować iniekyjną metodę.

Doświadczenia DOBROWOLSKIEGO według S. świadczą o szkodliwym wpływie iniekyji i wskazują, że trzeba jeszcze przeprowadzić cały szereg badań nad wyjaśnieniem wpływu obojętnych i mniej obojętnych płynów na miąższ płucny.

Na powyższe zarzuty HERYNG odpowiada: iż żałuje, że wyniku swych doświadczeń nad iniekyjami do płuc—S chociażby nawet wyniki te były ujemne, nigdzie nie publikował.

Pogląd S., że zatkanie oskrzeli sprawą gruźliczych produktów przeszkadzać będzie przenikaniu płynów, okazał się mylnym, gdyż preparaty jakie H. okazał prof. BRODOWSKIEMU, wykazywały że masy zecrowaciałe, tkanki bliznowe i włókniste wytwory zapalenia interstycyalnego, harwią się po pewnym czasie, a więc płyn przez imbibicyę dostaje się i do głębiej położonych części wytworów gruźliczych. To samo wykazał już SEHRWALD, fakt więc nie może być kwestyonowanym.

Metoda iniekyji podgłośniowych nie jest już porzuconą, jak sądził S. Dalsze prace są w biegu, między innymi BRONERA i innych lekarzy. Iniekyje do kawern są zdaniem II. o wiele niebezpieczniejsze od wstrzykiwań do płuc. Zresztą tkanka płucna, nigdy nie jest cała tak zasiana gruźelkami, aby nie było w obu płucach części zdolnych do rezorbeyji. DOBROWOLSKI zdając sprawę ze zmian mikroskopowych jakie znalazł w płucach królików, którym H. wstrzykiwał pyoktanię, zbyt mało położył nacisku na fakt, że tylko zbyt obfite i zbyt silne roztwory pyoktany, wywoływały szybko śmierć zwierząt lub zmiany zapalne w płucach. Królik, któremu wstrzyknięto 1,0 roztworu 1:400, żył przeszło trzy tygodnie.

Poczem zabrał głos PREZES i zwrócił uwagę, że dyskusja zbiegła zbyt naprzód i przekroczyła właściwe granice. W roztrząsaniu zagadnień terapeutycznych według prof. BAR. 2 są drogi: empiryczna polegająca na zestawieniu szeregu obserwacji, wykazujących dodatnie lub ujemne skutki zastosowanego leku czy metody w danych przypadkach chorobowych i druga czysto naukowa, polegająca na badaniu działania fizyologicznego, zwykle z pomocą doświadczeń na zwierzętach. Ujawnione własności środka w stosunku do ustroju zwierzęcego, doprowadzają do mniej lub więcej prawdopodobnych konkluzji co do możliwego skutku dodatniego lub ujemnego w zastosowaniu środka w danych stanach chorobowych.

SĘDZIAK działał empirycznie, gdyż powoływał się w swej pracy na spostrzeżenia, robione na chorych, HERYNG zaś postawił kwestję na gruncie badań fizyologicznych, które sam prowadził.

Według zdania PREZESA na tym ostatnim terenie rozprawy toczyć się powinny, nie wybiegając ku zastosowaniom i konkluzjom praktycznym, bo te są przedwczesne.

Na zarzut uczyniony DOBROWOLSKIEMU, że w pracy swej nie wskazał ilości i koncentracji injekowanych płynów, ostatni odpowiada, że o tem wyraził się ogólnie, dodając, że zmiany anatomiczne oraz objawy kliniczne przy iniekcjach pyoktaniny były zależne od ilości wprowadzonego płynu, od jego koncentracji i od indywidualności zwierzęcia. Według zdania D. iniekcyjna metoda ma przyszłość, trzeba jednak przeprowadzić jeszcze cały szereg doświadczalnych i anatomicznych badań, gdyż bez tego, omawiana metoda prędzej należyć będzie do fizjologii niż do terapii. Optymizm względem przyszłości, jaką ma przed sobą iniekcyjna metoda, opiera D. na tem przekonaniu, że cierpienie najlepiej jest zwalczać *in loco morbi*. Tem zaś działaniem odznacza się proponowana przez H. metoda i wyróżnia się dodatnio z pośród praktykowanych dotąd metod leczenia suchot zapomocą wewnętrznego podawania kreozotu, zapomocą wcierania gwajakolu, a nawet zapomocą inhalacji.

Wice-PREZES SOKOŁOWSKI na przemówienie HERYNGA zaznacza, że przytoczone przez ostatniego jedno doświadczenie na trupie, które ma przekonywać, że płyny dostają się do serowatych części, jest niedostateczne do rozstrzygnięcia tak ważnego pytania przy stosowaniu tejże metody u chorych. Według przekonania mówcy widoki, jeżeli ma jakie proponowana metoda, dadzą się uzasadnić tylko na drodze empirycznej, gdyż jak wykazuje praktyka, tak zwykle bywa, że dopiero doświadczenia na chorych czynione ostatecznie rozstrzygają o skuteczności tego lub owego środka lub metody. Wreszcie jeszcze raz zaznacza Sok., że nie wierzy, by iniekcyjna metoda przyjęła się w lecznictwie suchot płucnych, z czego jednak nie wypływa, by niemogła wykazać pewnego dodatniego wpływu przy zastosowaniu jej przy innych cierpieniach płucnych, których mamy tak wiele.

HALPERN. Obawa że środek antyseptyczny może szkodzić nietylko mikroorganizmom, lecz i tkance, nie powinna mieć miejsca przy wskazananiu do użycia tegoż środka. Trzeba tylko pamiętać, że środek antyseptyczny działa na mikroorganizmy w silniejszej koncentracji poza żywą tkanką, w słabszej i często znacznie słabszej, w tkance. Prawdopodobnie zależy od tego, że żywe tkanki swoimi fermentami same bronią się przeciwko mikroorganizmom, a przy patologicznych warunkach już słaby środek antyseptyczny sprzyja skutecznie tej obronie. Widzimy np., że w chorobach dróg moczowych już bardzo słabe roztwory środków antyseptycznych często skutecznie działają na mikroorganizmy, podczas gdy poza obrębem tkanki żywej te roztwory żadnego wpływu na mikroorganizmy nie wywierają.

Kol. KRYSIŃSKI następnie zażądał głosu i powiedział mniej więcej co następuje: Jeżeli zabieram głos to tylko dlatego, że chciałbym zwrócić uwagę na kilka fizjologicznych punktów niedostatecznie wyswietlonych w pracy kol. HERYNGA.

Kol. HERYNG utrzymuje, że w płucach żywego organizmu rezerwacja odbywa się prędzej, niżeli nawet w żołądku. Ten pewnik nie jest pewnikiem, gdyż nie został dowiedziony.

Następnie kol. II. mówi, że po zastrzyknięciu płynu na trupie z kawernami w płucach, przekonał się, że płyn przechodzi do tkanki otaczającej i do kawern. Ten pojedynczy wypadek niczego nie dowodzi, gdyż nie trzeba zapominać, że na trupie płyny przenikają drogą endosmozy, prawa której nie są ustalone. W 1882 r. ogłosiłem pracę, omawiającą proces endosmozy i zaznaczyłem w niej, że na proces endosmotyczny ogromny wpływ wywiera przegroda, przez którą przenikają płyny. Jedna błona zupełnie dobrze przepuszcza, gdy tymczasem druga, zupełnie do 1-ej zewnętrznie podobna, przepuszcza źle. Ze względu więc na nieustalone prawa endosmozy przez różne przegrody, sądzę, że tylko drogą bardzo licznych obserwacji i porównań można będzie wnioskować z pewnem prawdopodobieństwem o szybkości przenikania płynów i wnioski te zastosować do organizmu człowieka.

Potem zabrał głos powtórnie PREZES i nawiązując swe słowa do przemówienia kol. KRYSIŃSKIEGO, który stanął na właściwym gruncie dyskusji fizjologicznej, zaznaczył, że HERYNG nie uważa swej pracy za już ukończoną, poruszył zaś ją w Towarzystwie sądząc, że dyskusja pomoże mu do rozeznania dróg dalszego badania. Prof. B. sądzi, że z góry powzięte niedowiarstwo do metody leczenia zapomocą wlewań płynów do jamy płuc, uważa za niesprawiedliwione. Dla niego ta droga działania wydaje się trafną i mogącą znaleźć rozległe zastosowanie w różnych chorobach. Celem jej jest zmodyfikowanie zawartości jamy płuc i poniekąd usuwanie takowej. Z podobnym celem i w sposób podobny postępujemy przy leczeniu innych jam [pęcherz, macica, przewód pokarmowy]. Niewątpliwie dostęp tu mniej łatwy, droga trudniejsza, ale przy wyrobionej technice nie jest niemożliwy. Analogia, na którą powołuje się mówca, według niego samego kwestyi nie rozwiązuje, tem-

bardziej, że obok podobieństwa występują i niezaprzeczone różnice w warunkach działania fizyologicznego, na to właśnie pragnie prof. B. zwrócić uwagę HERYNGA. HERYNG podnosił z naciskiem fakt wielkiej szybkości z jaką zachodzi chłonicie cieczy wlanych do jamy płuc. Z drugiej strony badania DOBR. wskazują, że wchłanianie dokonuje się nie tylko drogami limfatycznymi, ale nadto wprost do naczyń włoskowatych krążenia małego. Powyższe dane należy mieć na względzie przy rozważaniu proponowanej metody leczenia. Płyn obojętny, chociażby nawet przekroplona woda, dostawszy się do płuca chorego, przez samo rozcieńczenie zawartości musi wpłynąć na warunki chłonicia, ułatwiając przejście tej zawartości w obieg krwi. Substancje, które się do krwi dostają z przewodu pokarmowego, przechodząc muszą przez filtr krążenia żyły wrotnej i dopiero wchodzi do żyły głównej dolnej i do prawego serca. Następnie przechodzą one przez całe krążenie małe, uczestnicząc tem samem w wymianie gazów, ulegając wpływowi takewej. Przeciwnie płyny i ciała, które ulegają wessaniu dokonywającemu się z niezwykłą szybkością dosięgają wprost lewego serca i układu tętniczego, a tem samem przychodzą w zetknięcie z tkankami, nie uległszy poprzednio żadnemu wpływowi ze strony narządów ustroju. Ze względu na to w proponowanej metodzie trzeba zwrócić uwagę, czy wessanie *en masse* znacznej ilości toksyn, nie może podziałać szkodliwie na ustrój i według zdania mówcy trzeba w tym kierunku przeprowadzić badania.

Z drugiej strony szybkie wejście pewnej ilości płynu do krwiobiegu, a tem samem nagłe zwiększenie objętości krwi, spowodować musi nagłą zmianę w mechanizmie krążenia, co może być nieoobjętne lecz niebezpieczne dla organizmu; wiemy bowiem, że w wielu chorobach płuc sprawność serca rozstrzyga o zejściu choroby. Podnosząc te dwa punkty prof. B. pragnie zwrócić uwagę na potrzebę prowadzenia dalszych badań fizyologicznych. O ile wszechstronnie przeprowadzone zostaną, o ile nadto technika będzie wyrobiona, sądzi mówca, że można wiele oczekiwać od nowej metody leczenia, a to tem bardziej, że opracowuje ją HERYNG, który, jak wiadomo pierwszy pomyślał i opracował metodę chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, choroby, którą uważano za nieuleczalną.

W dalszym ciągu przemówił prof. Kosiński i zaznaczył, że jako chirurg, nie powinien się odzywać o leczeniu suchot płucnych, w danym jednak razie jest pewne podobieństwo z metodą, jaką chirurdzy używają przy leczeniu stawów; np. H. w proponowanej metodzie widzi podwójne działanie: lokalne i przez ogólny obieg krwi. Ostatnie, na które zresztą i prelegent nie kładzie zbytowego nacisku, według prof. K. nie jest tak proste, jakby się zdawało i wymaga dalszych doświadczeń, lokalne zaś według zdania prof. K. działa inaczej, niż rozumie kol. H. Używamy, mówi prof. K. różnych płynów, lecz nie zabijamy tem zarazków, gdyż zabijających środków np. bakterye, wywołujące ropienie, nie znamy. Injekowane płyny według mówcy nie zmywają zarazków, gdyż do tego potrzebaby było bardzo dużo robić iniekcji. Jeżeli przeto H. otrzymuje

dobre rezultaty, to takowe według zdania prof. K. trzeba objaśniać sobie tem, że injekowane płyny działają przyżegająco na wrzody gruźlicze. Na zakończenie zaś swego przemówienia prof. K. zaznacza, że niema różowych widoków, by proponowana metoda zyskała sobie szersze zastosowanie.

Następnie CIĄGLIŃSKI zwraca uwagę, że jeżeli przepłukujemy np. pęcherz, to używamy do tego ciągłego przyływu i odpływu płynów, przy iniekcjach zaś wlewane płyny pozostają w jamie, zkad rodzić się może niebezpieczeństwo powikłań, wynikających przez aspirację.

W odpowiedzi na powyższe zarzuty HERYNG odpowiada Wice-Prezesowi SOKOŁ., że pomimo usłyszanego trzyma się tego samego przekonania, które wypowiedział odnośnie do iniekcji podgłośniowych; na uwagi KRYSIŃSKIEGO, co do praw endosmozy odpowiada, że zbyt mało przedmiot ten ma związku z kwestyą pożytku lub szkody iniekcji do płuc, aby go poruszać. Do szybkości spraw rezorbeyi w płucach H. mało przywiązuje wagi. Doświadczeń na trupach robił 6 [nie zaś jedno] i wyniki w większości zgadzały się z sobą. Ponieważ H. robił eksperymenty w prywatnej swej pracowni, więc mógł się tylko posługiwać królikami i świnkami. Doświadczenia na psach dokonane były w pracowni prof. THUMASA. Zresztą REICHERT stwierdził na baranach, że płyny barwne rozchodzą się po całych płucach.

Na uwagi PREZESA—HERYNG odpowiada, że obawy zwiększonego ciśnienia w układzie naczyniowym nie może być, wobec niewielkich ilości płynów dotąd wstrzykiwanych do płuc [50 ctm.]. Wykonał ten akt D-r BOTEX na sobie samym.

Co do działania antyseptyków, to wiadomo, że nie chodzi nam o zabijanie mikrobow złożeń w tkankach, lecz o zubożenie działania ich toksyn i uodpornienie gruntu, aby zbyteczny rozwój ich utrudnić. Zresztą H., mówiąc o przeciwwskazaniach metody iniekcji, wyraźnie wspominał, że przy wadach serca, ateromacie, wogóle przy zaburzeniach cyrkulacyjnych metoda jest przeciwwskazaną.

Na uwagi prof. KOSIŃSKIEGO i CIĄGLIŃSKIEGO H. odpowiada, że nie zwraca wcale uwagi na szybkość rezorbeyi, lecz kładzie nacisk, że lek tą drogą wprowadzony rozchodzi się w stanie nierozłożonym po organach i wchłania do krwi. W metodzie iniekcji H. nie widzi panaceum przeciw suchotom, lecz sądzi, że po dokładnem zbadaniu techniki i części eksperymentalnej, znajdzie ona zapewne swe wskazanie w rozmaitych formach cierpień, które już wymienił. Może się ona okazać skuteczną przy pewnych formach suchot w okresach wczesnych, lecz nigdy zapewne nie wyruguje metody higieniczno-dyetycznej i klimatycznej, których pożytek wielokrotnie stwierdzono. Może się ona okazać pomocną tylko przy odpowiednich wskazaniach, których szukać jeszcze należy.

Leczenie farmaceutyczne t. zw. specyfikami, mającymi chwilowe powodzenie, wpływa ujemnie na terapię suchot, prowadzi do zaniedbania komplikacji tej sprawy, do szematyzmu, często przynosi krzywdę chorym, psuje im trawienie. U suchotnika nie tylko chore są

płuca, cały ustrój cierpi. Co do obawy aby płyny wstrzyknięte do płuc rozrabiały masy gruźlicze i przez aspirację mogły rozszerzać sprawę, ta jest czysto teoretyczną i jak wykazuje praca REICHERT'a zupełnie płonna. [Autoreferat].

SIERPIŃSKI w końcu odczytuje sprawozdanie komisji rewizyjnej, w którym zaznacza, że znaleziono wszystko w porządku. Komisja proponuje wykreślenie z księgi inwentarzowej pracowni, 2 miseczki KOCN'a, których było brak i niektóre drobne zmiany, dotyczące się szaf bibliotecznych. Zapytani przez PREZESA zebrani zgodzili się na wykreślenie 2-ch brakujących misek.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 2 Kwietnia 1895 r.

PREZES **Baranowski.**

Obecných członków 65.

**T r e ś ć:** RYCHLIŃSKI—Demonstracya chorej z Hemichorea.  
 STANKIEWICZ — Demonstracya 2-ch chorych po wyłuszczeniu wola.  
 ROSENAL Jakób — Demonstracya nowego przyrządu chirurgicznego.  
 WOŁKOWICZ — 1) Demonstracya 5-cio letniej dziewczynki po zeszytciu ścięgien zginaczy na dłoni. — 2) Demonstracya operowanego przypadku zapalenia okołokątniczego.

Po przeczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia takowy przyjęto.

Nadesłano w dalszym ciągu na konkurs imienia ś. p. KOCZOROWSKIEGO: 1) „Gazy krwi żyłnej w stanach patologicznych, w szczególności w stanach anemicznych“ etc. Dewiza „Przeszłość w medycynie klinicznej należy do biochemii“.—2) „Badanie bakteriologiczne krwi suchotników“. Dewiza „W medycynie jak i w nauce wogóle kwestye napozór proste, przy bliższem badaniu okazują się zawiłymi i trudnymi do rozwiązania“ —3) Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich, ogłoszonych drukiem od 1830 do 1890 r. Dewiza: „Materyały“.—4) „O rozwoju mowy u dziecka w stosunku do jego inteligencji na zasadzie własnych spostrzeżeń“. Dewiza „Celsus“.

Nadesłano do biblioteki Towarzystwa Lekarskiego: 1) D-r ROTHE. a) Johann Wašilewitsch IV genannt der Grausame [odb. z Jarhbücher f. Psych. b) Geschichte der Psychiatrie in Russland. c) Istorja Psychiatriji w Rossyi i Polsce [odb. z Arch. Psych.]. d) Rys dziejów Psychiatriji

w Polsce [odb. z Pam. T.L.W.]. 2) D-r KUCCHARZEWSKI—Przypadek trypra powikłanego reumatyzmem i zaburzeniami ze strony układu nerwowego [odb. z Kr. Lek.]. 3) D-r KUCCHARZEWSKI — Przypadek ostrej nosacizny u człowieka [odb. z Nowin Lek.]. 4) Sbornik protokolow Obszcz. Podolskich Wraczej.

PREZES zawiadamia o śmierci członków naszego Towarzystwa D-ra BUĆKIEWICZA z Płocka i prof. LAMBLA — proponuje uczcić pamięć zmarłych przez powstanie, co też uskuteczniiono.

Następnie WICE-PREZKS SOKOŁOWSKI zawiadamia, że na konkurs imienia KOCZOROWSKIEGO nadesłano 8 prac [tytuły wymienione są w protokółach]. Komitet o rezultacie oceny zawiadomi w Czerwcu, obecnie zaś wkrótce przystąpi do wyznaczenia nowych tematów.

Następnie RYCHLIŃSKI przedstawia T. K. lat 10 mającą, którą łaskawie do niego skierował kol. BĄCZKIEWICZ. Chora pochodzi od matki epileptyczki, uigdy nie chorowała i dopiero dnia 4. III b. r. wstała rano z niedowładem lewych kończyn. Badanie przeprowadzone dnia 20. III wykazało: nieznaczne opuszczenie górnej powieki lewego oka, niedowład mięśni, unerwionych przez nerw twarzowy lewy, znaczne uchylenie końca języka w porażoną stronę, niedowład mięśni dolnej i górnej lewych kończyn, znaczne zuieczulenie na ból całej lewej połowy ciała ze ścisłą granicą po środkowej linii ciała. Oprócz tego grube badanie pola widzenia wykazało zwiężenie z obydwóch stron takowego, szczególniej ku górze, odruch językowy nie utracony. Chora w porażonej kończynie górnej utrzymać nie może, nietylko wskutek braku siły, lecz i wskutek ruchów płasawicznych, jakie obserwować możemy i w nodze lewej. Mówca przypuszcza, że ma do czynienia w danym przypadku z płasawicą połowiczną, skomplikowaną porażeniem nerwów, okoruchowego, twarzowego i podjęzykowego historycznej natury.

II. STANKIEWICZ przedstawia dwie operowane wskutek wielkiego rozwoju wola (struma) pod wpływem którego zaczęły od pewnego czasu doznawać objawów duszności. Pierwsza z nich dziewczynka lat 13, dobrze rozwinięta, dotknięta była wolem obustronnem znacznej wielkości; operacja wyluszczenia wykonana została dnia 16 Sierpnia 1894 r., a całkowite zablżnienie przez rychłozrost nastąpiło w ciągu dwóch tygodni. Dziewczynka przed operacją już miała głos chrypliwy. skutkiem osłabienia czynności struny głosowej prawej, i po zbadaniu przez D-ra HERYNGA przysłana mi została do operacji. Osłabienie struny pozostało i po operacji, skutkiem czego leczona była w dalszym ciągu przez HERYNGA i obecnie włada czystym i donośnym głosem. Struma w tym wypadku była pizerostowa z obfitym rozwojem naczyń; z prawej strony podwiązano bardzo powiększone obie tętnice tarczowe, z lewej zaś gdzie płat był nieco mniejszy, tylko tętnicę tarczową dolną. Obecnie po upływie 8-iu miesięcy dziewczynka wygląda bardzo dobrze, symetryczne blizny bardzo mało uwydatniają się, a w środkowej części wyżuwa się pozostawiony istmus.



Drugi preparat pochodzi z wola rozwiniętego ze strony prawej gruczołu tarczowego u wieśniaczki lat 25 z pod Wyszogrodu, bardzo dobrze odżywianej i niedoznającej nawet zbyt silnych objawów duszności. Wyłuszczoney guz podługowaty przedstawia również formę struma hypertrophicum, a w samym końcu górnym tegoż, znajduje się torbiel wielkości orzecha włoskiego, wypełniona zawartością pół płynną, dużo rozłożonej krwi mającą. Przy operacyi najobfitsze krwawienie było w miejscu oddzielenia guza od samego istmus.

3-ci przypadek wola operowany był u dziewczynki lat 13, doskonale wyglądającej, która od pewnego czasu doznawała dość przykrych napadów zaduszania. Guz lewy był wielkości dużej pięści, prawy o  $\frac{1}{3}$  część mniejszy, a nadto w linii środkowej znajdowały się zrosnięte z wolem gruczoły wielkości dużego agrestu, zupełnie prawie czarne na rozkroju. U przedstawionej pacjentki na całej przestrzeni nastąpiło zrosnięcie per primam, a tylko w części środkowej pozostał mały otworek, z którego wysąca się jeszcze parę kropeł płynu surowiczego.

Pomimo tak wielkiego rozmiaru guzów ani jedna tętnica tarczowa nie została podwiązana, a obfite krwawienie podczas operacyi pochodziło z całej powierzchni oddzielanych zrostów. Wypadek powyższy służyć może za dowód bezskuteczności metody DROBNIKA — mającej za zadanie sprowadzenie zaniku wola przez podwiązanie tętnic tarczowych. Wydobyte wole przedstawiało formę przerostową ze zwyrodnieniem szklistem koloidalnem.

Sr. operował dotąd 7 przypadków wola, z tych jeden był struma cysticum, 2 Struma miąższowa [z torbielami], a 4 Struma hypertrophicum. Co do zejścia 6 zakończyło się wyzdrowieniem a 1 śmiercią. W tym ostatnim, struma wyłuszczonea ważyła przeszło 4 funty; kobieta dotknięta nią miała 53 lat i przybyła z nadwyzwyczajnem wycieńczeniem oraz dusznością do szpitala. Pomimo tak ciężkich warunków, przebyła dobrze operacyę, bez wielkiej utraty krwi, umarła w 7 godzin po operacyi przy objawach kolapsu.

We wszystkich wyłuszczeniach pozostawiano zawsze mały kawałek gruczoła środkowego, przy tchawicy dla uniknięcia następującej cachexiae strumiprivaе. [Autoreferat].

Następnie ROSENAL Jakób demonstruje przez siebie obmyślany „Węzłosciskacz“ i demonstracye poprzedza następującemi słowami: Kolegom chirurgom, a szczególnie ginekologom wiadomo, jak trudnem jest mocno zacisnąć podwiązkę [ligaturę] po nałożeniu jej en masse lub też w głębi, jak to np. ma miejsce przy podwiązaniu więzów szerokich in situ podczas pochwowego wyłuszczenia macicy. W pierwszym razie trzeba użyć wielkiej siły, przyczem często przecinamy sobie skórę na palcach zaciskających; w drugim zaś razie przejście przez otwór zrobiony w sklepieniu pochwy, prowadzący do podwiązanego więzu jest dla dwóch palców podwiązujących często niedostateczne i zaciskając w głębi nałożoną podwiązkę, nie jesteśmy w możności użyć dostatecznej siły, a skutkiem tego nie jesteśmy pewni, azali podwiązka jest dostatecznie

mocno zaciśniętą i następnie nie zesunie się. Te względy skłoniły mnie do obmyślenia narzędzia, któreby powyższym niedogodnościom zapobiegło, tem więcej, że podany w tym celu przez TIEMANA instrument, jest niepewny i niedogodny w użyciu. Ubiegł mnie jednak kol. KRAKÓW, który powodując się również powyżej podanemi przyczynami, zbudował instrument przedstawiony kilka tygodni temu w Towarzystwie lekarskim. Instrument jednak kol. KRAKOWA, jakkolwiek jest bardzo dobrze obmyślany nie zadowolnił mnie w zupełności z następnych powodów a) koniec zaciskający jest za szeroki, tak iż przejście jego przez otwór w sklepieniu pochwy, może być utrudnionem; b) nie naciska podwiązki w miejscu jej zawiązania; c) zakładanie narzędzia odbywa się in situ, a więc na ślepo, i z tej przyczyny podwiązka pomimo umocowania jej końców w bardzo sztucznym zamku, może nie wpaść w przeznaczone dlań rowki na narzędziu, a więc ewentualnie przy zakładaniu ślepem narzędzia nie jesteśmy pewni czy rzeczywiście zaciskamy węzeł podwiązki; d) najważniejsze: instrument kol. KRAKOWA nie rozbiera się, a więc po użyciu nie może być dostatecznie oczyszczony, a przed użyciem dobrze wysterylizowany.

Otóż przy budowie narzędzia, które przedstawiam Szanownym Kolegom, starałem się zapobiedz powyższym brakom i udało mi się obmyślić instrument, który sądzę, odpowiada wszystkim wymaganiom.

Narzędzie to jest rodzajem kleszczy, długich 22 ctm, z których 9 ctm. przypada na górną część, a 13 na rękojeść. Kleszcze te składają się z dwóch ramion, połączonych boczenie z sobą w ten sposób, że przy naciśnięciu, a więc zbliżaniu się ku sobie rękojeści, górna część ich otwiera się; otwarcie wynosi 4 ctm.. Zakończenie końca części górnej posiada zgrubienie gruszkowate, główkę, obwód której wynosi 3½ ctm., a więc mniej, niż obwód palca wskaziciela dorosłego człowieka. Pod główką z boków umieszczone są poziomo dwa małe kółeczka przecięte od spodu, połączone z sobą żłobkiem przebiegającym pionowo po główce, przez szczyt jej. W pośród górnych ramion przechodzi w wyźłobieniu na wewnętrznej ich powierzchni pręt metalowy, nieruchomo osadzony, z pomocą osobnego przyrządu w zamku łączącym oba ramiona narzędzia. Pręt ten wolnym końcem swoim, nieco grubszym i wyźłobionym wystaje nieco nad główką, tworząc z nią i żłobkiem przezeń przebiegającym jedną całość. Szyft zamykający zamek jest tylko w końcu gwintowany, u góry zaś opatrzony jest poprzeczną beleczką. Między rękojeściami znajduje się mocna sprężyna.

Sposób użycia narzędzia jest następujący: Ująwszy końce związanej ligatury w jedną rękę podkładam pod nie narzędzie i przez przecięcie w kółkach zakładam je w takowe. Naciągając ligaturę, wślizguje po niej, jak po szynach, narzędzie aż do trafienia na opór; wtedy naciągnięte końce ligatury okręcam naokoło wystającego szyfta z zamku i ująwszy narzędzie w jedną rękę, w danym razie palcem drugiej ręki wolnej przekonać się mogę, czy narzędzie leży na właściwym miejscu. Wtedy ściskam doraźnie ramiona rękojeści, a główka otwierając się

ściśka ligaturę, węzeł której jest uciśnięty spoczywającym na nim prętem środkowym. Cała manipulacja trwa krócej niż jej opis. Narzędzie to można w zupełności rozebrać na 4 części, co daje możliwość dokładnego oczyszczenia go po użyciu; odpowiada więc wymogom antyseptyki; ligatura z niego ześlizgnąć się nie może i bezwarunkowo musi leżeć w przeznaczonym dla niej wyłobieniu. Pręt zaś środkowy odgrywa rolę palca uciskającego przy zaciskaniu zawiązanej ligatury i daje rękojmię mocnego zaciśnięcia węzła.

Narzędzie to nazwałem „Węzłosciśkacz“. Wyrabia je fabryka narzędzi chirurgicznych F. Balukiewicza. [Autoreferat].

Później Wołkowicz przedstawił: 1) Przypadek po zeszytciu ścięgien zginaczy na dłoni. Dziewczynka 4-rolletnia skaleczyła się szkłem w dłoń. Przeciętą została poprzecznie skóra, powięź dłoniowa, łuk dłoniowy powierzchowny [krwotok zatamowany uciskiem] i ścięgna zginaczy 3-go i 4-go palca powierzchowne i głębokie. Trzeci i 4-ty palec nieruchome w położeniu wyprostnem, chora żadnego ruchu niemi wykonać nie może; reszta palców — wskaziciel, mały i duży palec zgięte w stawach międzyczłonkowych, dowolnie się jednak wyprostowują i zginają. Do rany zmuszony był W. dodać cięcie podłużne ku górze przez dłoń, okolicę napiętka i dolną część przedramienia w celu odszukania dośrodkowych końców ścięgien, żadnym innym bowiem sposobem nie udało się ich w dół ściągnąć. Szew nałożony został w ten sposób, że nitkę jedwabną przeprowadzono poprzecznie lecz w odwrotnym kierunku przez dośrodkowy koniec przeciętego ścięgna, zbliżono końce ścięgna i nitkę związano z boku ścięgna. Przebieg i rezultat operacji pomyślny. Trzecim i 4-tym palcem chora obecnie zupełnie tak samo dobrze porusza, jak innymi.

Wołkowicz wspomina o innych bardziej złożonych sposobach zeszywania ścięgien i zwraca uwagę, że operacja ta ma nie tylko znaczenie w przypadkach potrzeby doraźnej pomocy chirurgicznej z powodu przecięcia lub rozerwania ścięgien, lecz i jako pewna skuteczna pomoc w niektórych przypadkach porażen oddzielnych mięśni. DROBNIK w 2-ch przypadkach stopy szpotawej (pes varus) z powodu porażenia mięśnia wyprostnego palców stopy długiego (m. extensor dig. com. pedis longus), które pozostało po t. zw. porażeniu dziecięcym (paralysis infantilis), przeciął ścięgno porażonego mięśnia i przyszył obwodowy jego koniec do prawidłowo działającego mięśnia wyprostnego palucha długiego (m. extensor hallucis longus). Postać stopy po tej operacji poprawiła się — palce się dowolnie dobrze poruszały.

2) Przypadek dziurawiącego zapalenia wyrostka robaczkowego (appendicitis perforativa cum peritonitide circumscripta purulenta) z ograniczonym ropnym zapaleniem otrzewnej, powikłany zapaleniem płuc włóknikowym i wyleczony na drodze chirurgicznej. Dziewięcioletnia dziewczynka zachorowała nagle

przy objawach silnej gorączki, bólów brzucha, mdłości i wymiotów. Trzeciego dnia choroby można było umiejscowić już ból do prawej okolicy biodrowej. Operacja dokonana została w 6-ym tygodniu choroby. W przebiegu jej zasługują na uwagę gorączka, bez pewnego stałego charakteru, poprawa podmiotowa naprzemian z pogorszeniem, powikłanie ze strony płuc, w postaci obustronnego zapalenia dolnych płatów, ujemny rezultat próbnej funkeji dokonanej w końcu 4-go tygodnia w okolicy stępienia i nieznaczna rozległość tej ostatniej  $1\frac{1}{2}$  palca ledwo nad prawym łukiem POUPART'a, nad spojeniem łonowem i nad wewnętrznymi  $\frac{2}{3}$  częściami lewego łuku POUPART'a. Dwa cięcia przeprowadzono równoległe do łuków POUPART'a na palec nad nimi—jedno nad prawym łukiem, a drugie nad lewym. Jama ropna zajmowała całą dolną część brzucha i dochodziła prawie do lewego przedniego górnego kolca biodrowego. Nazajutrz po operacji objawy jakby zapaści, które jednak ustąpiły; po kilku tygodniach wyzdrowienia. Chora skarży się obecnie od czasu do czasu na ściskanie, które WOŁKOWICZ kładzie na karb zrostów, jakie się potworzyły na skutek cierpienia i operacji dość późno wykonanej.

WOŁKOWICZ jest zdania, że appendicitis należy obecnie zarówno do medycyny wewnętrznej jak i do chirurgii, że chirurg i internista wobec podobnych przypadków wzajemnie się dopełniają wiedzą i doświadczeniem. [Autoreferat].

W dyskusji zabrał głos DUNIN i zaznaczył, że dyskusji w ścisłym znaczeniu nad podniesionem pytaniem nie wszczyną, gdyż było ono już nieraz omawiane, sam D. widział i wskazał operację przynajmniej w 20 takich przypadkach. Praca WOŁKOWICZA ma przeto, to tylko znaczenie, że podnoszona jest u nas, czego dotąd nie mieliśmy.

W odpowiedzi W. dodał: Pomimo wielu prac i dyskusji sprawy zapalne wyrostka robaczkowego, tak co do ich etyologii, anatomii patologicznej i strony klinicznej, przedstawiają jeszcze punkty ciemne, czekające na rozjaśnienie. Piśmiennictwo lekarskie polskie, prawie że nie posiada swej literatury w omawianej sprawie. To, jak również i wzgląd, że chirurgiczna pomoc w omawianem cierpieniu u nas nie ma jeszcze tego rozpowszechnienia, jakie jej się należy, skłoniły W. do przedstawienia przypadku, który wyróżnia się zresztą od innych poważnem powikłaniem ze strony płuc w przebiegu cierpienia i w którym W. uważał za konieczne przeprowadzenie dwóch cięć: jednego nad prawym a drugiego nad lewym łukiem POUPART'a.

Wreszcie PREZES dodał, że D. nie twierdził, iż kwestya zapalenia wyrostka robaczkowego jest zupełnie rozjaśniona i wyczerpana, kwestyi wyczerpanych w nauce niema. Zaznaczał tylko D., że kwestya ta w specjalnej literaturze była nieraz omawiana, nie stanowi przeto pytania nowego.

W końcu PREZES zawiadamia, że na posiedzeniu Zarządu zgodzono się na ustanowienie stenografa na naszych posiedzeniach pod warunkiem,

że nim będzie lekarz, zwraca się przeto mówca z prośbą, by kto może o wynalezienie stenografującego kolegę się starał.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 17 Kwietnia 1895 roku.

Przewodniczący Wice-PREZES **Sokołowski.**

Obecnych członków 39.

**T r e ś ć:** BREGMAN—Demonstracya chorego na syringomyelyę.  
 RAUM — Demonstracya chorego po gastroenterostomii.  
 ZAWADZKI Józef — Demonstracya mięsaka w kiszkiach cienkich z przerzutem w mózgu.

Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia takowy przyjęto.

Nadesłano do biblioteki Towarzystwa Lekarskiego: 1) Zbornik trudov Rodospomogatielnago Zawiedenia. 2) Protokół oczerednago zasiedania Imperatorskago Wilenskago Med. Obszcz. 3) Otczot o sostojanii obszczestw. prizrenja w gor. Warszawie za 1893 r. 4) Ałkogoluaję chiłość i niedołgowieczność sowremennago czelowieczestwa.

Następnie przewodniczący odczytuje list p. KOZŁOWSKIEGO z Sokołowa, w którym tenże donosi, że ś. p. D-r ZAWISTOWSKI testamentem przeznaczył swoją bibliotekę i instrumenta na rzecz naszego Towarzyst. P. KOZŁOWSKI jako egzekutor testamenty zawiadamia, że ofiarowane Tow. przedmioty są złożone w aptecę w Sokołowie i każdej chwili mogą być odebrane.

Zebrani postanowili przyjąć legat ś. p. D-ra ZAWISTOWSKIEGO. Przewodniczący w dalszym ciągu zawiadamia, że zwrócono się do Tow. z propozycją przyjęcia pośmiertnej maski prof. Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, zdjętej przez prof. GALLETH'a, zapytuje przeto przewodniczący, czy zgadzają się zebrani na przyjęcie tego daru. Na co następuje potwierdzająca odpowiedź.

Przewodniczący dalej zawiadamia, że p. Kurator Okręgu Naukowego zatwierdził w charakterze stypendjata p. ZALCMAŃA, słuchacza 5-go kursu.

W końcu zawiadamia przewodniczący, że kol. bibliotekarz zawiadomił zarząd, iż przyjęli na się obowiązki pomocników bibliotekarza kol. DZIERŻAWSKI, ZIELIŃSKI Edward i SĄWICKI Bronisław, i że ZIELIŃSKI Edward w razie nieobecności bibliotekarza będzie go zastępował.

I. Poczem BREGMAN przedstawia chorego lat 27, który 11 lat temu zauważył, że lewa ręka przy myciu nie odczuwa zimnej wody i nie wstanie jest określić różnych stopni ciepła. Równocześnie pojawiły się bóle w tej samej kończynie, a zwłaszcza dokuczliwe bardzo palenie. Od 3-ch lat przyłączyły się bóle i palenie w lewej części tułowia, przy pracy pociła mu się bardzo lewa ręka i lewa połowa tułowia, gdy tymczasem prawa strona pozostawała suchą. Pod wpływem zimna lewa ręka sinieje i mocniej oziębia się, aniżeli prawa. Przymiotu chory nie miał. W 15 roku życia miał wysypkę, która go mocno świeżbiła i która również na lewej stronie ciała umiejscowiła się.

Badanie układu nerwowego w Grudniu p. r. przeprowadzone, wykazało zniesienie czucia bólowego, zimna i ciepła przy zachowaniu wszystkich innych gatunków czucia w lewej górnej kończynie i lewej części tułowia, poczawszy od linii, odpowiadającej mniej więcej X-mu żebru. Od 2-go międzyżebra znieczulenie pod względem bólu, ciepła i zimna nie jest zupełne. Twarz, błony śluzowe oka i jamy ustnej, język, nie są zajęte. Na lewej górnej kończynie kilka blizn. Zaniku mięśni, zaburzeń ruchowych niema wcale. Odruchy ścięgniste dolnych kończyn są nieco wzmożone. W Lutym b. r. bez widocznej przyczyny powstało hygroma bursae olecrani dextri.

Na zasadzie powyższych danych BR. stawia rozpoznanie jam rdzeniowych (*Syringomyelia*) w szyjowej i górnej grzbietowej części i zaznacza, że przeciw histeryi przemawiają stałość i długotrwałość zaburzeń czuciowych, umiejscowienie na ograniczonej przestrzeni, brak stygmatów hysterycznych. Również przeciw innym cierpieniom jak zapalenie nerwów obwodowych, zwyrodnienie korzeni, pachymeningitis, caries vertebrarum i wreszcie trąd, przy których spotykają się zaburzenia czuciowe, przytoczone powyżej dane badania demonstrowanego chorego, stanowczo przemawiają. [Autoreferat].

W dyskusyi [na którą obecni zgodzili się] zabrał głos BIERNACKI i zaznaczył co następuje: Zaburzenia czucia są niewątpliwie bardzo ważnym objawem rozpoznawczym dla syringomyelii, lecz one same bez innych nie dają pewnego rozpoznania tego cierpienia. W danym przypadku mamy zniesienie czucia bólowego i ciepłoty przy zachowanym zmyśle dotyku, mamy więc ten typ, który może istnieć i przy innych cierpieniach, o czem słusznie zaznaczył BREGMAN. Dodać chyba tylko można przypadki podobnego zaburzenia czucia, jakie obserwował BIERNACKI w świeżych porażeniach po insulcie apoplektycznym. We wszystkich tych cierpieniach nie mamy jednak czystej dysocjacji syringomyelicznej, lecz zwykle spotykamy stałe upośledzenie czucia ucisku, czyli spotykamy ten typ, który B. przed kilku laty nazwał „uciskowym porażeniem czucia“ i zaznaczył wtedy, że zależnem ono jest od ucisku dróg czuciowych. W demonstrowanym przypadku nie mamy tego typu uciskowego, zgodzić się przeto z prelegentem możemy na tym punkcie, że w danym przypadku lokalizacja anatomiczna cierpienia nie jest zewnątrzrdzeniową. Że badanie tego porażenia czucia ucisku jest wa-

żem, świadczy przypadek, który B. obserwował wraz z PUŁAWSKIM, gdzie przy objawach zupełnie analogicznych z tymi, jakie obserwujemy u demonstrowanego chorego było i uciskowe porażenie, na zasadzie czego przypuszczano porażenie nie wewnątrz-rdzeniowe i podejrzewając przymiot, zastosowano jod z bardzo dobrym rezultatem.

W syringomyelii obok upośledzenia zmysłu bólowego i ciepłoty, może występować upośledzenie uczucia ucisku, jak podaje SCHLESINGER. Bywa to jednak rzadziej. Z drugiej strony rzeczywista dysocjacja syringomyeliczna, jak wykazuje śledzenie BIERNACKIEGO tych spraw, występować może w wiądzie rdzenia, chociaż w tej chorobie częściej spotykamy typ uciskowy. W danym przypadku przeto, zaznacza B. zjawia się pytanie, czy dysocjacja uczucia jest pochodzenia syringomyelicznego, czy też tabetycznego. To rozstrzygnąć możemy drogą porównania dysocjacji syringomyelicznej przy wiądzie i przy syringomyelii. Przy pierwszym cierpieniu porażenia uczucia są więcej rozlane, przy drugim występują segmentami odcinkami. Odcinki te trzymają się więcej okolic oddzielnych nerwów. W demonstrowanym przypadku, jak wnosi B. z przeprowadzonego przez siebie badania, zmiany uczucia są rozlane i mamy tu analgezję nerwu łokciowego, objaw swoisty dla wiądu rdzenia. Te dwa objawy w zestawieniu z historią choroby opowiedzianą przez prelegenta, skłaniają B. do przypuszczenia, że u demonstrowanego chorego mamy *tabes dorsalis cervicalis*. [Autoreferat].

Następnie RYCHLIŃSKI zwrócił uwagę że z punktu widzenia anatomiczno-patologicznego demonstrowany przypadek nie jest tak łatwy do rozstrzygnięcia. Podejrzewać możemy proces gliomatyczny na ograniczonym miejscu szyjowej i górnej grzbietowej części rdzenia i jamy pochodzenia rozpadowego, co z góry w danym razie wykluczyć możemy ze względu na młody wiek pacjenta i na dobry stan naczyń, jaki w danym razie mamy. Co się zaś tyczy gliozy, to nasuwa się jedno pytanie, czy ognisko gliomatyczne, które według prelegenta umiejscowiło się gdzieś w tylnej części rdzenia, może przez lat 11 nie podlegać zmianie? Przypuszczać prędzej moglibyśmy, że przez tak długi przeciąg czasu bujanie tkanki gliomatycznej powinno być znaczniejsze i porażenia zależne od niego również większe, chociażby nie wytworzyły się jeszcze jamy, a więc chociażby nie nastąpił rozrost tkanki łącznej. Wobec tych kombinacji i wykluczenia możliwości hydromyelii R. jest zdania, że w danym razie, prędzej możemy przypuszczać istnienie u tego osobnika ogniska sklerotycznego w okolicy tylnych pęczków z zajęciem nieznacznej części tylnych rogów.

W odpowiedzi na powyższe słowa BREGMAN odpowiada, że zaburzenia uczuciowe w syringomyelii nie odpowiadają rozgałęzieniu pojedynczych nerwów, a obejmują jak przy hysterii odcinki liną okrągłą odgraniczone. W przedstawionym przypadku to samo stwierdzić można gdyż wobec *hypalgezji* pierwszych międzyżebry i szyi, zupełna *analgezja* i *thermonaesthesia* lewej górnej kończyny odgranicza się okrągłą liną przeprowadzoną przez *acromion*. Co się tyczy umiejscowienia zmian

w rdzeniu i charakteru sprawy patologicznej, to mówca sądzi, że dotkniętym być musi tylko tylny róg, nie zaś tylny pęczek. Przypuszczenie tabes cervicalis według zdania Br. upada. Przewlekły zaś przebieg dla gliozy jest charakterystyczny i dlatego podtrzymuje poprzednio wypowiedziane zdanie, że mamy do czynienia w danym przypadku z syringomyelią gliomatycznego pochodzenia. [Autoreferat].

II. Następnie RAUM przedstawia chorego J. M. lat 21, wieśniaka z Siedleckiego, który przybył na oddział 27 Stycznia r. b., uskarżając się na bóle w górnej części brzucha i wymioty, występujące wkrótce po przyjęciu pokarmów. Z wywiadów okazuje się, iż przed dwoma laty chory spadł z konia, poczem bezpośrednio uczył silny ból w prawem podżebrzu, trwający z pół godziny. Mniej więcej po miesiącu u chorego wystąpił szereg następujących objawów ze strony żołądka: pokarm przyjęty sprawia bóle w okolicy nadbrzusza; w ciągu krótkiego lub dłuższego czasu po spożyciu pokarmu następują wymioty; łaknienie zachowane. Objawy powyższe z czasem tak się spotęgowały, iż w końcu chory znosił tylko niewielkie ilości mleka. Wypróżnienia bywały co trzy, a często co ośm dni. Jednocześnie chory począł chudnąć, słabnąć, a w końcu z powodu wyniszczenia stał się niezdolnym do pracy, co go zmusiło zapisać się do szpitala. W chwili wstąpienia na oddział, stan chorego przedstawiał się jak następuje: chory średniego wzrostu, ziemistego koloru skóry, niezwykle wychudły, zaledwie mogący utrzymać się na nogach. Brzuch zapadły, granica dolna żołądka sięga poniżej pępka na 3 palce, ruchy robaczkowe żołądka widoczne. Przyjęty pokarm wywołuje bóle żołądka, a w następstwie wymioty. Badanie soku żołądkowego wykonane przez GRUNDZACHA wykazało olbrzymią ilość drożdżowych komórek. Dnia 2 Lutego dokonał R. operacji. Cięcie poprowadził od wyrostka mieczykowatego do pępka po środkowej linii w smudze białej. Odźwiernik unieruchomiony w głębi, z powodu zrostów okazał się niedostępnym, z racyi czego zamierzona pyloroplastyka okazała się w danym wypadku niewykonalną, przystąpił przeto do gastroenterostomii. W tym celu uchwycił najbliższą część kiszek cienkiej, zrobił w ścianie jej jako też w przedniej ścianie żołądka otwór długości 5 cm., równoległy do osi podłużnej tychże organów. Brzegi rany żołądka z brzegami rany kiszki zeszył, nakładając dwupiętrowy węzełkowy szew. Przed zeszytciem rany, palcem włożonym w otwór rany żołądkowej można było wyczuć bliznowate zwężenie odźwiernika, nie przepuszczające wskazującego palca. Ściany brzucha zaszył zwykłym sposobem. Przebieg pooperacyjny bez powikłań z wyjątkiem zropienia kilku szwów i bronchitu z gorączką. W pierwszym tygodniu po operacji chory dostawał ławatywki odżywcze. W drugim tygodniu po operacji wrócił do zwykłej szpitalnej porcyi, składającej się z rosołu, mięsa i chleba.

Dziś w dwa i pół miesiąca po operacji chory wrócił do sił zupełnie i uważa się za zdolnego do poprzedniej swej pracy. Granica dolna żołądka powyżej pępka. Chory je wszystko, co mu szpital daje. Stolec regularny [codziennie]. [Autoreferat].



Wice-PREZES następnie zawiadamia, że na tegoroczny konkurs imienia KOCZOROWSKIEGO nadesłano 9 prac, nagród zaś jest 5, przypuszczając więc można, że wszystkie nagrody przyznane zostaną, pozostanie przeto na przyszły rok jedna nagroda. Kierując się tem komitet konkursowy proponuje mało tematów, mianowicie 8, z których 6 dawniej było zatwierdzonych, 2 nowe. Zapytuje przeto przewodniczący, czy na odczytywane po kolei tematy zebrani zgodzą się i otrzymawszy aprobatę, zapytuje czy kto nie zechce w tej kwestyi zabrać głosu, nadmienienia jednak, że mamy jeszcze konkurs imienia HELBICHA, na który mogą być przygotowywane prace, wymagające dłuższego czasu. Poczem KRAMSZTYK Zygmunt prosi, by do tegorocznych tematów były zaliczone proponowane przez niego tematy w dniu 12. II na posiedzeniu uroczystem, poświęconem pamięci ś. p. prof. SZOKALSKIEGO — i BIERNACKI prosi o pozostawienie zeszłorocznego tematu [Nr. 12] „O morfologicznym i chemicznym stanie krwi w zapaleniu nerek“, gdyż wiadomem mu jest, że nad tym tematem pracuje jeden z kolegów. Zebrani do powyższych życzeń jednogłośnie się przychyliłi.

III. W końcu ZAWADZKI Józef przystąpił do demonstracyi mięsaka kiszek z przerzutem do mózgu. Demonstracyę swą poprzedził przytoczeniem historyi choroby szwaczki H. K. lat 34 mającej, która się zapisała na oddział dnia 2. XII z. r. Chora pochodziła ze zdrowej rodziny, chorowała 2 razy na zapalenie płuc. Przed kilku laty zauważyła na szyi guzik niewielki, który się zwiększał powoli, nie sprawiał jej jednak bólu. Od 5 tygodni wystąpiły bóle w brzuchu, zaparcie stolca, wymioty i bóle głowy. Badanie wykazało: chora apatyczna, z wielkim namysłem odpowiada na zapytania; odżywianie bardzo mierne. Czucie i inne zmysły funkcyonują prawidłowo. Odruchy skórne osłabione, ścięgnięte, wzmożone. Na szyi po stronie lewej w okolicy mięśnia sutko-obojęczykowego i poza nim guz wielkości jaja gołębiego, pokryty niezmienną skórą. W płucach, sercu zmiauw żadnych; śledziona i wątroba niewymacalne. Brzuch zapadnięty, bolesny na ucisk na całej przestrzeni. Granica żołądka po rozdęciu gazem, prawidłowa. Zawartość po śniadaniu EWALD'a o kwaśności 32%, zawiera wolny kwas solny. W przebiegu choroby obserwowano często wymioty, zaparcie stolca, zwiększającą się apatyę i osłabienie. Dnia 31. XII zauważono niedowład lewej połowy ciała, szczególnie ręki. Wkrótce zjawilo się rozwolnienie. Dnia 17. I zauważono ropny wyciek z ucha i nieznaczny obrzęk prawej ręki. Wyciek trwał do d. 30. I i chora leżała jakby w śpiączce. Dnia 2. II wystąpił nagle napad drgawek klonicznych w lewej połowie twarzy. Po napadzie pozostał niedowład lewego nerwu twarzowego. Drgawki powtórzyły się raz jeszcze, osłabienie coraz się wzmagalo i chora dnia 8. II zmarła. Za życia Z. wobec drgawek i objawów porażenia przypuszczał istnienie nowotworu w korze mózgowej.

Sekeya dokonana przez E. ZIELIŃSKIEGO wykazała. Powierzchnia półkól mózgowych błada, zraz czołowy po stronie prawej nieco spłaszczony, nieco ku przodowi od gyr. centralis zabarwienie mózgu ciemniej-

sze, konsystencya miększa, na przekroju widać guz okrągły, w środku rozmięczony, ciemno zabarwiony, drażący głęboko w istotę białą mózgu i zajmujący całą część korową. Oprócz tego znaleziono wgłobienie jelita czczego na przestrzeni 20 ctm. aż do zastawki BAUHINA. Błona śluzowa części wpochwionej obrzękła, czerwona, zawierała 2 owrzodzenia kataralne. Na początku wgłobionej kiszki widać guz okrągły, owrzodzony o tym samym wyglądzie co i guz mózgowia. Takież guz znaleziono w dwunastnicy. Gruczoły krezkowe nie powiększone. Guz na szyi wychodził z gruczołu chłonnego i posiadał te same cechy.

Drobnowidzowe badanie guza wykazało, że mieliśmy do czynienia z limphoangiosarcoma parvicellulare. Prelegent nie może orzec, gdzie był pierwotny guz i pod tym względem radby usłyszeć zdanie kolegów. W końcu zastanawia się wogóle nad objawami przy mięsaku kiszki i powołując się na prace MADELUNG'a, BESSEB-HAGEN'a, KRAUS'a i innych, zaznacza że często nowotwory te nie mogą być za życia rozpoznane.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 23 Kwietnia 1895 roku.

PREZES Baranowski.

Obecnych członków 89.

**T r e ś ć:** Prof. Marceli NENCKI z Petersburga — O produktach rozkładu białka pod wpływem trzustki i o ich znaczeniu przy tworzeniu się barwników w organizmie.

PREZES na wstępie zawiadamia o śmierci członka naszego Towarzystwa ś. p. Władysława FRANKOWSKIEGO, zmarłego w d. 30. III b. r. w Charkowie. Scharakteryzowawszy żywot pełen pracy i oddania się rodakom, odwiedzającym go na obcej ziemi — PREZES proponuje uczcić pamięć zmarłego [na jubileusz 50-letniej pracy którego Towarzystwo wysłało telegram] przez powstanie. Również przez powstanie uczczono pamięć członka naszego Towarzystwa ś. p. Marjana WYGRZYWAŃSKIEGO, lekarza praktykującego w Piotrkowie, gdzie umiał sobie zaskarbić poważanie i życzliwość kolegów i publiczności.

Następnie prof. M. NENCKI wypowiedział odczyt: „O produktach rozkładu białka pod wpływem trzustki i ich znaczeniu przy tworzeniu się barwników w organizmie“.

Na wstępie mówca zaznacza, że praca niniejsza podjęta przez niego przed 20-tu laty, nie jest jeszcze doprowadzoną do końca i jeżeli obecnie chce się podzielić rezultatami swych badań, to głównie robi to dlatego, że musi odpowiedzieć na zarzuty, a raczej na niezrozumienie słów

jego, jakie znalazł w świeżo ogłoszonej po angielsku i niemiecku pracy HALLIBURTON'a.

Jak wiadomo posiekana trzustka i pomieszana z wodą daje nastój, z którego po dodaniu bromu osadza się ciało od czerwonego do fioletowego koloru. Ciało to, które GRUOLING nazwał: Bromkörper—nie oddziaływa na różne reaktywy, czem w pewnej mierze wytłómaczyć sobie można, dlaczego niechętnie nim się zajmowano. Ciało to tak trudne do otrzymania w czystym stanie ma tę cechę, że przy udziale bakteryi i utleniających ciał wydziela aromatyczne związki jak indol, skatol i t.p.

Dane te otrzymane drogą eksperymentu, prof. N. dawniej już zauważył, kiedy pracując w Bernie nad rozkładem białka pod wpływem trzustki, wypowiedział zdanie, że białko w kiszkach przy współudziale bakteryi rozkłada się między innymi na indol i skatol, które swoją drogą w obecności utleniających środków barwią się i są ciałami lotnymi. Ostatnie to twierdzenie zostało przez HALLIBURTON'a źle zrozumiane, gdyż przypisuje on prof. N. jakoby ten utrzymywał, że białkowe te połączenia są ciałami lotnymi.

Następnie prof. N. przechodzi do rozpatrzenia drogi, jaką można otrzymać związek przezwany Bromkörper i jaki jest jego skład chemiczny. Jeżeli trzustka działa na białko, to w pierwszej linii otrzymamy albumozy przez dodanie siarczanu amonu, następnie otrzymujemy peptony, krystaliczne ciała, amydokwasy grupy tłuszczowej, ksantynę, adeninksantynę, guaninę i t. p. i wreszcie amoniak. Między peptonami znajduje się właśnie to ciało, które z bromem daje barwne połączenie i połączone ono jest z drugim. By oddzielić to ciało proponuje prof. N. używać octan tlenku rtęci, który dla wydzielenia albumoz i peptonów ma znaczenie, przez dodanie zaś octanu miedzi można osadzić ksantynowe ciała, można więc otrzymać zupełnie czyste połączenie pod postacią osadu t. zw. proteino-chromogenowe ciało. Ciało to zawiera molekułę siarki i z niego można wydzielić 2 związki bromowe. Jeden z nich przy szczegółowej analizie po odtrąceniu stosunku zawartego w nim bromu zawiera według prof. N. 64% węgla, 5% wodoru, 11% azotu i 0,5% siarki.

Porównując otrzymany stosunek pierwiastków z takimże składem białka, widzimy, mówi prof. N., że jest znaczna różnica, która jednak jest minimalna w zestawieniu ze składem hematoporfiruy, *resp.* bilirubiny, gdyż zawiera ona:

67% węgla, 6% H. i 10% N.

różnią się przeto te dwa ciała obecnością siarki w pierwszym.

Z zestawienia tego, zaznacza prof. N., wypływa ta konsekwencya, że przy trawieniu białka przez sok trzustkowy odcepią się molekuła siarki i wytwarza się barwnik krwi, *resp.* żółci.

Drugie połączenie bromowe tego proteino-chromowego ciała, zawiera według prelegenta:

59,8% C. 4,9% H. 10% N. i 2,85 S,

podobne jest przeto składem do hypomelaniny, otrzymanej przez prof. N. z melanosarcomatów, znajdujących się w znaczniejszej nieraz ilości w małej miednicy, koni siwych, rzadziej karych i najrzadziej gniadych. Stosunek procentowy hypomelaniny, a raczej kwasu hypomelaninowego następujący:

58,9% C, 3,7% H, 10% N i 2,6 S,

który swoją drogą zbliżony jest bardzo do stosunku procentowego składników pigmentu z włosa końskiego, gdyż ostatni zawiera:

59,6% C, 4,2% H, 11% N. i 2,6% S,

zład więc wniosek, mówi prof. N., że przy trawieniu pankreatycznym wytwarzają się dwa macierzyste produkty [proteino-chromogenowe ciała], z których jedno idzie na wytwarzanie barwnika krwi, *resp.* żółci, drugie na wytwarzanie czarnego barwnika. Za podobieństwem pierwszego połączenia z hematoporfryną przemawia i to, że ostatnie ciało przy redukcji daje pyrrol, skatol i t. p., a więc to samo, co daje redukcya proteino-chromogenowego ciała, gdyż ona z KOH wydziela z początku pyrrol, następnie amoniak, siarkowodór, merkaptan metylowy skatol, indol. Z tych doświadczeń wypływa według zdania prelegenta i praktyczny wniosek, tyczący się pochodzenia i przyszłego leczenia chlorozy, którą stawiamy w zależności od braku barwnika krwi. Brak ten praktycy jedni starają się dopełnić podawaniem choremu przetworów żelaza, inni zaś jak np. BUNGE na ostatnim zjeździe monachijskim, utrzymują, że żelaza niema racji podawać, gdyż organizm nie przyswaja go sobie. Prof. N. zaznaczając, że rozumowania przeciwników podawania żelaza nie wytrzymują krytyki, wypowiada przypuszczenie, czy wobec tego, że barwnik krwi jest połączeniem globiny z hematyną, ta zaś ostatnia otrzymuje się przez trawienie pankreatyczne, przy chlorozie nie mamy do czynienia z niedostatecznem wytwarzaniem się proteino-chromogenowego ciała, czy choroba nie pochodzi zład i czy nie dałaby się skutecznie leczyć przez dostarczanie organizmowi choremu proteino-chromogenowych ciał?

To samo przypuszczenie można według prelegenta uczynić i przy rozstrzygnięciu pytania o wytwarzaniu się czarnego barwnika np. we włosach?

Oprócz jednak praktycznego znaczenia, przytoczone powyżej doświadczenia przedstawiają i wielkie teoretyczne zaciekawienie, gdyż rozszerzają nasze pojęcia o trawieniu wogóle. Wytwarzane przy pankreatycznym trawieniu barwniki przechodzą przez żyłę wrotną do wątroby, gdzie z nich wytwarzają się barwniki ustroju podobnie jak i amoniak w tym organie stanowi materiał do tworzenia się mocznika. Amoniak, według zdania prelegenta, który przechodzi przez v. portae, zależy od czynności gruczołów trawiennych. Najwięcej przechodzi amoniaku w 4 godziny po podaniu pokarmu i wtedy krew żyły wrotnej zawiera 7—10 mgr. [na 100,00 krwi], gdy tymczasem krew z innych żył np. z cruralis zawiera 1—3 mgr.. Największą ilość amoniaku stwierdzić

można w mucosa żołądka, zawiera go bowiem 50—55 mgrm., gdy tymczasem w zawartości żołądka jest go 16 mgrm..

Ztąd wnioszek, zaznacza prelegent, wypływa ten, że zadaniem trawienia jest nie tylko rozpuszczać przyjęte pokarmy, lecz i współdziałać by powstawały ciała, których przeznaczeniem jest wytwarzać nowe połączenia.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 30 Kwietnia 1895 r.

PREZES **Baranowski.**

Obecnych członków 62.

- T r e ś ć:** OŁTUSZEWSKI—Demonstracja chłopca leczonego z dodatnim wynikiem od funkcyjnego bełkotania.  
 OŁTUSZEWSKI—Demonstracja dziewczynki z wyleczonym bełkotaniem mózgowego funkcyjnego pochodzenia, oraz dziewczynki z wrodzoną niemotą funkcyjną, którą zamierza leczyć.  
 RAUM—Demonstracja kamieni pęcherza, wydobytych zapomocą cięcia nadłonowego.  
 Demonstracja chorej po wycięciu odbytnicy.  
 JASIŃSKI R.—Demonstracja chorego z przypuszczalną Dystrophia musculorum progressiva [typ. ERB'a].  
 WICE-PREZES SOKOŁOWSKI—O pierwotnem włóknikowem zapaleniu oskrzeli (Bronchitis fibrinosa idiopatica).

Po przeczytaniu protokołu ze zwyczajnego posiedzenia z d. 17. IV i z nadzwyczajnego z d. 23. IV b. r. takowe przyjęto.

Nadesłali do biblioteki Towarzystwa: 1) JANOWSKI Wł.—Ein Fall von Bleivergiftung mit ausserordentlich seltenen Symptomen [odbitka z Neurol. Centr.]. 2) PALMIRSKI i ORŁOWSKI — a) Ueber die Indolreaktion in Diphteriebouillonkulturen. b) To samo po polsku. c) Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy BEHRING'a, ARONSON'a, ROUX, KRAKOWSKIEJ i WARSZAWSKIEJ. 3) PALMIRSKI—Kilka słów w sprawie zaopatrywania miast w wodę zdatną do picia. 4) ORŁOWSKI —O własnościach przeciwbłonicowych surowicy krwi dzieci. 5) OŁTUSZEWSKI — Drugi przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. 6) GRUNDZACH — a) Ueber Urticaria infantum und ihren Zusammenhang mit Rhachitis und Magenerweiterung. b) Jak oznaczać popiół w tkankach zwierzęcych i roślinnych. 7) Archiv für klinische Chirurgie za 1894 i 1895, 2 tom [dar

kol. JASIŃSKIEGO Romana]. 8) BRUSIŁOWSKIJ — Odeskije limany i ich leczebujja sredstva. Soobszczenija i protokoły zasiedanij S.-Petersburg. Med. Obszcz. 9) NEUGEBAUER Fr.—Ueber heutige Statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Rückgratskyphose. Pamiętnik Akademii Umiejętności za rok 1894.

PREZES zawiadamia, że w Piątek otrzymał wiadomość od prezesa Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego o śmierci prof. RYDLA. PREZES prosił o złożenie wianka na trumnie zmarłego naszego Towarzystwa i niezależnie od tego proponuje uczcić pamięć zmarłego przez powstanie. Przez powstanie uczczono również pamięć niedawno zgásłego prof. LUDWIGA Karola, członka honorowego naszego Towarzystwa.

Następnie OŁTUSZEWSKI przedstawił przypadek wyleczonego bełkotania mózgowego funkcyjnego pochodzenia, oraz niemoty wrodzonej funkcyjnalnej, który ma zamiar obecnie poddać leczeniu, a wynik zakomunikować Towarzystwu. O patogenezie obu tych zбочeń znajdujemy w odnośnej literaturze bardzo tylko luźne wzmianki, w zupełności niewystarczające do racjonalnego ich wyłómaczenia. Jedynie dane poczerpnięte ze spostrzeżeń nad rozwojem mowy u zdrowych dzieci i wypływających z nich warunków psychofizjologicznych i fizjologicznych nieodzownych dla wytworzenia mowy, mogą nam rzucić właściwe w tym kierunku światło. Na zasadzie własnego spostrzeżenia nad rozwojem mowy u dziecka; OŁT. przedstawił te warunki i wyprowadził z nich patogenezę omawianych zбочeń. Z objaśnień O. wynika, że niemota wrodzona funkcyjnalna zależy od osłabienia pamięci słuchowej i ruchowej, bełkotanie zaś mózgowe funkcyjne, stanowiące dalszy ciąg bełkotania fizjologicznego, uwarunkowane jest oprócz osłabienia pamięci słuchowej brakiem wprawy w organach artykulacyjnych dla prawidłowego wytwarzania tego lub owego dźwięku, jak również niewyrobionym mechanizmem ekspiracji artykulacyjnej. Z powyżej przedstawionego zapatrywania się O. na dwa te zбочenia mowy, wypływają odpowiednie wskazania lecznicze, polegające na wzmożeniu pamięci zarówno słuchowej jak i ruchowej. Obie wady, jak to już miał O. sposobność niejednokrotnie stwierdzić, należą do zupełnie uleczalnych. Obecnie demonstrowany przypadek bełkotania dotyczy chłopca M. B. 9 lat liczącego, pochodzącego z rodziny złożonej z 7 dzieci prawidłowo mówiących. Zaczął chodzić mając 2 lata. Mowa rozpoczęła się w 4 roku, od kilku słów niezrozumiale wymawianych. Dopiero od pół roku zaczął mówić, ale również niezrozumiale. Na czaszce chłopca, dobrze odżywianego i prawidłowo zbudowanego, znajdujemy ślady przebytej krzywicy. Jama nosowo-gardzielowa nie przedstawia nic anormalnego. Inteligencya prawidłowa. Rozumienie mowy dokładne. Powtarzanie jak również mowa samodzielna zupełnie niezrozumiała. Bełkotanie w tym przypadku polegało na zamianie bardzo wielu dźwięków, oraz niemożności utrzymania w pamięci słuchowej sylab danego wyrazu w porządku prawidłowym, a z tego względu przestawianiu zgłosek, opuszczaniu ich, a więc zmienianiu wyrazów, np. zamiast sufit—jufic, zamiast rosó—losó

i t. d.. Po trzymiesięcznym leczeniu, chłopiec został doprowadzony do tego stopnia, że mowa jego stała się zupełnie zrozumiałą, a złepodabnianie wyrazów przytrafiło się bardzo rzadko. Chłopca tego spostrzegali wspólnie z O. Kazimierz ZIELIŃSKI, który go łaskawie do zakładu skierował.

Przypadek niemoty wrodzonej funkcjonalnej dotyczył dziewczynki A. S. 7 lat liczącej. Pochodzi ona z rodziny, w której ojciec nieco się jąka. Pięcioro rodzeństwa mówi zupełnie prawidłowo. Zaczęła chodzić mając lat 2. Dziewczynka marnie odżywiana, bladej. Jama nosowo-gardzielowa prawidłowa. Sfera intelektualna nie przedstawia zбочeń. Rozumienie mowy dokładne. Z oddzielnych dźwięków brak *j, ch, s i t*, oraz miękkich. Zmiany dotyczą: *s* na *e*, *cz*—*c*, *sz*—*c*, *z*—*r*, *ł*—*l*. Dziewczynka może powtarzać tylko łatwe do wymówienia dwusylabowe wyrazy; z trzechsylabowych powtarza jedynie dwie pierwsze sylaby. Samodzielna mowa ogranicza się zaledwie do kilku najprostszych wyrazów. [Atoreferat].

Poczem RAUM przedstawił 2 kamienie pęcherzowe i demonstrację poprzedził krótkimi historiami chorób. Większy kamień pochodzi od 59-letniego Ignacego Najdekera z Radomskiego. Pierwsze objawy ze strony pęcherza. a mianowicie częste oddawanie moczu i ból w dolnej części brzucha przed, w czasie i po urynowaniu wystąpiły dopiero na pół roku przed operacją jakoby po przeziębieniu. Wezwany lekarz przepisał mu uspakajające proszki, poczem nastąpiło znaczne polepszenie. Trzy tygodnie przed operacją powyższe objawy wystąpiły ponownie, co zniechęciło chorego zapisać się do szpitala na Pradze. Przy badaniu chorego wyczułem przez ścianę brzucha ponad spojeniem łonowym guz kulisty, twarde, o powierzchni gładkiej; wprowadzony do pęcherza kateter metalowy, natrafił na kamień wielkich rozmiarów. Mocz względnie czysty, zawiera tylko niedużą ilość ciałek ropnych.

Dnia 13 Czerwca 1893 r. dokonał R. operacji. Cięcie, przeszło 10 ctm. długie, poprowadził w smudze białej, poczynając tuż ponad spojeniem łonowym; otrzewnę odsunął ku górze; ścianę pęcherza przeciął w poprzek. Po nadcięciu przyczepów mięśni prostych i przy podważaniu od strony odbytnicy palcami, udało mu się wydobyć na zewnątrz kamień, przy pomocy kostnych kleszczy. Szwu ścianki pęcherza zaniechał ze względu na ucisk, na jaki były narażone części miękkie podczas wydobywania kamienia — natomiast nałożył syfon. Dnia 1 Września 1893 roku chory wypisał się ze szpitala zdrów.

Zaraz po operacji kamień w postaci nieprawidłowego elipsoidu ważył 392 grm., obecnie zaś po przepiłowaniu i wyschnięciu waży 372 grm.. Średnica największa wynosi prawie 9 ctm.. Na przekroju można odróżnić dwie warstwy: wewnętrzną jasno-gliniastego koloru i białawą zewnętrzną o budowie promienistej. Badanie chemiczne wykazało w warstwie wewnętrznej w ilości przeważającej fosforany ziem alkalicznych z domieszką moczianów i węglanu wapnia, w warstwie zewnętrznej zualeziono tylko fosforany i węglan wapnia; w obu ślady ksantyny

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na tak późne wystąpienie objawów ze strony pęcherza, pomimo tak niezwykle dużych rozmiarów kamienia.

Drugi mniejszy kamień wyjął dnia 28 Lipca 1888 roku 7-mio letniemu Michałowi Szyfrowiczowi z Lubelskiego. Pierwsze objawy choroby, jako to częste i bolesne oddawanie moczu—wystąpiły trzy lata przed operacją. Krwi w urynie w tym przypadku jak i również w poprzednim nie zauważono. Założony metalowy kateter wykazał obecność kamienia dosyć znacznych rozmiarów. Mocz zawierał niewielki osad z ciałek śluzowo-ropnych. Kamień usunął zapomocą cięcia nadłonowego. Szwu nie nakładał, a zastosował i tutaj syfon. W trzy tygodnie po operacji nastąpiło zupełne zabliznienie. Na przekroju kamienia ważącego obecnie 34 grm., widzimy trzy warstwy: jądro z otoczką ciemną, składającą się ze szczawianów, na zewnątrz od tego dość gruba warstwa moczanów i powierzchowna warstwa moczanów z domieszką fosforanów ziem alkalicznych.

Wreszcie zdemontował R. przypadek wycięcia odbytnicy, który zasługuje na uwagę z powodu nader pomyślnego przebiegu pooperacyjnego. Marjanna Pałosa z Sokołowa, 41 lat, zamieszkała przy mężu, opowiada, że podczas ostatnich zapust miała się przeziębić w czasie miesiaczkowania, poczem wystąpiły silne bóle z wydymaniem i nader dotkliwym paleniem w stolcu. Objawy powyższe wzmagaly się i zniewoliły chorą do szukania pomocy w szpitalu. Przy badaniu przekonał R. się o obecności nowotworu na tylnej ścianie odbytnicy, zajmującego  $\frac{2}{3}$  światła kiszki. Guz płaski, twardy o gładkiej powierzchni, dość ostro od zdrowych tkanek odgraniczony, całą grubość ściany kiszki zwyrodniający, sięgał dolnym swym brzegiem prawie do odbytu. Górną granicę jego można było obejść wskazicielem. Po odpowiednim przygotowaniu chorej i pola operacyjnego wykonał 8 Marca r. b. wycięcie odbytnicy. Cięcie w środkowej linii od kości ogonowej do odbytu. Po okrojeniu odbytu dwoma półksiężycowemi cięciami założył R. do odbytnicy dość duży podłużny wałek z gazy jodoformowej. Następnie oddzielił całą odbytnicę na przestrzeni 12 ctm. w głąb, t. j. aż poza nowotwór; później posunął wałek z gazy jodoformowej ponad granicę górną nowotworu i poniżej wałka podwiązał czasowo odbytnicę grubą ligaturą, poczem obciął całą odbytnicę wraz z nowotworem poniżej ligatury. Wreszcie ściągnął ku dołowi górny koniec odbytnicy i skręcając kishkę około podłużnej osi według GERSUNR'ego na 180° stopni i rozwiązawszy ligaturę przyszył ją do skóry tylnego kąta rany; ranę pomiędzy pochwą i przyszytą już kishką wytamponował szczelnie gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bez wszelkich powikłań. Po ośmiu dniach wyjął szwy i wałek z odbytnicy, oraz zmienił gazę jodoformową w ranie przedniej. W ciągu czasu powyższego pooperacyjnego chora przyjmowała nalewkę makowca i pokarmy tylko płynne, nieoddawała więc stolca. Obecnie rana prawie zupełnie zablizniona, chora wprawdzie kał wstrzymuje, gazy jednak odchodzą



miowolnie. Z preparatów mikroskopowych, przygotowanych przez STĘPIŃSKIEGO widzimy, że mieliśmy do czynienia z rakiem twardym typu gruczołowego o okrągłych dość dużych komórkach, w którym tkanka łączna miejscami jest mocno wybujała. [Antoreferat].

JASIŃSKI Roman w dalszym ciągu demonstruje 11-letniego chłopca przywiezionego doń z prowincyi ze znacznymi zanikami mięśni górnych kończyn i tułowia i hypertrofią mięśni dolnych kończyn, a szczególnie łydek. Anamneza szczegółowa, zbierana od ojca chorego, nie wykazuje nic godnego uwagi. Szczególniej J. starał się dobać, czy niema wskazówek na przymiot, a to dlatego, że widział w swej praktyce chorego z zanikami, odpowiadającymi t. zw. *Dystrophia musculorum progressiva*, z mięśni którego robione były preparaty drobnowidzowe, które potwierdziły rozpoznanie. Chory ten po przeprowadzeniu systematycznej kuracyi, przeciwprzymiotowej znacznie się poprawił. Odnośnie do danego przypadku J. jest zdania, że mamy do czynienia z zanikiem mięśni postępującym o typie Erb'a i zastrzega sobie, że po szczegółowem zbadaniu chorego [czego dla braku czasu jeszcze nie uczynił] poruszy tę kwestyę na posiedzeniu Towarzystwa.

STANKIEWICZ, dawiążując swe przemówienie do demonstrowanych przez RAUMA kamieni pęcherzowych, zawiadamia, że ma na oddziale 2-ch chorych z cierpieniem pęcherza o charakterze nowotworowym i że badanie tych chorych odbywać się będzie w Piątek o godzinie 11-ej zrana, takoby przeto interesował się kwestyą badania pęcherza, zechce przybyć o oznaczonej porze.

Poczem WICE-PREZES SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. t.: „O samistnem zapaleniu włóknikowem oskrzeli“.

W pracach BIERMER'a, RIEGEL'a, LUCAS - CHAMPIONNIERE'a, BESCHORNER'a i wielu innych znajdujemy dokładny opis tego bardzo rzadkiego i pod względem etyologicznym ciemnego cierpienia dróg oddechowych.

Praca niniejsza ogranicza się do szczegółowego opisu 4-ch obserwowanych przypadków.

Przypadek I dotyczył 47-letniego mężczyzny z zawodu aptekarza, który od lat 3-ch przeszło wśród ataków duszności, wypluwał od czasu do czasu z zabarwioną krwią plwociną—białe, walcowate zbite skrzepy, rozmaitej wielkości o wyglądzie drzewiastym. Początkowo chory nie spostrzegał zmiany w stanie ogólnym, niepokoiły go li tylko powtarzające się krwiopłucia i wyrzucane skrzepy. Gdy pomimo przedsięwziętych różnorodnych kuracyi klimatycznych, chory nie doznawał ulgi w swem cierpieniu, zrodziło się w nim przekonanie, że cierpi na gruźlicę płuc, kazał przeto często badać plwocinę, w której jednakże nigdy nie znajdowano laseczników gruźliczych. Stan taki doprowadził chorego jednocześnie do mocnego rozdenerwowania. Badanie chorego w roku 1891 oprócz nieznacznej rozedmy płuc i wydłużonego oddechu pod prawym obojczykiem nie wykryło w narządach klatki piersiowej innych zmian. Badanie plwociny wykryło odlewy włóknikowe, które składały się

z włókniaka, białych i czerwonych krążków krwi: laseczników i włókien sprężystych nie znaleziono. Chory w 1891 r. przebył kurację klimatyczną w Ischl, gdzie nie doznał poprawy; krwiotłucia występowały wówczas niemal codziennie. Przy powtórnem badaniu chorego w dniu 28. IX. 1891 r. wykryto w sercu lekki szmer systoliczny; w płucach wyraźniejszych zmian nie znaleziono. W roku 1892 chory udał się na zimę do Arco, gdzie zmarł wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Badanie pośmiertne nie były dokonane.

Przypadek ten o klasycznym przebiegu bez gorączki, bez wyraźnych zmian fizykalnych przy badaniu płuc, ze stale występującem niemal codziennie wyrzucaniem włókniakowych odlewów zastanawia niezwykłą długością przebiegu, choć WALSCHÉ podaje przypadek, gdzie cierpienie to trwało lat 14, NICHOLS 7, BIERMER 8; w większości jednakże dawały się zauważyć przerwy w wyrzucaniu odlewów. NIEMEYER wprawdzie opisuje 15-letnią dziewczynkę, która miała wyrzucać odlewy codziennie w ciągu 2 lat, toż samo podaje i NICHOLS i DRUGENBERG. Drugim objawem zasługującym na uwagę, jest krwiotłucie przy wyrzucaniu odlewów, co wywołało upadek ogólnego odżywiania i bezkrwistość a wreszcie śmierć. Stała nieobecność laseczników gruczkowych przy braku zmian w płucach pozwala z wszelkiem prawdopodobieństwem wykluczyć gruczkę płuc. W przypadkach bowiem, gdzie badanie pośmiertne wykazywało gruczkę płuc [MODEL] trzeba przypuścić nie pierwotny krup oskrzeli, lecz wtórny. Sprawa ta, zdaje się, niema ścisłego związku z gruczką.

Zapatrywanie na krup oskrzeli, jako na pemphigus, herpes błony śluzowej, wreszcie jako na pierwotne cierpienie naczyń limfatycznych oskrzeli, w należyty sposób sprawy nie wyjaśniają.

Do wyjątkowo rzadkich zaliczyć należy 11-gi przypadek. Trzydziestoletni lekarz, poraz pierwszy doświadczył w nocy dnia 28. IX. 1894 r. lekkiego ataku duszności, który trwał kilka minut. W ciągu dni następujących ataki duszności powtarzały się. Chory nie gorączkował, kaślał niewiele. Przy badaniu znaleziono w płucach porozrzucane świsty bez wyraźnych zmian fizykalnych; duszność istniała nawet przy spokoju. Chory mimo zaleconego spokoju nie zaprzestał pracować. Dnia 2. X wystąpiły dreszcze, duszność się wzmogła, zjawił się mocny kaszel w postaci paroksyzmatycznych ataków, ciepłota podniosła się do 38,5<sup>o</sup> C. Dnia 5. X chory w czasie mocnego kaszlu zaczął wykrztuszać włókniakowe skrzepy, 2—3 ctm. długości mające, z małą ilością śluzo-ropnej płwociny. Skrzepy takie przypominały odlewy drobnych oskrzeli i przy mikroskopowem badaniu przedstawiały jednolitą budowę z warstw idących równolegle, z niewielką ilością białych ciałek krwi niewielkiej ilości drobnych punkcików i masą koków. Dnia 6. X ciepłota podniosła się do 40,0<sup>o</sup> C. wystąpiła bardzo mocna duszność i kaszel zwiększył się. Tętno 120—140. Stan taki trwał bez zmiany przez tydzień, wywołując ogromne wyczerpanie i objawy niedomogi sercowej; od czasu do czasu występowała sinica. Przy badaniu płuc znaleziono, oprócz świstów, sub-

crepitationous w dolnej części prawego płuca po linii pachowej z oddechem prawie nieokreślonym; stępienia nie było. Po kilku dniach też samo wystąpiło i w lewym płucu i w okolicy nadgrzebieniowej prawego. Badanie płwociny nie wykryło laseczników gruźliczych ani też włókien. Od dnia 14. X stan zaczął poprawiać się nieco, duszność zmniejszała się, kaszel był mniej ciężki. Ciepłota nie przekraczała 39,0° C. Chory wieczorami pocił się. Objawy fizyczne pozostawały jednakże bez zmiany. Dnia 22 X chory wykrztusił znaczną ilość śluzo-ropnej płwociny. Ciepłota zaczęła zmniejszać się. Badanie płwociny drogą kultur wykryło staphylococcus albus et aureus. Od końca X stale występowała poprawa i chory w początkach XII wrócił do swych zajęć.

Przypadek ten należy do wyjątkowo rzadkich, gdyż w większości krup oskrzeli przebiegał bez gorączki. W przypadkach KRETSCH'Ego i FRAENTZEL'a, gdzie notowano gorączkę, badanie pośmiertne wykazało gruźlicę. Jedynie przypadek ESCHERICH'a 1883 r. przypomina nieco wyżej opisany. Badanie płwociny drogą kultur poraz pierwszy dało wynik dodatni; choć w przypadku PRAMBERGER'a znajdowano w płwocinie koki, kultury dały jednakże rezultat ujemny.

O przebiegu lekkim był III przypadek. Chora 21-letnia, mężatka. Dnia 24. XII. 1894 r. wśród mocnego ataku kaszlu wykrztusiła krwią zabarwione typowe odlewy włóknikowe. Chora przed dwoma dniami doznała dreszczy i bólu pod prawą łopatką, tegoż dnia pod wieczór wypuła odlew włóknikowy, w dniu następnym powtarzało się kilkakrotnie wyrzucanie odlewów. Przy badaniu w narządach klatki piersiowej wyraźnych zbroceń nie wykryto. Badanie płwociny wykazało, że odlewy te składały się przeważnie z leukocytów, ciałek czerwonych krwi i nabłonków; w płwocinie znaleziono typowe spirale CURSCHMAN'a i kryształki CHARCOT-LEYDEN'a. Laseczników gruźliczych nie znaleziono. Chora dnia 2. I. 1895 r. opowiadała, że jeszcze przez tydzień wykrztuszała odlewy. Badanie narządów klatki piersiowej i wówczas zmian nie wykryło. Badanie bakteriologiczne wykazało w płwocinie staphylococcus albus. Przy powtórnym badaniu płwociny w odlewach wykryto niewielką ilość włóknika.

Przypadek ten zasługuje na uwagę: 1) Ze względu na łagodność przebiegu. Być może, chora nie zasięgałaby porady lekarskiej, gdyby nie zabarwione krwią skrzepy. Przypadki takie, zdaje się bywają przecieczane. 2) Badanie płwociny przypominało płwocinę przy astmie oskrzelowej, gdyż obok odlewów znajdowano kryształki CHARCOT-LEYDEN'a i spirale CURSCHMANN'a. 3) W odlewach wykryto niewielką ilość włóknika. Twierdzenie więc BESCHORNER'a, jakoby sprawa krupu oskrzeli niesłusznie była nazwaną sprawą włóknikową, nie może być zastosowane do wszystkich przypadk.—IV przyp. przedstawia obraz powyższego cierpienia, jako wtórnego przy gruźlicy płuc. Dnia 6. IX. 1886 r. 43-letni woźny, dotknięty od lat 5 gruźlicą płuc, w nocy doświadczył przy kaszlu mocnego ataku duszności, która zmniejszyła się z chwilą, gdy chory wykrztusił odlew około 10 ctm. długości, dość twardy, jasno bia-

łego koloru. W ciągu następnych dni kilku duszność istniała, a chory wypływał dużo śluzo-ropnej płwociny bez odlewów. Dnia 9. IX znowu w czasie ataku duszności chory wypłuł dużo niewielkich odlewów. Ciężota wahała się między 37<sup>o</sup>—38,5<sup>o</sup> C.. Dnia 25. IX przy stanie bezgorączkowym chory zmarł przy objawach ogólnego upadku sił. Badanie pośmiertne wykazało gruźlicze nacieczenie obu płuc z rozrzuconemi licznymi jamami w górnych zrazach, złożeń włóknikowych nie znaleziono.

W n i o s k i: 1) Ostre włóknikowe zapalenie oskrzeli jest chorobą o typie czystej choroby zakaźnej i być może, że zakażenie przez gronkowca (*staphylococcus albus et aureus*) jest istotną przyczyną sprawy. Typowe ostre przypadki są rzadkie; formy lżejsze, prawdopodobnie przytrafiają się częściej, lecz są przeoczone i mieszane z astmą oskrzelową.

2) Tak zwane przewlekłe włóknikowe zapalenie oskrzeli jest sprawą ciemną, o etyologii prawdopodobnie odrębną od sprawy ostrej.

3) W etyologii chronicznego włóknikowego zapalenia oskrzeli gruźlica płuc odgrywa zdaje się podrzędną rolę. [Autoreferat].

W dyskusyi pierwszy zabrał głos DOBRZYCKI i przytoczył obserwowany przez siebie przypadek samoistnego zapalenia włóknikowego oskrzeli. Przypadek ten dotyczył A. S. lat 43, który 1882 r. przybył do Sławuty ze skargą na napady duszności i kaszel. Badanie oprócz kataru oskrzelowego nie wykryło nic pomimo tego chory gorączkował i schudł. Na zimę wysłano chorego do San-Remo, zkąd na wiosnę wrócił z polepszeniem, lecz i z kaszlem, który od 1882 r. nie opuszczał go. W jesieni chory znów wyjechał zagranicę, powrócił jednak niespodzianie. Powrót spowodowany był zjawieniem się ropnego zapalenia opłucnej. Z tej choroby prędko się poprawił, lecz zauważono, że przy kaszlu wykrztusza błony w formie rurek, grubości ołówka. Błony te wydzielają się w ciągu 8 dni, później zaś zupełnie się nie pokazywały i A. S. do obecnej pory jest zdrow zupełnie. Badania bakteryologiczne nie były robione, pomimo tego sądzi D., że przypadek ten jest typowy i wypowiada zdanie, że z chorobą płuc wydzielanie się błon niema nic wspólnego. Przypadki podobnego cierpienia znane są od dawna i o nich wspominają autorzy z 2-iej połowy XVII wieku. Do tej pory opisywanych jest około 207 przypadków, nie zwracano jednak uwagi na lokalizację wydzielających się błon. D. jest zdania, że nie mogą owe błony siedzieć na całej przestrzeni oskrzeli, gdyż w takim razie nastąpiłaby śmierć, lecz obiera sobie siedlisko zapalna sprawa na pewnej tylko przestrzeni oskrzeli. Wreszcie zaznacza D., że samoistne zapalenie włóknikowe oskrzeli spotyka się nietylko u człowieka, lecz u zwierząt, gdyż prof. JOHNIE przytacza 13 przypadków tego cierpienia obserwowanych u zwierząt.

Następnie MAYZEL uzupełnia przytoczone przez prelegenta badanie błon wykrztuszonych tem, że zawierały one jedynie ciała eozynofilowe, co się zaś tyczy składu tych odlewów, to M. jest zdania, że

zawierać one muszą włóknik, gdyż są zlepione. Zapomocą stosownych reakcyi, zaznacza M. można się przekonać, że nie jest to mucyna.

Prof. PRZEWOSKI również podnosi kwestyę składu wykrztuszo-nych odlewów i zastanawia się, czy jest w nich włóknik. czy też tylko śluz, jak to obecnie utrzymują. Według zdania prof. P. badanie tych skrępow zapomocą reakcyi WEIGERT'a [zasadza się na odosobnianem barwieniu włóknika gentiana] nie jest dostateczne. Wartość tej reakcyi jest widoczna w świeżych błonach [np. spotykanych przy pneumonii], w błonach zaś wykrztuszonych, znaczy się takich, gdzie nastąpiła nekroza, a tem samem i wsteczne metamorfozy, reakcyja ta się nie udaje i trzeba przeto zwrócić się do innych, jak np. do octu od którego pęczniej mucyna, do proponowanej przez prof. HOYERA tyoniny, która daje piękne rezultaty, do podbarwiania hematoksyliną z odbarwianiem kwasem pikrynowym, przyczem śluz barwi się fioletowo i t. p..

Prof. PRZEWOSKI wreszcie zaznacza, że przy bliższem badaniu nie ulega wątpliwości, że w błonach znajdziemy włóknik.

Następnie PREZES prof. BARANOWSKI zaznaczył, że rozbiór przypadku tak rzadkiego cierpienia, jakim jest samoistne zapalenie włóknikowe oskrzeli, jest nader ważny, gdyż tą drogą dojść możemy do określenia poszczególnej formy. Z przytoczonych przez prelegenta 4-ch przypadków, każdy zdaniem prof. B. jest inny i do innej grupy cierpień zaliczonym być winien. Pierwszy zdaje się być astma bronchiale; po długich atakach astmy niekiedy występują odlewy, jak o tem nieraz już zaznaczono. Drugi przypadek, opisany przez prelegenta tak szczegółowo jest bardzo ciekawy i przypomina infekcyjne cierpienie, tem cechujące się, że wydzielały się wałeczki zawierające gronkowce. Wyrzaża mówca żal, iż nie wypróbowano czy zarzek ów mógł wywołać podobne cierpienie. Drugi ten przypadek rzuca pewne światło na etyologię cierpienia i ztąd tembardziej zasługuje na uwagę. Trzeci przypadek według prof. B. jest niejasny i przemawia za infekcją lokalną. Zgadza się wreszcie mówca ze zdaniem prelegenta, że ostre samoistne zapalenie włóknikowe niema łączności z gruźlicą.

Następnie powtórnie zabrał głos MAYZEL i zaznaczył, że z badania błon wykrztuszonych wynika, że zawierają one prędzej drobną sarcynę, a nie koki.

Na to PREZES zauważył, że KOCH znajdował podobne twory przy gruźlicy, nie spotykają się one przeto wyłącznie przy omawianem cierpieniu.

BRONOWSKI następnie zapytuje prelegenta czy nie było dokonywane specjalne badanie na pneumokoki.

Wreszcie KRYSIŃSKI dodaje, że na klinice LEYDEN'a widział 30-letniego mężczyznę, który przybył z objawami rozstroju żołądka i jednocześnie przez długi czas wypluwał odlewy. Wykrztuszenie to nie sprawiało mu żadnej przykrości. Co się zaś tyczy, z czego się składają te odlewy, z włóknika czy śluzu — KRYSIŃSKI podziela zdanie prof. PRZEWOSKIEGO.

W odpowiedzi na powyższe słowa Wice-Prezes SOKOŁOWSKI odpowiada DOBRZYCKIEMU, że zastrzegał, iż kwestyi historycznego rozwoju nauki o tem cierpieniu nie podnosi. Co się zaś tyczy ilości ogłoszonych dotąd przypadków, to uważa, że liczba przeszło 200 jaką znajdujemy u BESCHORNER'a jest przesadzoną, wiele bowiem przypadków przy krytycznem ich rozebraniu, jak to prelegent mógł się przekonać—da się z pewnością wykluczyć. BIERMER do r. 1865, który wiele zajmował się tą kwestyą podaje tylko 58. Kwestya składu wykrztuszonych odlewów poruszona przez prof. PRZ. nie jest ustaloną, dawniej nie zwracano na nią uwagi, w pracy zaś swojej S. przytaczał zdanie SCHMIDT'a, w pracy którego jest opracowaną tą kwestyą szczegółowo.

PREZESOWI odpowiada prelegent, że i on zaznaczył, że każdy z przytoczonych przypadków przedstawia odrębny charakter, że i dla niego drugi przypadek jest niezwykle ważnym i że chociaż szczepienie nie było dokonane, wątpliwości żadnej nie ulega, że znajdowano w kulturach staphylococcus i inne koki, lecz nie było pneumokoków, o które zapytuje BRONOWSKI. Znajdowano u 2-ch chorych streptococcus i pneumobacilli w małej ilości, wszędzie zaś dominowały gronkowce i jedynie one dały się wyhodować.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie kliuciczne dnia 7 Maja 1895 roku.

PREZES **Baranowski.**

Obecných członków 63.

**T r e ś ć:** RAUM—Demonstracya chorego po wycięciu guza, zrośniętego z mięśniami brzucha, wychodzącego z żołądka i okrężnicy poprzecznej.

RAUM — Demonstracya preparatów mikroskopowych ściany rakowato zwyrodniałego pęcherzyka żółciowego.

GRZANKOWSKI — Demonstracya chorej po vaginofixatio uteri.

BREGMAN—Demonstracya chorego z diplegią facialis.

DOBROWOLSKI — Demonstracya 3-cia chorych dzieci z polipami usznymi.

BORYSOWICZ — Wynik 20 operacyi doszczętnego usunięcia macicy przy złośliwych nowotworach.

Po przeczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia takowy przyjęto.

Nadesłali do biblioteki Towarzystwa: prof. HOYER 41 broszur różnej treści i w różnych językach.

PREZES zawiadomiła zebranych, że Zarząd Towarzystwa Rosyjskich lekarzy dla uczczenia pamięci PIROGOWA nadesłał do naszego Towarzystwa dwa egzemplarze odbitki p. t.: „Primiernaja programa sanitarno-statystycznych izśledowanij“ z prośbą o rozpatrzenie takowej i wypowiedzenie swoich uwag najpóźniej do 1 Listopada r. b.. Zebrani powierzyli Zarządowi Towarzystwa zajęcie się tą sprawą.

Następnie RAUM demonstruje A. K., strażnika ziemskiego z pod Sandomierza, 55 lat liczącego, który przybył do szpitala na Pragę dnia 26 Stycznia 1893 roku. Opowiada, że przed 8 tygodniami poczuł poraz pierwszy tępy ból w lewym podżebrzu. Wkrótce potem zjawło się wzdęcie brzucha, a następnie wymioty, wskutek których wychudł i osłabł. Przy badaniu chorego znalazłem w górnej części brzucha, nieco z lewej strony, guz mało ruchomy, wielkości głowy noworodka, sięgający poniżej pępka, o wyraźnych granicach. Dnia 3 Lutego wykonał operację. Poprowadziwszy cięcie skóry od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, zdziwiła go ta okoliczność, że ponad (über der Geschwulst nicht aberhalb) guzem wejść do jamy otrzewnej nie mógł. Udało mu się to wreszcie uczynić poniżej guza, a palcem włożonym przez otwór zrobiony w otrzewnej przekonał się, że guz w mowie będący zrosnięty jest swoją przednią powierzchnią z mięśniami brzucha. Okroiwszy około mięśnie na granicy zrostu z guzem, wy dobył ten ostatni z jamy brzucha i stwierdził, że wychodzi z żołądka i okrężnicy poprzecznej. Wobec tego o radykalnym zabiegu mowy być nie mogło, ile że puls chorego stawał się z każdą chwilą coraz słabszy. Obciął tedy guz tuż przy żołądku i okrężnicy; przypaliwszy otrzymane przecięcie guza pacęlinem. Szewem węzełkowym skóry zakończył operację. Przebieg pooperacyjny był nader pomyślny, pomimo dużego defektu w mięśniach brzucha i w otrzewnej przysięcennej. Dnia 28 Marca 1893 roku chory opuścił szpital i wrócił do dawnych zajęć. Guz wycięty okazał się nowotworem zapalnym, w środku którego znaleziono złamaną oś rybnią, mającą 2,5 ctm. długości. Chory nie przypomina sobie, żeby poślął kiedy jakąkolwiek oś.

II. W dalszym ciągu RAUM demonstruje: 2 preparaty mikroskopowe pochodzące ze ściany rakowato zwyrodniałego pęcherzyka żółciowego 53-letniej S. K. z Białegostoku. Chora przybyła do szpitala Pragskiego w końcu Grudnia 1893 roku z objawami żółtaczki i silnej kolki. Przy badaniu znalazł R. w prawym podżebrzu guz dość twardy, kształtu pęcherzyka żółciowego. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chora od lat wielu cierpi na kolkę żółciową, że przechodziła razy kilka żółtaczkę, że obecna żółtaczka trwa od trzech tygodni. Dokuczliwe bóle i żółtaczka posłużyły mu za wskazanie do zabiegu chirurgicznego. Cięcie przez skórę i mięśnie poprowadził w prawym podżebrzu równoległe do żeber, poczem, otworzywszy otrzewną, przekonał się o zwyrodnieniu rakowem pęcherzyka żółciowego i wątroby. Radykalne usunięcie

nowotworu okazało się niemożliwym, wyciął przeto w celach dyagnostycznych, drażąc do wnętrza pęcherzyka żółciowego, podłużny kawałek jego zwyrodniałej ściany, poczem wyjął z pęcherzyka swobodnie w nim leżący kamień średnicy 2,8 ctm.. W końcu nałożył szew pęcherzyka i ściany brzucha. Po 12 dniach chora opuściła szpital lecz bez polepszenia. Nowotwór jest jak widzimy wielko i krągłokomórkowym rakiem, W licznych guiazdach rakowych widzimy obok olbrzymich komórek jednojądrowych, jeszcze większe z 15 i 20 jądrami, w zasadzie których przy pilniejszym wpatrywaniu się dostrzegamy wazniutkie jasne smugi, co wskazuje, że wielojądrowe komórki powstały tu ze skupienia i zlaucia się kilku lub kilkunastu mniejszych komórek. [Autoreferat].

III. GRZANKOWSKI przedstawia chorą, przybyłą do szpitala Dzieciątka Jezus z powodu bezwiednego wyciekania moczu, zależnego od tyło-pochylenia macicy. Po ustaleniu macicy w przodopochyleniu za pomocą vaginofixatio uteri, chora została wyleczoną.

IV. W dalszym ciągu demonstruje BREGMAN 26-letniego chorego z diplegia facialis. Dnia 21. IV zrana chory poczuł silny ból w prawej okolicy szyjowo-potylicowej. W dwa dni później dopiero zauważył, że mu się twarz wykrzywiła i że nie w stanie był zamknąć prawego oka. Po kilku dniach przyłączyły się bóle i parestezye na twarzy, zwłaszcza z prawej strony; bóle pojawiają się napadami, w nocy nie dają choremu spać. Przed samem wstąpieniem do kliniki chory zaczął doznawać parestezyi w prawej górnej kończynie, przytem zauważył, że prawa ręka nieco osłabła. Poprzednio pracował zawsze prawą ręką. Dnia 20. IV chory przybył do szpitala Ś-go Ducha. Przedmiotowo stwierdzono wtedy zupełne porażenie prawego nerwu twarzowego z zachowaniem całkowitem oddziaływania elektrycznego. Lewa strona twarzy poruszała się dobrze. Wczoraj zrana dopiero wystąpiło nagle porażenie lewego nerwu twarzowego. Obecnie stwierdzić można: zupełne porażenie twarzy. Wszelkie ruchy mimiczne są zniesione, chory nie w stanie jest ani śmiać się, ani czoła zmarszczyć. Czoło, twarz wygładzone. Oczów zamknąć chory nie może: pozostająca otwarta szczelina jest z lewej strony mniejsza aniżeli z prawej. Żrenice są równe, reagują dobrze. Zaburzeń wzrokowych niema. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Odruchy łączniczy są zniesione. Chory nie w stanie ani gwizdać, ani zębów pokazać. Przy otwieraniu ust doznaje bólu w szczękach. Mowa jest zrozumiała, ale niezupełnie wyraźna, przy mówieniu często policzki się wydymają. Język wysuwa prosto, ruchy języka prawidłowe. Smak jedzenia chory odczuwa dobrze; na przedniej części języka zwłaszcza z prawej strony smak jest przytępiony. Języczek jest pochylony na lewo, łuki jednak stoją na jednakowej wysokości i poruszają się przy fonacyi dobrze, również jak i języczek. Jedzenie jest utrudnione, nosem jednak nigdy się nie wraca. Czucie na twarzy prawidłowe. Punkty uciskowe N. supraorbitalis, mentalis są bolesne, zwłaszcza z prawej strony, również pewne punkty w okolicy potylicowej. Słuch z obu stron dobry. Z prawej strony hyperakusis: przy jedzeniu chory zatyka sobie prawe



ucho. Czucie na szyi i w prawej górnej kończynie zachowane. Ta ostatnia jest nieco słabsza od lewej. Dynamometr wykazuje z prawej strony 58, z lewej 61. Odruchy ścięgniste i periostalne górnych kończyn są wzmożone z obu stron jednakowo. Odruchy kolanowe też nieco wzmożone, zresztą żadnych zaburzeń w dolnych kończynach, ani narządach wewnętrznych niema. Chory żadnych poważniejszych chorób przedtem nie przechodził. Przymiotu nie miał. Masturbował trochę. Napojów wysokowych nie nadużywał. Dziedzicznego obciążenia nerwowego niema.

Porażenie twarzowe ma w danym przypadku wszelkie cechy obwodowe, gdyż obejmuje wszystkie gałęzie; odruchy twarzy i łącznicy są zniesione. Porażenie obwodowe nerwu twarzowego może być spowodowane przez zachorowanie korzeni tegoż nerwu wewnątrz trzonu mózgowego, albo też samego nerwu na podstawie czaszki, lub w dalszym jego przebiegu ku obwodowi. Pierwsze przypuszczenie t. j. zachorowanie korzeni jest w danym przypadku nieprawdopodobne, gdyż sąsiednie nerwy mózgowe, a zwłaszcza n. abducentes—pozostały wolne, prócz tego należałoby w takim razie oczekiwać elektrycznego odczynu zwyrodnienia. W przypuszczeniu zachorowania nerwów twarzowych u podstawy czaszki byłoby dziwnem, że nerwy słuchowe, wraz z nimi przebiegające, zostały nietknięte. Zresztą niema żadnych objawów ani meningitidis ani guza, któreby mogły zachorowanie tej części nerwu spowodować. Mówca sądzi zatem, że należy porażenie uważać, jako czysto obwodowe i że według znanego szematu ERBA, zachorowanie nerwu dochodzić musi z prawej strony aż do oddzielania się nerwu stapedii, a z lewej dosięga zaledwie do struny bębenkowej. Etiologia porażenia nie jest wiadoma, zwłaszcza przeziębienia chorey nie podaje. Ważnem jest, że zaburzenia nie ograniczają się w danym przypadku do samych nerwów twarzowych, lecz dotyczą i innych nerwów: trójdzielnych, potylicowych, prawego spłotu ramieniowego. Bolesność punktów uciskowych tych nerwów przemawia za tem, że i one są dotknięte obwodowo. Jestto więc poniekąd przypadek polyneuritidis z osobnem umiejscowieniem. Dalszy przebieg pokaże czy przypuszczenie to jest słusznem i czy zaburzenia ograniczą się do zajętych obecnie nerwów, czy też przejdą na inne jeszcze. W każdym razie porażenie nerwów twarzowych należy do postaci lekkiej i daje rokowanie dobre. Porażenie obwodowe idiopatyczne [lub reumatyczne] nerwów twarzowych należy do bardzo rzadkich. HÜBSCHMANN, w całej literaturze ostatnich 50-ciu lat, znalazł wszystkiego 18 odnośnych przypadków. [Autoreferat].

V. Wreszcie DOBROWOŁSKI demonstruje 3 przypadki polipów usznych u dzieci i zaznacza, że jakkolwiek u 3-ech demonstrowanych chorych mamy to samo cierpienie, t. j. przewlekłe ropne zapalenie średniego ucha, które spowodowało powstanie polipów, to jednak zejście i przebieg kliniczny w każdym przypadku jest inny. Wszyscy chorzy pochodzą z Warszawskiego szpitala dla dzieci.

Przypadek 1. Chłopiec lat 10, od urodzenia ropotok z obu uszów. W wieku około 2-eh lat, słyszał i mówił parę wyrazów, wkrótce zagłuch i zaniemówił. Pół roku temu t. j. w Listopadzie 1894 roku. zgłosił się do D. który znalazł wybitny ropotok i bardzo duże polipy, wystające z uszów na 2 ctm.. Polipy usunięto zimną pętlą, resztki wypalono żegadłem galwano-kaustycznym, następnie w ciągu 3-ch miesięcy leczono ropne zapalenie, które wreszcie przeszło. Słuch stopniowo poprawiał się równocześnie wracała mowa. Obecnie ma chory słuch nieco więcej, niż pół normalnego, mowa niezła nieco przytłumiona, usposobienie posępne.

Przy badaniu uszów znajdujemy bardzo znaczne rozszerzenie przewodów zewnętrznych uszów, brak bębenków i kosteczek słuchowych w obu uszach; w lewym uchu błona bębenkowa nieco przekrwiona, róż pienia niema, w prawym uchu słabe ropienie i resztki polipów. Usunięte polipy były to włókniaki.

Przypadek II. Dziewczynka, licząca rok i 9 miesięcy, od 4 miesięcy cierpi na znaczny ropotok z lewego ucha, przedtem żadnej choroby nie przechodziła; dwa miesiące temu w otworze przewodu zewnętrznego lewego ucha pokazał się polip; wkrótce potem zauważono asymetrię i nieruchomość lewej połowy twarzy, występującą szczególnie przy płaczu i ssaniu, niezamykanie lewego oka i t. p. Kiedy przed paru dniami udano się po poradę do D.—ten zdyagnozował polip śluzowy, wychodzący ze średniego ucha, caries ossis petrosi i obwodowe porażenie lewego nerwu twarzowego.

SCHWARTZE opisuje podobny przypadek, w którym po usunięciu polipa nastąpiło porażenie nerwu twarzowego.

Przypadek III. Dziewczynka 2 $\frac{1}{2}$  lat licząca, od dzieciństwa ropotok z lewego ucha; naokoło ucha w okolicy wyrostka sutkowego oraz gruczołu przyuszkiego utworzyło się kilka ropni D. znalazł przy badaniu, co wzmiankowano wyżej, oraz polip w przewodzie zewnętrznym, a na około ucha w kształcie wieńca otaczającego lewą muszlę uszną — blizny i przetoki, dochodzące do spróchniałej kości skroniowej.

Pomimo tak obszernego próchnienia kości, ani porażenia nerwu twarzowego, ani innych groźnych objawów nie wykryto. [Autoreferat].

VI. W końcu BORYSOWICZ wypowiedział odezyt p. t. „Wynik 20 operacji, dokonanych w celu doszczętnego leczenia nowotworów złośliwych macicy“.

Przy raku macicy autor zalicza do rzędu rękoczynów doszczętnych nie tylko wycięcie całkowite narządu, lecz i odjęcie nadpochwowe szyi macicznej, a nawet i amputację części pochwowej, a to w miarę możliwości zupełnego usunięcia złośliwego nowotworu, przez zastosowanie mniej lub więcej rozległego zabiegu operacyjnego. Jeżeli jednak przystępując do którejkolwiek z tych operacji można już naprzód ocenić, że się nie uda całkowicie usunąć złośliwego nowotworu, lub jeżeli się to ujawni podczas dokonywania operacji, to rękoczyny te, nie wyłączając i wycięcia macicy, prelegent uważa za objawowe czyli paliatywne. Zaliczając amputacje dolnego odcinka macicy, przedsiębrane w początko-

wym okresie rozwoju raka części pochwowej, do rzędu rękoczynów doszczętnych B. nie stawia tych operacji, pod względem skuteczności w zapobieganiu powrotom cierpienia, na równi z wycięciem całkowitem macicy, pomimo że odsetki wyzdrowień po obu tych zabiegach operacyjnych nie przedstawiają znacznej różnicy. Ujemne strony amputacji, w porównaniu z wycięciem macicy całkowitem, autor ujawnia, zwracając uwagę na okoliczności następujące:

1) Że nawet w początkowym okresie rozwoju raka części pochwowej niemożna dokładnie określić, jak daleko od pierwotnego ogniska mogą wnikać elementy nowotworowe w pozornie zdrowy mięszsz macicy.

2) Że przy raku dolnego odcinka macicy mogą się zdarzyć jednocześnie guziki lub naciecznienia tego nowotworu w trzonie macicy, oddzielone od rozpoznanego nowotworu zupełnie zdrowymi tkankami macicy [ABEL, SCHAUTA, FRITSCH, KRYSIŃSKI].

3) Że oprócz ogólnego usposobienia danego osobnika do nowotworów złośliwych nie należy lekceważyć i wyjątkowej skłonności pewnych narządów do zwyrodnień rakowych. Jeżeli więc nawet uda się doszczętnie usunąć raka części pochwowej zapomocą odjęcia szyi macicznej, to po tym zabiegu nie można być pewnym, czy pozostawiona część narządu nie posiada już, lub nie nabędzie z czasem skłonności do dania warunków, sprzyjających rozwojowi raka.

Uwzględniając te okoliczności, obniżające wartość operacji częściowych pod względem zapobiegawczym, autor sądzi, że odsetka powrotów cierpienia znacznie się zmniejszy, jeżeli w przypadkach nadających się do amputacji, będzie dokonywane całkowite wycięcie.

Przypadki raka macicy wogóle prelegent dzieli na dwie grupy: Do 1-ej zalicza te, w których nowotwór złośliwy nie przekracza poza mięszsz macicy lub błonę mięsną sklepień pochwy; są to przypadki raka, nadające się do operacji doszczętnych. Do 2-ej grupy B. włącza wszystkie przypadki raka macicy, w których badanie ginekologiczne ujawnia wyraźne zajęcie przez sprawę nowotworową tkanek, otaczających macicę lub sąsiadujących z nią narządów. W przypadkach tych wskazane tylko postępowanie objawowe lub operacye paliatywne, w nadziei przyniesienia czasowej ulgi chorym. Przypadki, należące do tej grupy, zdarzają się w praktyce najeczęściej i stanowią  $\frac{3}{4}$  —  $\frac{4}{5}$  ogólnej liczby chorych, szukających pomocy lekarskiej z powodu raka macicy.

B. sądzi, że mięszsz macicy, złożony z włókien mięsnych krzyżujących się w rozmaitych kierunkach i połączonych przez włókna zbitej tkanki łącznej, może przez dłuższy czas skutecznie zapobiegać szerzeniu się raka na luźne tkanki, otaczające macicę. Dlatego też rak trzonu i szyi macicznej znacznie dłużej niż rak części pochwowej może pozostawać jako cierpienie miejscowe i po operacyach daje znacznie większą odsetkę wyzdrowień, niż ten ostatni. Rak części pochwowej, szerząc się na sklepienia pochwy o ciekkiej błonie mięsnej, lub zajmując gruczoły maciczne, przenikające czasami całą grubość mięszszn części pochwowej,

łatwiej przedostaje się w Inzną tkankę, otaczającą pochwę i szyję maciczną.

B. przytacza porównanie prof. PRZEWOSKIEGO mięszu macicy z błoną białą jądra (albuginea) która będąc złożoną ze zbitej tkanki łącznej, stanowi również zaporę do szerzenia się nowotworów złożliwych od wewnątrz na tkanki otaczające jądro.

Następnie prelegent sądzi, że rak macicy wogóle dłużej, niż innych narządów ustroju, pozostaje cierpieniem miejscowem i z tego powodu sądzi, że przestrzenie i naczynka chłonne przebiegające przez kurczliwy miąższ macicy ulegają zwężeniu i stają się przeto mniej zdolnemi do przenoszenia elementów nowotworu złożliwego w tkanki, otaczające macicę. Im więc grubszą warstwą zdrowego miąższu macicy bywa otoczony nowotwór, tembardziej można liczyć na pomyślne rokowanie po dokonaniu operacji doszczętniej.

Na tej zasadzie autor dzieli przypadki raka macicy, nadające się do operacji doszczętnych, a zatem należące do 1-szej grupy, na dwie kategorie:

1-o Przypadki raka macicy we wcześniejszym okresie rozwoju sprawy nowotworowej, w których guz lub owrzodzenie rakowate jest otoczone przoz tkankę mięsną macicy, która przy badaniu ginekologicznem wydaje się niezmienną.

2-o Przypadki raka macicy w późniejszym okresie rozwoju sprawy nowotworowej, gdzie zachodzi wątpliwość, czy zajęte sklepienia pochwy lub zgrubiała szyja maciczna nie uległa już całkowicie zwyrodnieniu nowotworowemu, lub też czy guziki i powrózki, wyczuwane w tkance przymaciczej, oraz skrócenia wiązadeł macicznych, zależą od przebytych spraw zapalnych lub od nacieczeń nowotworowych.

Przedstawiając wyniki 20 przypadków raka macicy, operowanych w celu doszczętnego leczenia przed dwoma laty—prelegent zalicza do I-iej kategorii 9, do II-iej zaś 11 przypadków.

Z 9-ciu przypadków I-iej kategorii B. wyłącza przypadek gruźlicy pierwotnej części pochwowej macicy, która przedstawiała się jako guz niezmiernie kruchy, o gładkiej powierzchni, wielkości jaja kurzego. Guz ten wypełniał pochwę i ładząco był podobny do zrakowaciałej części pochwowej. W przypadku tym B. dokonał odjęcia nadpochwowego szyi macicznej, w której po zbadaniu prof. PRZEWOSKI wykazał sprawę gruźliczą. Operowaua, pochodząca z rodziny gruźliczej, zmarła w 6 lat po operacji z suchot płucnych, bez odnowienia się cierpienia w bliźnie pooperacyjnej.

Z pozostałych 8-iu przypadków I-iej kategorii B. wyłączył również 1 przypadek raka części pochwowej, powikłany ciężą dwumiesięczną, który zakończył się śmiercią 7-go dnia po całkowitem wycięciu macicy. Jedyny ten przypadek zejścia śmiertelnego na 18 wycięć całkowitych macicy zdarzył się nie w następstwie operacji, lecz wskutek zakażenia posoczniczego, które się ujawniło w kilka godzin po zbadaniu chorej. Wycięcie macicy, wykonane na drugi dzień, nie zdołało zapobiedz rozwo-

jowi posocznicy i zejściu śmiertelnemu. Ponieważ badanie odbyło się z zachowaniem prawideł przeciwnylułych, sądzi więc B., że zarazek dostał się podczas sondowania macicy, z powierzchni rozpadającego się nowotworu pomiędzy macicę a błony płodowe. Z powodu powtarzających się od 3-ich miesięcy krwotoków macicznych, cięża nie była podejrzywana w tym przypadku i dopiero podczas operacji została ujawniona.

Z 7-iu pozostałych przypadków raka macicy, zaliczonych do I-iej kategorii, z których w jednym autor amputował część pochwową—w pozostałych zaś 6-ciu dokonał wycięcia macicy całkowitego, z tych w jednym tylko przypadku nastąpiło odnowienie się cierpienia, w 6-ciu zaś dotąd nie ujawniły się żadne objawy powrotu sprawy nowotworowej.

1) Operowana w Nałęczowie z powodu raka części pochwowej przy współudziale Wice-Prezesa SOKOŁOWSKIEGO (amputatio port. vaginal.) żyje 10 lat.

2) P. Kur. operowana w pokojach szpitala Ś-go Ducha z powodu raka części pachwowej [żyje 6 lat].

3) Panna Tr. operowana w Zakładzie Ginekologicznym z powodu raka trzonu macicy [żyje  $4\frac{1}{4}$  lat].

4) Jorz. operowana z Zakładzie Ginekologicznym z powodu raka części pochwowej [żyje 3 lata].

5) Ryn. operowana w Zakładzie Ginekologicznym z powodu raka części pochwowej, powikłanego torbielem więzadła szerokiego lewego, żyje  $2\frac{3}{4}$  lat. W przypadku tym GROMADZKI dokonał celiotomii, podczas gdy B. wyłuszczał macicę przez pochwę.

6) Rodz. operowana w Zakładzie Ginekologicznym z powodu raka części pochwowej, żyje 2 lata.

Z 11 przypadków, zaliczonych do II-iej kategorii, B. wyłączył jeden przypadek wycięcia macicy, dokonanego przy raku szyi macicznej [część pochwowa zdrowa], w którym wynik operacji jest wątpliwy z tego powodu, że chora zmarła w 4 miesiące po operacji, z powodu szybkiego rozwoju i zgorzeli torbieli prawdopodobnie obu jajników. Z 10-ciu przypadków pozostałych, w 9-ciu nastąpiło odnowienie się cierpienia w ciągu 2—3 miesięcy i zejście śmiertelne po 9—15 miesiącach po operacji. Jedyny przypadek pomyślny dotyczy p. San. operowanej w Zakładzie Ginekologicznym przed 4-ma laty, która jako zupełnie zdrowa miała być przedstawiona na posiedzeniu. W przypadku tym B. wyłuszczył macicę po wycięciu górnej  $\frac{1}{3}$  części pochwy z powodu raka, który zniszczył część pochwową, zajął sklepienie i jako owrzodzenie o twardem dnie, rozszerzył się do  $\frac{1}{3}$  części górnej przedniej ściany pochwy.

Tu prelegent zwraca uwagę jak doniosłe ma znaczenie pod względem rokowania, wczesne rozpoznanie i operacja wczesnie dokonana, gdyż z 7-iu przypadków raka macicy, operowanych we wczesnym okresie rozwoju sprawy nowotworowej, miał 6 pomyślnych zejść, z 10-ciu zaś operowanych w późniejszym okresie zaledwie 1 przypadek zakończył się szczęśliwie.

Po wyłączeniu przypadku gruźlicy, zgonu od posocznicy i zejścia śmiertelnego przez odnowienie się cierpienia w 4 miesiące po operacyi, z 17 pozostałych przypadków raka macicy, operowanych doszczętnie, B. otrzymał 7 wyzdrowień t. j.  $41\frac{1}{6}\%$ .

[Przeciętny wiek operowanych wynosił 42, 7 lat, dwie najmłodsze liczyły 30 i 31 lat; z nich 31-letnia wyzdrowiała [10 lat], najstarsza liczyła 53 lat. Zamężnych było 16, niezamężnych 3. Przeciętna ilość porodów i poronień była 5, 8 największa liczba porodów 12, najmniejsza 1. Dziedzicznego usposobienia do raka w przypadkach operowanych nie spostrzegł B. ani razu. Z 19 przypadków operowanych 1 był rak trzonu macicy, 1 szyjki, 17 części pochwowej].

Następnie prelegent wylicza przypadki raka macicy powikłane: 1 ciążą dwumiesięczną, 1 torbielem wiązadła szerokiego lewego, 2 przypadki mięśniakami mięszszowymi, mięśniakiem wiązadłowym, w jednym nakoniec przypadku dokonał wycięcia macicy z powodu powrotu raka po amputacyi szyi macicznej, wykonanej w Instytucie położniczym.

Z operowanych tylko jedna była żydówka, co w zestawieniu z tym faktem, że w ciągu 22-letniej praktyki lekarskiej 6 tylko razy spostrzegł nowotwory złośliwe u żydówek, upoważnia B. do wypowiedzenia zdania, że rak narządów płciowych u żydówek zdarza się rzadko, co zależy od przestrzegania higienicznych przepisów w życiu płciowem tej rasy, a być może i w części od pewnego rodzaju odporności ustroju na bodźce, wywołujące powstanie raka.

Dalej prelegent zastanawia się nad przyczynami powrotu raka po operacyach doszczętnych i zaznacza, że najczęstszem źródłem powrotów cierpienia jest pozostawienie w ustroju nieuamacalnych nacieczeń nowotworowych poza granicami pola operacyjnego, dalej uważa za możliwe zaszczerpienie cząstek raka w zdrowe tkanki w czasie operacyi [REVERDIN'owskie przeszczepianie naskórka] i nakoniec zalicza do przyczyn powrotu cierpienia i pewnego rodzaju indywidualne usposobienie chorych do raka!!!

Na zakończenie B. stawia ważne pytanie w jakim czasie po operacyi doszczętniej można uważać chorą za zabezpieczoną od powrotu raka, i odpowiada na nie, że jeżeli operowana zostaje pod stałą obserwacyą lekarską, to już po roku a nawet wcześniej można orzec czy w danym przypadku nastąpi miejscowe odnowienie się cierpienia lub też wyzdrowienie. Jeżeli blizna staje się coraz cieńszą, miększą, coraz mniej wyróżnia się od pochwy i w otoczeniu jej uie zjawiają się podejrzane guziki i nacieczenia, to już po roku można stanowczo orzec, że rak macicy był usunięty całkowicie i, jeżeli się zjawi po tym czasie, to jedynie z powodu istniejącego usposobienia ustroju do powstawania raka w otoczeniu blizny lub w innych narządach.

Na poparcie możliwości zaszczerpienia raka w ranę podczas operacyi, B. przytacza przypadek, zakomunikowany mu przez prof. JORDANA, który od końca roku zeszłego obserwował w klinice krakowskiej pojawienie się guzików rakowych wzdłuż blizny wargi sromnej wielkiej, po

dokonanem przecięciu tej wargi podczas wyluszczenia guza rakowego z pochwy. Dalej przedstawia macicę wyciętą wraz z jajnikami, z powodu zaledwo rozpoczynającej się sprawy nowotworowej na wewnętrznej powierzchni wargi tylnej. W przypadku tym nastąpiło tak szybkie odrodzenie się raka, że lekarze kijowscy, badając chorą w 2 miesiące po operacji, dokonanej przez jednego z kolegów w Warszawie, zaproponowali chorej doszczętną operację, sądząc, że guz powstały w bliźnie jest niewyciętą macicą, a zajęta przez nowotwór złośliwy. B. zamierza z tej macicy zrobić serję skrawków, żeby się przekonać o topografii szerzenia się raka na zewnątrz od pierwotnego ogniska i jeżeli nie wykryje przejścia nowotworu na tkankę przyszyjową—przypadek ten posłuży mu za jeden z dowodów przeszczepialności raka.

W dyskusji pierwszy zabrał głos Sekretarz Stały, zaznaczając, że przypadek dotyczący 24-letniej kobiety, podany w pracy prelegenta jako gruzlicze zajęcie szyjki macicznej, jest dla niego prawdziwą niespodzianką z tego mianowicie względu, że zajęcie to miało wyglądać jak guz galaretowaty — postać w jakiej sprawa gruzlicza dotąd w szyi macicznej spostrzeganą nie była. Że zaś prelegent wobec rzadkości pojawienia się raka na części pochwowej macicy w postaci narośli kalafiorowatych za często, zdaniem BRODOWSKIEGO, w opisach operowanych przez się raków przyrównywa je do takich narośli, przypuszcza, że i w odniesieniu do owego gruzliczego zajęcia szyjki macicznej podobieństwo jej do narośli kalafiorowatej musiało być dość oddalone. Otrzymaawszy zaś od BORYSOWICZA odpowiedź, że część pochwowa macicy w przypadku, o który tu chodzi, była znacznie zwiększona, krucha, o powierzchni bardzo nierównej, miejscami owrzodzonej i że ani jemu, ani żadnemu z kolegów, obecnych przy operacji, na myśl nie przychodziło, żeby to nie był rak lub podobny nowotwór złośliwy i że dopiero po zbadaniu mikroskopowem przez kol. PRZEWOSKIEGO dowiedzieli się, że był to proces gruzliczy, w dalszym ciągu BROD. zaznacza, że sprawa ta nie przestaje dlań być wielce zagadkową z tego mianowicie względu, że nie wykryto żadnych zmian w płucach; jeżeli to była gruzlica należałoby uważać ją za pierwotną. Pierwotna zaś gruzlica części płciowych kobiet przedewszystkiem jest następstwem zarażenia się podczas spółkowania i występuje najprzód w jajowodach, zwykle bliżej ku zewnętrznemu ich wylotowi, i stąd dopiero stopniowo przechodzi na błonę śluzową macicy, rzadko tylko docierając do jej szyjki. W danym zaś przypadku zarażenie się przez spółkowanie jest bardzo mało prawdopodobnem [maż zdrów], z macicy zaś wyłącznie była zajęta część jej pochwowa i szyjka. Wobec wreszcie znacznego powiększenia tych jej części, kruchość ich, przy zupełnym braku nacieczek serowatych, mimowoli nasuwa przypuszczenie, czy wykryte przez kol. PRZEWOSKIEGO gruzelki nie wikały jakiego złośliwego nowotworu. Wszak opisywano już nieraz gruzelki jako powikłania raka np. przełyku i t. p.

Następnie BR. radzi niezbyt ufać warstwie mięsnej macicy, jako powstrzymującej rozszerzanie się raka. Wszak obfitą jest ta warstwa

i w części pochwowej macicy, wiemy zaś z jaką łatwością rak, powstały na błonie śluzowej tej części, zniszczy w dalszym ciągu nie tylko całą ją lecz następnie szyję, a nawet nieraz i większą połowę ciała. W takich nawet razach, gdy początek rakowi macicy daje błona śluzowa jej szyi lub ciała, gdy pomimo znacznych zniszczeń na wewnętrznej jej powierzchni widzimy gruby pokład tkanki mięsnej, nie oznacza to, że warstwa mięsna opiera się szerzeniu raka, lecz, w miarę jak niszczeje najbliższej raka znajdująca się, rozrasta się następna, jak tego znaczne powiększenie całego organu dowodzi. Nie uważa więc BR. za trafne porównanie w stosunku do raka warstwy mięsnej macicy z tunica albuginea testiculi. Ta rzeczywiście długo się opiera nowotworom złośliwym, powstałym w miąższu jądra, jakkolwiek nie na wiele to się przydało, gdyż takie nowotwory dzięki obfitości naczyń limfatycznych, w jądrze wykryte przez bardzo niedawno zmarłych LUDWIG'a i TOMSĘ z łatwością się przemieszczają na gruczoły limfatyczne w jamie miednicy i brzucha.

Na ostatnie przypuszczenie odpowiada prof. PRZEWOSKI, że kwestyonowana obserwacja według jego zdania jest nader cenna, gdyż preparaty drobnowidzowe, oprócz nacieczenia drobnokomórkowego i guziczek gruczeliowych typowych, żadnej domieszki innej nowotworowej tkanki nie wykazują. Według zdania mówcy, wszystkie przypadki raka, który nie regenerował po 5—6 latach, wzbudzały w nim wątpliwość, czy dobre było rozpoznanie, dopiero zebrane przez BOR. przypadki zachwiały jego zdaniem.

Po tem wyjaśnieniu KRYSIŃSKI w dłuższem przemówieniu stara się przede wszystkim uzasadnić, że podział raków macicy na 2 grupy na jakie dzieli je B. jest sztuczny i nie wytrzymuje krytyki. Sztuczny dlatego, że za punkt wyjścia do takiego podziału służy prelegentowi przekroczenie lub nieprzekroczenie warstwy mięsnej, która według zdania prelegenta stanowi w rodzaju albuginea jądra przeszkodę dla szerzenia się nowotworu. Zwrócić jednak wypada uwagę, że w macicy istnieją inne warunki. Nie wytrzymuje krytyki zdaniem KRYS. podział raków macicy na takie, które wyleczyć można i które nie dają pewności z tej przyczyny, że, jak uczy doświadczenie, nieznaczne raki nieraz dają po operacji zejście ujemne, gdy tymczasem przypadki z większem rozszerzeniem się sprawy nowotworowej dają rezultat dodatni. Również kwestya całkowitego usuwania macicy, popierana przez B., jest dla K. jeszcze nierozstrzygniętą, gdyż wiadomem jest, że SCHRÖDER np. przez amputację rakowatą zmienionej szyjki lub części pochwowej macicy otrzymał również dobre rezultaty.

Następnie nie zgadza się KRYS. na przypisywanie wszczepianiu tak wybitnej roli przy regeneracji raka. Za przypuszczeniem tem lub przeciw niemu, jak dotąd brak dowodów. W końcu przytacza KRYSIŃ. obserwowany i operowany 5 lat temu na oddziale MATLAKOWSKIEGO przypadek raka, gdzie zdawało się usunięto wszystko, tymczasem po 6-iu tygodniach nastąpiła regeneracya.



Opierając się na własnym doświadczeniu i na opisach, Kr. jest zdania, że przy obecnym stanie wiedzy nie mamy prawa nawet w przypadku lekkim raka macicy stawiać dobrego rokowania, że drogą operacyi usuniemy grożące niebezpieczeństwo.

W odpowiedzi zaś prof. Prz. w kwestyi wątpliwości, jaką w nim wzbudza dobre rozpoznanie raka, który nie regenerował po 6—7 latach, sądzi Kr., że zapatrywanie to jest zbyt pesymistyczne. Są bowiem opisywane obserwacye klinik zagranicznych, gdzie badanie najdokładniej było przeprowadzone, które dowodzą i prawdziwości rozpoznania i możliwości wyleczenia raka zapomocą operacyi.

W odpowiedzi na uwagę KRYSIŃSKIEGO prof. PRZEWOSKI zaznacza, że nie posuwa swej niewiary co do dobrego rozpoznawania raka na zagraniczne kliniki, tym ostatnim pozostawia możność kontrolowania samych siebie, co chcieliby widzieć i u nas.

Nawiązując zaś swe słowa do zdania Sekretarza Stałego, że warstwa mięśniowa nie zawsze stanowi przeszkodę dla szerzącego się nowotworu, zaznacza, że autorem przeciwnego zdania jest on i wypowiada takowe na zasadzie obserwacyi szerzenia się nowotworów np. w kiszkiach. Tam nowotwór, dochodząc do warstwy mięśniowej, zatrzymuje się w szybkim rozwoju, raczej pełźnie, wyciągając się szybkami z podśluzowej tkanki, a nie rozszerza się prędko, obejmując znaczne przestrzenie.

Na tę uwagę KRYSIŃSKI zaznacza, że jego zdaniem porównanie tkanki macicznej z taką żołądka lub kiszki wywołuje tylko zagmatwanie, gdyż zachodzą w budowie pierwszej i drugiej pewne różnice. Żołądek i kiszki posiadają warstwę podśluzową w której bezkarnie nowotwór szerzyć się może, macica zaś tej tkanki nie posiada i tu nowotwór wprost z błony śluzowej przechodzi na zbity miąższ, w którym się szerzy.

Jeżeli mamy, zaznacza na to prof. PRZEWOSKI, tkankę twardszą [w macicy warstwa mięśniowa] to nie dziwnego, że ona tworzy pewną zaporę. Ten sam objaw spostrzegamy np. w szerzeniu się raka jajowodu. Dotąd dopóki nowotwór ten nie dojdzie do warstwy mięsnej, widzimy szybki rozrost raka, z chwilą zaś dojścia do ostatniej, wzrost jego słabnie.

Po odpowiedzi prof. PRZEW. i tłumaczeniu pozostawiania raka macicy miejscowym nowotworem opornością warstwy mięsnej, prof. BRODOW. zaznacza, że rak macicy pozostaje bardzo często miejscowym pomimo zniszczenia nie tylko ścian macicy, lecz niekiedy i narządów sąsiednich jak pęcherz, rectum, a więc nie dla odporności warstw mięsnych, lecz dla przyczyn zupełnie nam nieznanych.

W odpowiedzi na powyższe uwagi BORYSOWICZ odpowiada KRYSIŃSKIEMU, że podział raków na dwie grupy, proponowany przez niego, może jest nie ścisły, ale słuszny, gdyż praktyka i zebrany przez niego materiał w pewnej mierze świadczą, że w pewnej liczbie raków macicy we wczesnym okresie rozwoju, usunięcie doszczętne tego organu przy-

nosi rzeczywistą korzyść cierpiącym, z czego jednak nie wynika, by wyjątków w danym razie nie było. Sam bowiem B. w swem przemówieniu o nich wspomina. Proponowany podział wytrzymuje krytykę, gdyż jak sam przedtem zauważył B. w wielu przypadkach zapomocą badania palcem, wyczuć można, czy nowotwór przeszedł już na otaczające tkanki i jak daleko się rozszerzył. Ma się rozumieć trudno badaniem dobiec czy nie ma już zaczątków raka powyżej głównego ogniska; przypadki takie bez kwestyi się zdarzają, nie przeszkadzają one jednak dążyć do wytworzenia przybliżonego przynajmniej rozgatkowania tego cierpienia.

Że całkowite usuwanie narządu objętego rakiem w pewnej jego części jest słuszniejsze od częściowego tylko usuwania, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Pomyślny rezultat, otrzymywany drogą amputacji, proponowanej przez SCHRÖDER'a, na którego powołuje się Kr., kto wie, czy nie byłby jeszcze pomyślniejszy, gdyby zastosowaną była ekstirpacya.

Kwestya przeszczepialności, z którą nie zgadza się Kr. według zdania B. powinna być brana pod uwagę. Przypadek prof. JORDANA i jego własny, który przytacza w dzisiejszym odczycie, potwierdzają poniekąd słuszność tego twierdzenia.

Na zapytanie zaś Sekretarza Stałego B. zaznacza, że guz, który operował u 23-letniej mężatki, był prędejsz gładki z nieznaczniemi chropowatościami, a nie kalafiorowaty, co zwróciło już przy operacji jego uwagę. Do badania mikroskopowego użyto części szyjowej, do której przylegała tkanka nowotworowa, same zaś usunięte kruche części guza nie były badane. B. i inni lekarze byli przekonani, że operują raka części pchłowej macicy, dopiero badanie prof. PRZEWOSKIEGO zmieniło postawione rozpoznanie.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 21 Maja 1895 roku.

PREZES Baranowski.

Obecnych członków 64.

T r e ś ć: ORŁOWSKI Edward — Demonstracya chorego z Arthropathia tabidorum.

GRUNDZACH — Demonstracya żołądka i jelit operowanego chorego zapomocą Gastroenterostomii.

JAWORSKI — Demonstracya chorej z Arthropathia tabidorum.

STANKIEWICZ — Demonstracja chorej z guzem między pachwiną prawą i pępkiem.

BORSUK — Demonstracja chorego po Uretrotomia ext., u którego w czasie operacji pozostała w kanale śróbka instrumentu.

DZIERŻAWSKI — Demonstracja płynu, wypuszczonego dziecku z Ascites chylosus.

POŁAK — O winie i przemyśle winnym w Warszawie.

Po przeczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia, takowy przyjęto.

Nadeszli do biblioteki Towarzystwa: 1) KOPYTOWSKI — K uczeniu ob anatomo-patologiczeskich izmienienijach w koże pri Psoriasis. Dysertacya. 1895 r. 2) Prof. HOYER—10 broszur z dziedziny dermatologii. 3) Trudy obszczestwa ruskich wraczej w St.-Petersbur. 5 egzemplarzy. 4) Archives des sciences biologiques publić par l'institut imperial de médecine expérimentale. T. III. Nr. 4.

PREZES zawiadamia, że pan adwokat Meyet darował bibliotece Towarzystwa oryginalną receptę z roku 1835 z podpisem J. ŚNIADECKIEGO. PREZES wyraża w imieniu Towarzystwa podziękowanie ofiarodawcy.

Następnie PREZES zawiadamia, że nadeszły książki i instrumenty, zapisane naszemu Towarzystwu przez ś. p. D-ra ZAWISTOWSKIEGO. PREZES proponuje, by książki i dzienniki oddać do biblioteki Towarzystwa, część narzędzi, które będą potrzebne do pracowni, oddać pracowni, pozostałe zaś instrumenty i przedmioty by sprzedać po uprzednim otaksowaniu. Otrzymawszy zgodę zebranych PREZES prosi BORYSOWICZA, CIĄGLIŃSKIEGO i RYCHLIŃSKIEGO, by zechcieli otaksować, kwalifikujące się do sprzedaży przedmioty.

I. Następnie ORŁOWSKI Edward przystąpił do demonstracji chorego z wybitnymi zmianami stawów: skokowego i kolanowego tabetycznego pochodzenia. Dla braku czasu obszerniejsze omówienie tego cierpienia wraz z przytoczeniem historyi choroby, ORŁ. zgodził się odłożyć do następnego posiedzenia.

II. W dalszym ciągu GRUNDZACH demonstruje część żołądka wraz kreską wyciętą na sekcji, W. dwukrotnie operowanej na oddziale chirurgicznym ODERFELDA w szpitalu starozakonnym. We Wrześniu 1894 r. chora przybyła na oddział FREIDENSONA. Wezwany przez FREIDENSONA i ODERFELDA dla stwierdzenia rozpoznania i ewentualnego wynalezienia wskazania do operacji, znalazłem chorą trzydziestokilkuletnią wielorodką [10 porodów i kilka poronień] która od dłuższego czasu cierpiała na silną zgagę, nudności i od czasu do czasu obfite wymioty po ciężko strawnych pokarmach. Cera względnie zdrowa, żadnego charłactwa nie widać. Oglądanie brzucha pozwala stwierdzić rozcięcie dolnej lewej części brzucha [asymelia brzucha]. Ściany brzucha wiotkie, cienkie, brzuch obwisły. Płuca, serce, nerki zdrowe. Z prawej strony nieco powyżej pępka wyznaczyć można sznur twardy. poprzecznie idący, dłu-

gości 4—5 ctm., ruchomy i we wszystkich kierunkach przesuwalny, na ucisk nie bolesny. Wstrząsanie brzucha [w 14 godzin po ostatnim posiłku] wywołuje rozległe i głośne pluskanie, które sięga na 4 poprzeczne palce poniżej pępka. Zapomocą zgłębnika wydożyłem wówczas przeszło 1½ litra zawartości płynnej z licznymi cząstkami kaszy i ryżu, odczyn był kwaśny. HCl. ++ [wyróżny].

Rozpoznaliśmy więc: Hypertrophiam pylori benignam, stricturam pylori, dilatationem ventriculi, descensum ventriculi, i uznaliśmy za właściwą operację.

Podczas operacji, którą wykonał ODERFELD na swoim oddziale, znalazł ODERFELD, że po przecięciu ściany żołądka wskaźnik przez odźwiernik przejść nie może. Na przedniej stronie odźwiernika znajdował się guz owalny, wielkości jaja kurzego, pokryty swobodną błoną śluzową [niezrosnięty] nieco chropawą. Infiltracja ta przechodziła w części na dwunastnicę.

Rozpoznano na operacji sarcoma pylori i postanowiono zrobić gastroenterostomiam anteriorem antecolicam.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, chora w krótkim czasie poprawiła się zupełnie i stopniowo zaczęła się przyzwyczajać do zwykłych pokarmów, które trawiła dobrze [bez zбоceń dyspeptycznych].

Następne badanie czynności żołądka chorej wykonałem w 3½ m. po operacji.

Chora przez ten czas wydobrzała, cerę miała zdrową, policzki rumiane, dość znacznie utyła. Jak opowiada, nie miała żadnych zaburzeń dyspeptycznych po zwykłych pokarmach, jak mięso chude, kasza, kartofle, chleb, ser, zupa, po dłuższym czasem zwraca. Czują tylko po jedzeniu czas jakiś, że coś tam leży z lewej strony“. W 3 godziny po śniadaniu niema pluskania. Dolna granica opuszczonego żołądka znajduje się nad pępkiem. Nad pępkiem po stronie prawej [na 2 poprz. palce] znajduje się poprzeczny twardy wałek. Od mostka do pępka cienka podłużna blizna.

Dwukrotnie zbadałem chorą naczem; pierwszym razem wydożyłem 10 ctm. sz. mętnego płynu, zawierającego jedynie trochę kolacji, drożdżowych ziarenek drobnych, żółtych i kilka ciałek krochmalowych popękanych—drugim razem wydożyłem 200 ctm. sz. zawartości żółtej, gęstej, z licznymi cząstkami pokarmu. Była to ostra niestrawność żołądkowa, gdyż chora wbrew swemu zwyczajowi zjadła zbyt obfitą kolację [łusta zupa z mięsem i chlebem], czuła się źle przez noc całą, a rano miała mdłości. Zawartość ta obfitowała w kwas mleczny, nie posiadała kwasu solnego wolnego, miała zapach zjełczałego tłuszczu, a drobnowidz oprócz licznych cząstek pokarmowych wykrywał dużo laseczników długich.

Innym razem zbadałem chorą po próbnym śniadaniu [60 grm. bułki, 250 ctm. wody]. Wydożyta zawartość w ilości 75 ctm. posiadała odczyn kwaśny, przesącz posiadał kwasu. 0,02%, kwasu solnego wol-

nego nie było, nie było i kwasu mlecznego [odcz. UFFELMANN], popton b. dużo. O ile sądzić mogłem, wielkość guza nie uległa wielkiej zmianie, Zapomocą proszków burzących przekonałem się, że cały żołądek opuszczony skierował się na lewo, a dolna jego granica sięgała na 3 poprzeczne palce poniżej pępka.

Przez 7 miesięcy prawie czuła się chora dobrze, przed tygodniem zaś przybyła na oddział ODERFELDA skarżąc się, że od 8 tygodni jest jej coraz gorzej, miewa mdłości i wymioty. W ostatnich czasach wymiotuje nawet po płynnych pokarmach, miewa silne bóle w dołku i czuje, że wówczas „staje coś w dołku i robi się guz“. Doszło do tego, że chora od kilku dni oprócz kawałków lodu nic nie przyjmowała. Stolce w ostatnich dniach były płynne, żółciowe, 3—4 razy dziennie. Wezwany przez ODERFELDA do chorej przekonałem się, że żołądek wykonywa widoczne ruchy robaczkowe, przyczem okolica odźwiernika istotnie grubieje i twardnieje. Wąłka dawnego nie wyczuwałem, natomiast nad pępkiem znajdował się twardy guz w linii środkowej ciała. Zgodziliśmy się, że to rozrost owego guza w odźwierniku i przypuszczaliśmy, że przetoka żołądkowo-kiszczowa źle działa wskutek zaciśnięcia кишки lub jej skręcenia. Wobec tego postanowił ODERFELD wykonać powtórnie otwarcie jamy brzusznej. Dnia 18 Maja wykonał ODERFELD operację i przekonaliśmy się, że od przedniej ściany brzusznej siedł gruby i szeroki zrost do żołądka w okolicy przetok. Zrost ten zaciskał przetokę i stanowił właściwą przeszkodę. Niezmiernie interesującą jest rzeczą, że odźwiernik nie był zgrubiały, guz ów jajowaty znikł zupełnie, jakkolwiek zwężenie pozostało [palec z trudnością przechodzi], stwardnienie zaś w linii środkowej, jakie znalazłem, zależało od owego grubego zrostu. Widoczna rzecz, że złośliwego guza wcale nie było, że był to jedynie przerost miejscowy lub uacieczenie ograniczone, które się następnie rozeszło. Fakt ten potwierdził pierwotne rozpoznanie przedoperacyjne.

ODERFELD przeciął ów zrost, ściał nieco przy żołądku, a następnie przykrył żołądek siecią, sądząc, że zrost z siecią będzie najbezpieczniejszy, gdyż ekskursye dość duże będzie mógł wykonywać w jamie brzusznej, poczem zamknął jamę brzuszną.

Chora zmarła nazajutrz.

Na preparacie oprócz miejsca do którego przyczepiony był zrost, widać zrost przedniej części poprzecznicy i zrost mały z wątrobą. [Autoreferat].

Następnie JAWORSKI demonstruje chorą 49 lat liczącą, która przy bliższem zbadaniu oprócz typowych objawów wiądu rdzenia (Tabes dorsalis) ma od 3 m. obrzmienie prawego stawu stopowego, które jednakże nie przeszkadza chorej na czynne i bierne ruchy. Sam staw niebolesny, nieczuły. Brak objawów dla monarthritus rheumatica chron. jako też dla arthritis deformans, powstanie cierpienia i przebieg kliniczny wobec typowych objawów wiądu mleczka kazał przypuszczać, zdaniem J., że mamy do czynienia z arthritis neuropatica, mianowicie z t. zw. arthropatia tabidorum. Przypadek ten zasługuje na uwagę, zdaniem J., że

względu na śledzisko procesu i na zniepodobnienie stawu in stato nascedi sprawy patologicznej.

W dalszym ciągu demonstracyi STANKIEWICZ przedstawia pannę 20-letnią, u której po przebytem przed 3 laty zapaleniu kiszki ślepej, trwającym 6 tygodni z mocną gorączką i bólami — wytworzył się guz między pachwiną prawą a pępkiem. Guz ma wielkość pomarańczy, jest zupełnie okrągły; skóra niezmieniona, przesuwalna; kousysteneya elastyczna z wyraźną fluktuacją; odgłos wypukowy tępy. Podstawa twar da, zlana z warstwą mięśniową; ruchomość względna tak, iż niepodobna jest ściśle ocenić, czy guz nie ma ograniczonego związku z jamą otrzewnej. Guz nie ma stanowczo żadnych połączeń z organami płciowymi lub nerką, przy pociskaniu i mocniejszych ruchach sprawia pewne bóle chorej. Pacjentka od czasu owego zapalenia kiszki ślepej czuje się zupełnie dobrze, chociaż ów guz powoli się zwiększa. Co do natury guza Sr. wyklucza obecność ropnia, tłuszczaka, hernii, a rozpoznaje torbiel, co wykonane przekłócie w zupełności stwierdza, wyciągnięty bowiem płyn blade-żółtawy, prawie przezroczysty i klejkowaty wskazuje naturę guza. Trudniej jest nierównie określić sposób powstania niniejszej torbieli, a zwłaszcza jej związek przyczynowy z przebytem zapaleniem kiszki ślepej, od której to daty pacjentka podaje początek powstania torbieli. Wątpliwść tą wyjaśnić będzie można dopiero po operacyi, o czem relacyę Sr. na następnem posiedzeniu ma złożyć.

V. BORSUK demonstruje chorego, któremu wskutek znacznego zwężenia kanału moczowego dokonał nretrotomii wewnętrznej sposobem MESONEUV'a. Przypadek ten ciekawy z tego względu, że w czasie operacyi, wyciągając najcieńszy zgłębnik, jaki użył w danym razie, zauważył że kawałek zgłębnika pozostał w kanale. Dokonane cięcie na dolnej powierzchni członka (w pars membranacea) na szczęście umożliwiło usunięcie pozostałej części i dało w daum razie szczęśliwe zejście po operacyi. Mówca zwraca uwagę na niedokładność instrumentów, dzięki której, jak w daum razie, mogłyby być wielce nieprzyjemne komplikacye.

VI. W końcu DZIERŻAWSKI pokazuje wypuszczony przed dwoma dniami przez niego płyn z brzucha małego dziecka, u którego rozpoznano ascites. Wypuszczony płyn mlecznego koloru świadczy, że w danym razie miał D do czynienia z ascites chylosus, cierpieniem wogóle bardzo rzadko spostrzeganem w stanach napozór zupełnego zdrowia.

VII. Następnie POLAK wypowiedział odczyt p. t.: „O winie w przemyśle winnym w Warszawie“.

Wspomniawszy o danych urzędowych, świadczących o fałszowaniu win w ogólności i w szczególe o fałszowaniu win w kraju naszym, prelegent podał w krótkości prawidłowy przebieg produkcyi wina, skreślając normalne zmiany, w moszczu i w winie samym zachodzące. Następnie mówca skreślił prawidłowy system konserwowania win i gospodarstwa piwnicznego w Warszawie, przechodząc kolejno manipulacye z rozmaitymi gatunkami win zagranicznych i ruskich, nadmienia o ce-

chach najbardziej międzynarodowych winiarstwa u nas, gdzie mają pokup wszelkie wina europejskie, nawet i z innych części świata. Obok prawdziwej gospodarki piwniczej, wymienił mówca wszelkie rodzaje falsyfikacyi win, praktykowane zagranicą i u nas, począwszy od sprzedaży mieszanych gatunków za naturalne, a kończąc na winach prawdziwie sztucznych, które za naturalne się sprzedają. Odczyt swój ilustrował P. demonstracją rozmaitych typów win naturalnych oraz falsyfikatów i etykiet fałszowanych. W końcu wymienia środki zaradcze, niezbędne celem unormowania przemysłu winnego pod względem sanitarnym. Na czele środków tych stawia mówca wydanie prawa względem przemysłu winnego i zafałszowań, przestrzega przed używaniem win słodkich, które zazwyczaj są fałszowane. Wreszcie sądzi autor, że rozwój fabrykacyi miodu byłby bardzo pożądanym w tej mierze dla naszego kraju. [Autoreferat].

PREZES zapytuje po odczycie jaki rezultat wynikł z wymienionej przez mówcę komisji urzędu lekarskiego pod względem usunięcia fałszowań.

Na zapytanie to odpowiada P., że komisya nie miała celu fiskalnego, ale raczej dyagnozę przemysłu winnego i obmyślenie środków dla poprawy obecnego stanu rzeczy.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 28 Maja 1895 roku.

PREZES **Baranowski.**

Obecnych członków 65.

- T r e ś ć:** STANKIEWICZ—Uzupełnienie demonstracyi z przeszłego posiedzenia.  
 GRUNDZACH—Badanie wydzieliny żołądka chorego, demonstrowanego przez RAUMA w dniu 17. IV b. r.  
 ORŁOWSKI—Arthropathia tabidorum.  
 JASIŃSKI Roman—Przypadek Dystrophiae musculorum progressivae.

Po przeczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia takowy przyjęto.

Nadesłano do biblioteki Towarzystwa: 1) BREGMAN—Obecny stan rzeczy o władze rdzenia. 2) JANOWSKI — Kilka uwag praktycznych o sile leczniczej surowicy przeciwbłonicowej z rozmaitych fabryk, oraz o sposobie jej stosowania. 3) NEUGEBAUER Fr. — Sprawozdanie z najnowszej kazuistyki; *Zeitschrift f. Therapie* od 1884 do 1893 r.; *Novorum actornm academiae caesareae Leopoldino-Carolinae natnrae curiosorum*. T. XXI cz. ostatnia i T. XXIV cz. pierwsza.

I. Następnie STANKIEWICZ uzupełnia demonstrację, mianą w d. 21. V. tem, że podczas operacji znaleziono u demonstrowanej 20-letniej panny guz torbielowaty, silnie zrosnięty z aponeurosis m. obliqui abdominis. Guz ten z jamą brzuszłą łączności nie miał i prawdopodobnie, jakto zresztą Sekretarz Stały wcześniej już zaznaczył, przedstawia się w postaci mięsaka torbielowato zmienionego.

II. Następnie GRUNDZACH komunikuje wynik badania chorego, operowanego przez RAUMA i demonstrowanego na posiedzeniu w dniu 17. IV b. r.. Chory ten lat 19, szczupły i blady, uskarżał się ua bóle po jedzeniu, silną zgagę i wymioty, które co kilka dni obficie występowały. Łaknienie zachowane, czasem wzmożone. Zaparcie stolca. Objawy te trwają 2 lata od chwili, gdy chory został uderzony kopytem w brzuch. Oglądanie brzucha wykazuje: brzuch [w pozycji leżącej chorego] w dolnej części wypukłony, w górnej—zapadły, przy uderzaniu palcem widać ruchy robaczkowe, idące z lewej strony ku prawej. In hypochondrio dextro wyczuwa się twardy, podłużny wałek. Żołądek opuszczony, dolna granica jego sięga na 3 palce poniżej pępka.

Badanie mechanizmu i chemizmu trawienia w 8 godz. po zwykłej porcyi szpitalnej [kleik owsiany, trochę kaszy, kawałek chleba i  $\frac{1}{4}$  funta gotowanego mięsa] wykazało: osad szaro-białawy, pod drobnowidzem wykazuje liczne drożdżowe komórki, nieco kropel tłuszczowych, kryształów, kwasów tłuszczowych i bardzo dużo ciał krochmalowych. Laseczników nie znaleziono. Brak i włókien mięsnych. W przesączu znaleziono: kwaśność=0,24%, wolny HCl = 0,064%; różnicę=0,176% wynosi HCl związany wraz z kwaśnymi fosforanami. Kwasu mlecznego małe ślady. Peptonu dość dużo, białka—ślady, erythrodekstryny bardzo dużo. Cukru brak. Na zasadzie tego badania rozpoznano: *Stricturea pylori benigna callosa post contusionem ventriculi*. *Dilatatio consecutiva*.

W dwa miesiące po operacji badanie wykazało: pod drobnowidzem znajdują się kropelki tłuszczowe, dużo ciałek krochmalowych, nieco komórek drożdżowych, nieco włókien mięsnych. Przesącz posiada kwaśność=0,16%, wolny HCl=0,06%; różnica wynosi 0,1%. Kwasu mlecznego niema, peptonu ślady, erythrodekstryny bardzo dużo.

Naczczo drugim razem [w 15 godz. po suchym chlebie] wydobyto 25 ctm. zielonkawego płynu z osadem. Kwas solny wyraźny, erythrodekstryny ślady, kwasu mlecznego niema. Osad zawiera pod drobnowidzem jądra komórkowe JAWORSKIEGO, *oidium lactis*, kilka komórek drożdżowych. Cząstek pokarmowych niema.



Na zasadzie badań pooperacyjnych G. wyprowadza następujące wnioski:

- 1) Żołądek znacznie się skurczył.
- 2) Czynność mechaniczna żołądka odbywa się wcale dobrze.
- 3) Żadnych większych fermentacji niema.
- 4) Trawienie pokarmów białkowych odbywa się dobrze.
- 5) Trawienie pokarmów mącznych odbywa się źle wskutek szybkiego wydzielania soku żołądkowego.
- 6) Należałoby stosować alkalijską w większej ilości.

III. Następnie ORŁOWSKI Edward wypowiedział odczyt pod tyt.: „Arthropathia tabidorum“. Prelegent omówiwszy w kilku słowach rozwój historyczny nauki o tem cierpieniu, przytacza szczegółową historję cierpienia, demonstrowanego na przeszłym posiedzeniu, chorego. Chory ten ma lat 38, zauważył, że przed 10-ciu laty zjawiły się pierwsze objawy obecnej choroby. Od 3½ lat wystąpiły objawy bezładu ruchowego, przed 4-ma laty złamał lewą goleń w dolnym odcinku, przed 3-ma laty doświadczył zwichnięcia w prawem kolanie, a przed 7—8 tygodniami bez żadnej widocznej przyczyny zauważył chrupanie w stawie biodrowym i pewne utrudnienie ruchu kończyny, a następnie wystąpiło obrzmienie stawu. W okresie czasu pomiędzy cierpieniem stawu kolanowego, a biodrowego zwichnął sobie 1-szą falangę III palca lewej ręki. Na zasadzie szczegółowego badania, o którym następnie mówi prelegent, przychodzi on do przekonania, że w danym przypadku mamy do czynienia z rozwiniętym wiałdem rdzenia, w przebiegu którego, mianowicie po wystąpieniu już bezładu ruchowego, przyłączyło się cierpienie stawów, nad którym zastanawia się O.. Bez względu na różnorodność przebiegu klinicznego, cierpienia te mają swoją charakterystykę, a mianowicie: powstają dowolnie, rzadko pod wpływem urazu, nigdy nie bywa reakcyi zapalnej, stale brak gorączki, skłonność do wytwarzania wysięków stawowych, jednocześnie absolutna bezbolesność, rozluźnienie więzów, zanik powierzchni stawowych i ostatecznie zanik epiphysów z następczem ławtem zwichnięciem, lub kolosalny rozrost kości i ich zniekształcenie (Arthritis deformans).

Cechy powyższe zdaniem O. zniewalają do wydzielenia tych cierpień klinicznie w grupę oddzielną i odrębną od cierpienia—Arthritis deformans jakkolwiek pod względem anatomo-patologicznym przedstawiają się analogicznie. Co się zaś tyczy dobrowolnych złamań, to O. zaznacza, że złamaniu najczęściej ulega kość biodrowa, dalej goleń, najrzadziej zaś kość promieniowa i dolna szczęka. Przyczyny złamań są błache, goją się jednak owe złamania dobrze. Callus tworzy się prawidłowo i nie gorzej, niż w innych przypadkach. W końcu prelegent przytacza zdanie CHARCOT'a i jego szkoły co do rdzeniowego pochodzenia tego cierpienia i zdanie VOLKMANN'a, który cierpienie stawów stawia w zależności od zmian w nerwach obwodowych i w pewnej mierze od traumatyzmu.

W dyskusyi pierwszy zabrał głos BRUNER Mikołaj i zaznaczył, że zmiany w stawach u tabetyków nie są rzeczą rzadką. Mówca sam obser-

wował wiele przypadków, gdzie przy słabo wyrażonych innych objawach wządu rdzenia, spostrzegać się dawały zmiany w stawach up. młody człowiek bez bezładu ruchowego, ale przy obecności innych objawów tabesu, dostał obrzmienia z bolesnością stawu kolanowego. Obrzmienie to po pewnym czasie ustąpiło, pozostała tylko trudność w zginaniu; bywa jednak i tak, że w okresie rozwiniętego w pełni obrazu wządu rdzenia przylaczają się cierpienia stawów i z jednego stawu przechodzą na drugi, niepodobniąc takowe i robiąc je nieużytecznymi, jak to np. mówca obserwuje od dłuższego czasu u jednego kolegi, u którego zmiany obserwować można w kości udowej prawej [2 razy grubsza] w dolnych i wreszcie w górnych szczykowych kościach. W końcu mówca zaznacza, że w prywatnej praktyce cierpienia stawów przy tabes spotkać można częściej, niż w szpitalach.

Następnie Sekretarz Stały zwraca uwagę, że przypadki cierpienia stawów przy władzie rdzenia są tak rzadkie, że wszyscy automatowicie zwracają na to uwagę. Co się zaś tyczy istotnej przyczyny pochodzenia tego cierpienia, to przypomina p. dziekan BR., że przed 11 laty w Berlińskim Towarzystwie toczyły się przez kilka dni debaty nad tą kwestją i że już wtedy trofoneurytyczne pochodzenie tego cierpienia postawione było pod znakiem zapytania, a między innymi zwracano uwagę na istotę cierpienia, które uiczem nie różni się od Arthritis deformans chyba tem, że sprawa prędzej przechodzi.

Następnie CIAGLIŃSKI zaznacza, że nie miał sposobności często spotykać zmian w stawach przy władzie, gdyż na znaczną liczbę tabletek, których widział, dwa razy tylko obserwował cierpienie stawów. Według zdania mówcy ostatnie to cierpienie powstaje nie wskutek zmian w szarej substancji rdzenia, jak to chce CHARCOT, lecz wskutek zmian w obwodowych nerwach.

Zdaniem jednak RYCHLIŃSKIEGO, który następnie zabrał głos, przy obecnym stanie nauki, trudno orzec, gdzie tkwi istotna przyczyna tego cierpienia. Gdyby arthropathia tabidorum zależną była od zmian w szarej substancji mlecza, to powinniśmy zmiany owe pod drobnowidzem obserwować, gdyż skoro samo cierpienie trwa długo, to i przyczyna wywołująca go powinna być długo trwałą, przynajmniej na tyle, że pociągnęłaby za sobą zmiany w komórkach rdzeniowych, które jednak mikroskopem rzadko wykrywa. Zmianami w obwodowych nerwach wytlómaczyć sobie powstawania tego cierpienia we wszystkich przypadkach trudno, gdyż widzimy przypadki wządu ze znacznymi zmianami w obwodowych nerwach, gdzie jednak cierpienia stawów nie było i naodwrot. Zjawia się przeto pomimo woli pytanie, czy arthropathia nie jest wywołaną przez jakąś inną przyczynę, niezależną od wządu, która tylko na tle podstawowego cierpienia wywołuje szybszy przebieg sprawy chorobowej, niż np. przy arthritis deformans.

Następnie Wice-Prezes SOKOŁOWSKI zwraca uwagę, że w 1881 r. ogłosił w Medycynie przypadek cierpienia stawów palcy nóg u 40-letniej

służącej, które wystąpiły w przebiegu tabes dorsalis, na który cierpiała ona.

Poraz drugi zabrał głos BRUNER Mikołaj i zaznaczył, że obserwował 6-cio letniego chłopca, który oprócz objawów tabes miał wyraźne zmiany w stawach, które atoli przeszły. W przypadku tym zmiany w stawach tłómaczył sobie mówca zmianami w szarej substancji rdzenia. Na to CIĄGLIŃSKI zauważył, że nie wierzy, by mogła nastąpić poprawa tam, gdzie nastąpiła zmiana w budowie szarej substancji.

W odpowiedzi na to BRUNER Mikołaj robi uwagę, że zdanie to zbyt pesymistyczne, gdyż nawet w tych razach, gdy nastąpią pewne stałe zmiany na określonym miejscu szarej substancji, inne części takowej biorą na siebie wyrównanie funkcji i kompensują z czasem braki, wywołane siedliskiem zmian patologicznych.

Na dowód zaś tego, że chorzy z wyraźnymi objawami władu poprawiać się mogą, przytacza mówca między innymi przebieg choroby u p. X. urzędnika magistratu, który przed kilkunastu laty prawie chodzić nie mógł wskutek władu rdzenia, obecnie zaś bez wielkiej trudności wchodzi na schody i nie doznaje wielkich dolegliwości, pomimo, że niektóre objawy władu istnieją do dziś dnia.

Na powyższe słowa RYCHLIŃSKI zaznacza, że sam jest tego zdania, że w niektórych przypadkach władu rdzenia energiczne leczenie w pierwszym okresie choroby przedsiębrane, to jest wtedy, gdy istnieją objawy podrażnienia mlecza przez rozrost ciałek neuroglii, ale bez widocznych i stałych ognisk sklerotycznych, może pomódz choremu, ale skoro zmiany już nastąpią, to wątpi by poprawa mogła być widoczną.

CIĄGLIŃSKI zaś zwraca uwagę BRUNERA, że nie trzeba zapominać o istnieniu cierpienia t. zw. pseudotabes na tle przymiotowem, leczenie którego daje zazwyczaj dobre rezultaty.

PREZES zwraca uwagę, że przymiot w etiologii władu odgrywa przeważną rolę i na to ogólne tło przy obsadzaniu kwestyi zmian w stawach przy tabes warto zwrócić uwagę.

W końcu JANOWSKI zwraca uwagę, że niekoniecznie trzeba brać pod uwagę tylko te zmiany w komórkach szarej substancji i w obwodowych nerwach, które drobnowidz wykazać jest w stanie, ale trzeba mieć na względzie i te czynnościowe zaburzenia w odżywczych sprawach elementów nerwowych, których mikroskop nie jest w stanie wykryć, które jednak są w stanie wywołać poważne zaburzenia w obwodowych częściach organizmu.

IV. W dalszym ciągu porządku dziennego JASIŃSKI Roman wygłosił odczyt p. t.: „Przypadek t. zw. Dystrophia musculorum progressiva“.

Prelegent po krótkim wstępie, zawierającym historyczny rys nauki o dystrophiach, przechodzi do historii choroby K. M., 11 lat liczącego, którego przedstawiał na posiedzeniu Towarzystwa. Chory ten od

kilku lat ma ręce coraz cieńsze, a nogi coraz grubsze i coraz gorzej chodzi, a coraz więcej słabnie. Onanizmowi się nie oddawał, o przyczynie choroby nikt w domu nie wie. Przechodząc kolejno wszystkie objawy, spostrzegane u tego chorego, prelegent zaznacza, że ma do czynienia z t. zw. dystrophia musculorum progressiva o typie ERB'a i że powodowany dobrym wynikiem leczenia analogicznego chorego zapomocą szaruchy i nasępnie trenczyńskimi kąpielami i obecnemu pacjentowi chce zastosować przeciwprzymiotową kurację.

Do stosowania podobnej kuracji przy dystrophia mus. progr. upoważniają J. teoretyczne kombinacje, wypływające ze szczegółowego badania mięśni chorego, wyciętych nożem, o czem mówił w 1889 r. na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie. Na preparatach drobnowidzowych z mięśni tego chorego, u którego klinicznie rozpoznano—dystrophia musculorum progressiva, widać było, że w samych włóknach mięśniowych żadnych zmian miąższowych niema, zmiany zaś drobne, jakie w nich dostrzedz by można było, świadczą o początkującej zwykłej zgorzeli. Zmiany główne obserwowane można w naczyniach krwionośnych—periarteritis. Nacieczenie wokoło najdrobniejszych nawet naczyń i tworzenie się nowej tkanki łącznej jest przyczyną tak znacznego zwężenia ich światła, że odżywianie pęczków mięśniowych zostało silnie nadwężone. Jednym słowem badanie to nasunęło myśl J., czy nie ma do czynienia z procesem naczyń i wtórnie mięśni przymiotowego pochodzenia. Przypadek zaniku mięśniowego, leczony szaruchą i w Trenczyńsku, w pewnej mierze utwierdził prelegenta w tem mniemaniu i dlatego i u demonstrowanego malca dla zasady „tentare licet“ zaordynował przeciwprzymiotowe leczenie.

W dyskusyi RYCHLIŃSKI zaznaczył co następuje; Przypadek dodatniego wpływu szaruchy, podany przez prelegenta w cierpieniu, jakim est dystrophia musc. progr. naprowadza na myśl, że ostatnie to cierpienie może powstawać na przymiotowym tle. Przypadek ten jest bardzo ważny pod tym względem, że jest jedną z nielicznych obserwacji tego rodzaju. JOFFROYA i ACHARD kilka lat temu opisali przypadek postępującego zaniku mięśniowego u 55 letniego osobnika, obarczonego przymiotem, leczenie jednak specyficzne skutku nie odniosło. Nie odrzucając możliwości powstawania dystrophii na tle przymiotowym R. sądzi jednak, że poprawa, jaką obserwował J. u swego pacjenta, jeszcze na korzyść antiluetycznego leczenia nie przemawia, gdyż przebieg zaniku postępującego jest chroniczny [w przypadku ogłoszonym przez R. przez 45 lat trwający proces nie wywołał zajęcia przepony i nie doszedł do ostatecznego ubezwładnienia chorego] z chwilowymi przerwami, a nawet poprawą w postępie choroby, które i w danym razie mogły wystąpić, niesłusznie przeto mogły być wzięte za poprawę. Co się zaś tyczy zmian patologicznych, o których wspomina prelegent, to niezawsze w badanych przypadkach ograniczały się one na zmianach przeważnie naczyń, w większości przypadków zmiany we włóknach mięśniowych zajmowały pierwsze miejsce.

Następnie Sekretarz Stały zapytuje dlaczego przypadki podobne nazywają dystrophia musc. progr. kiedy w gruncie rzeczy zmiany anatomo patologiczne wskazują, że mamy w nich do czynienia z zapaleniem mięśni i zapytuje czy nie słuszniej byłoby nazywać podobne przypadki—myositis progressiva.

W odpowiedzi na powyższe słowa JASIŃSKI odpowiada, że w swej pracy nie wypowiada zdania pewnego, co do przymiotowego pochodzenia dystrophii i co do wpływu szaruchy i jodu. Co się zaś tyczy niewłaściwej nazwy dystrophia, to mówca zgadza się na nazwę myositis progr., użył zaś utartej nazwy, by nie wywoływać omówień koniecznych dla wyświecienia tej przemiany.

Następnie RYCHLIŃSKI, nawiązując podjętą przez J. myśl o przymiotem pochodzeniu zaniku mięśniowego postępującego, do słów PREZESA, wypowiedzianych w poprzedniej dyskusji o znaczeniu wogóle przymiotu w różnych cierpieniach zaznacza, że unikamy podnoszenia tej kwestyi, gdyż ona wywołuje chaos w naszych poglądach na powstawanie różnych chorób, gdyż trudno przy obecnym stanie naszej wiedzy wytłómaczyć sobie dlaczego przymiot w jednym razie wywołuje tabes, w innych encephalitis, w innym jeszcze gangraena sicca, w innym wreszcie proces w oponach, w mięśniach i t. p..

Wypadałoby przypuszczać, że oprócz toksyny przymiotowej są w samym organizmie odrębne przyczyny, które wspólnie z pierwszą dają ten lub inny obraz chorobowy. Dotąd, dopóki te drugie przyczyny nie będą zbadane, etyologiczne znaczenie przymiotu zdaniem mówcy będzie tylko ogólne i wyświeclać istoty tego lub innego cierpienia nie będzie.

Co się zaś tyczy kwestyonowanej nazwy dystrophia R. zaznacza, że proponowana nazwa myositis progressiva, była używana dawniej i dopiero ERB wprowadził—dystrophia, a to dla tej przyczyny, że pomimo braku zmian widocznych w układzie nerwowym twórca nauki o zanikach mięśniowych, za jakiego uważać możemy ERBA, przypuszcza, że zmiany takowe istnieją i dotyczą głównie odżywczej sprawności elementów nerwowych, której nie jesteśmy w stanie dotąd zbadać, pochodzenie przeto zaniku mięśniowego postępującego ERB'a jest neuropatyczne.

Za tem pochodzeniem zdaniem R. przemawiają i te nieliczne badania włókien nerwowych w mięśniach, które opisał BABIŃSKI. Dotąd jednak, dopóki fizjologia tych fessceaux neuro-musculaires nie będzie wyświeślona, mówić o znaczeniu ich przy powstawaniu dystrophii musc. progr. nie mamy prawa.

Wreszcie JANOWSKI podnosi również kwestyę neuropatycznego pochodzenia—dystrophia musc. progr. i przemawia za utrzymaniem tej nazwy.

W końcu PREZES jest zdania, że skoro badanie kawałka mięśnia wyjętego harpunem wykaże zmiany w naczyniach, warto próbować jod i rtęć.

JASIŃSKI jest zdania, że lepiej i bezpieczniej wycinać kawałki mięśni nożem, a nie harpunem.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Ignacy Baranowski.*

Sekretarz *K. Rychliński.*

## ROCZNIK

### Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

URZĘDNICY I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO W 1895 R. CZŁONKOWIE, KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NOWO-WYBRANI. LISTA CZŁONKÓW HONOROWYCH, CZYNNYCH I KORESPONDENTÓW TOWARZYSTWA W ROKU 1895.

(Regul. § 109 Lit. A. punkta 1, 2, 3 i 4).

#### 1.

#### *Lista urzędników i Komitetów Towarzystwa.*

##### A) Urzędnicy.

Prezes—Baranowski Ignacy (Członek honorowy).

Wice-Prezes—Sokołowski Alfred.

Sekretarz Stały—Brodowski Włodzimierz (Człon. honorowy).

Sekretarz doroczny—Rychliński Karol.

Podskarbi—Kondratowicz Stanisław.

Bibliotekarz—Peszke Józef.

Redaktor Pamiętnika—Jakowski Marian.

Zarządzający pracownią Towarzystwa—Przewoski Edward.

##### B) Zarząd Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy, oraz wybrani do Zarządu:

Gepner Bolesław (na lata 1893—1895).

Hewelke Otton (na lata 1894—1896).

Dobroski Konrad (na lata 1895—1897).

**C) Komitety.***I. Komitet Kasy Wsparcia przy Towarzystwie istniejącej.*

1. Prezes—Baranowski Ignacy.
2. Wice-Prezes—Sokołowski Alfred.
3. Sekretarz Stały—Brodowski Włodzimierz.
4. Zarządzający Kasą Wsparcia—Rogowicz Jakób.
5. Podskarbi—Kondratowicz Stanisław.

*Członkowie z grona Towarzystwa wybrani.*

6. Gepner Bolesław.
7. Kosiński Julian.
8. Śliwicki Franciszek.

*Członkowie wybrani z grona lekarzy, nienależących do Towarzystwa Lekarskiego.*

9. Wolf Aleksander.
10. Żera Teofil.

*Z urzędu będący Członkami Komitetu Kasy Wsparcia.*

Wszyscy PP. Inspektorowie Lekarscy lub ich Zastępcy w guberniach kraju tutejszego, oraz P. Inspektor Lekarski m. Warszawy.

**UWAGA.** W interesach prawnych Komitetu Kasy Wsparcia, jako też wogóle w interesach prawnych Towarzystwa Lekarskiego, przyjmują udział stale zaproszeni przez Towarzystwo trzech prawnicy, w charakterze Radców prawnych, a mianowicie: Thieme Karol, b. obrońca przy Warszawskich Departamentach Rządzącego Senatu, Leszczyński Stanisław, adwokat przysięgły i Wydzga Stanisław, b. Notaryusz przy Sądzie Okręgowym w Warszawie.

*II. Komitet opieki funduszu stypendyjalnego z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego.*

1. Prezes—Baranowski Ignacy.

Członkowie stale przez Towarzystwo wybrani:

2. Brodowski Włodzimierz.
3. Gepner Bolesław.
4. Kondratowicz Stanisław.

*III. Komitet do wybrania stypendysty z legatu Dra Ignacego Gołębiowskiego.*

(Wymienieni w poprzedzającym punkcie Prezes i 3 Członków).

*IV. Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikarpa Girsztowa (na lata 1893, 1894 i 1895).*

- |                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| 1. Brodowski Włodzimierz. | 5. Sawicki Bronisław.  |
| 2. Jasiński Roman.        | 6. Szteyner Władysław. |
| 3. Kijewski Franciszek.   | 7. Sokołowski Alfred   |
| 4. Kosiński Julian.       | (jako Wice-Prezes).    |

*V. Komitet do uregulowania funduszu konkursowego z ofiar b. studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z roku 1873/74.*

1. Chrostowski Bronisław.
2. Kramsztyk Julian.
3. Jawdyński Franciszek.
4. Meyerson Stanisław.
5. Pawiński Józef.
6. Kondratowicz Stanisław (jako Podskarbi).
7. Sokołowski Alfred (jako Wice-Prezes).

*VI. Komitet biblioteczny.*

1. Sokołowski Alfred (jako Wice-Prezes).
2. Rychliński Karol (jako Sekretarz doroczny).
3. Jakowski Maryan (jako Redaktor Pamiętnika)
4. Puławski Arkadiusz (na lata 1893—1895).
5. Kuczyński Antoni (na lata 1894—1896).
6. Przyborowski Adam (na lata 1895—1897).

*VII. Komitet rewizyjny.*

1. Thieme Apolinary (na lata 1894—1896).
2. Sierpiński Konstaty (na lata 1895—1897).
3. Florkiewicz Władysław (na rok 1895, t. j. do końca kadencji jaka obowiązywała ś. p. D-ra Aleksandra Przysiańskiego).

*VIII. Komitet do oceny prac na konkurs z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego, oraz do zaprojektowania tematów na rok następny.*

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. Dunin Teodor.        | 5. Przewoski Edward.   |
| 2. Jakowski Maryan.     | 6. Sokołowski Alfred   |
| 3. Krysiński Stanisław. | (jako Wice-Prezes).    |
| 4. Nencki Leon.         | 7. Szteyner Władysław. |



## 2.

## D. Członkowie nowowybrani na posiedzeniach w dniach 11 i 18 Grudnia 1894 roku.

## a) c z y n n i:

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Dobrowolski Zdzisław.   | 8. Markusfeld Stanisław.    |
| 2. Feinstein Leon.         | 9. Niedzielski Kazimierz.   |
| 3. Garliński Władysław.    | 10. Skowroński Roman.       |
| 4. Grabowski Józef Daniel. | 11. Stępiński Wacław.       |
| 5. Jaworski Józef.         | 12. Świeżyński Józef.       |
| 6. Kraków Kazimierz.       | 13. Warszawski Maksymilian. |
| 7. Leśniowski Antoni.      | 14. Zieliński Edward.       |

## b) k o r e s p o n d e n c i:

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. Czarkowski Ludwik.  | 2. Papiewski Władysław. |
| 3. Sękowski Władysław. |                         |

## E. Członkowie zmarli w ciągu roku 1894 i na początku roku 1895.

## a) h o n o r o w i:

1. Dudrewicz Jan w Warszawie.
2. Buckiewicz Adam w Płocku.
3. Frankowski Władysław w Charkowie.
4. Helmholtz Herman Ludwik Ferdynand w Berlinie.
5. Ludwig Karol w Lipsku.
6. Podowski Henryk w Warszawie.
7. Przystański Aleksander w Warszawie.

## b) c z y n n i:

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1. Bukowski Ryszard. | 2. Lambi Duszan. |
|----------------------|------------------|

## c) p r z y b r a n y:

Aleksandrowicz Jerzy.

## 3.

## F. Lista Członków Towarzystwa.

## a) C z ł o n k o w i e h o n o r o w i:

1. Baranowski Ignacy w Warszawie.
2. Bieliński Józef w Olicie.
3. Brodowski Włodzimierz w Warszawie.

Pam. T. L. T. 91. Z. II.

4. Dybowski Benedykt we Lwowie.
5. Eiselt Bogumił w Pradze Czeskiej.
6. Hoyer Henryk w Warszawie.
7. Jordan Henryk w Krakowie.
8. Key Axel w Sztokholmie.
9. Konitz Leon w Warszawie.
10. Kosiński Julian w Warszawie.
11. Krassowski Antoni w Petersburgu.
12. Majer Józef w Krakowie.
13. Natanson Ludwik w Warszawie.
14. Pasteur Ludwik w Paryżu.
15. Płaskowski Romuald w Warszawie.
16. Retzius Gustaw w Sztokholmie.
17. Teichman Ludwik w Krakowie.
18. Tyrchowski Władysław w Warszawie.
19. Virchow Rudolf w Berlinie.

b) Członkowie czynni:

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. Anders Ludwik.                             | 26. Dąbrowski Witosław.      |
| 2. Apte Markus.                               | 27. Dmochowski Zdzisław.     |
| 3. Babiński Leon.                             | 28. Dobrski Konrad.          |
| 4. Bączkiewicz Jan.                           | 29. Dobrowolski Zdzisław.    |
| 5. Baranowski Ignacy (członek honorowy).      | 30. Dobrzycki Henryk.        |
| 6. Bauerertz Adam.                            | 31. Dunin Teodor.            |
| 7. Benni Karol.                               | 32. Dzierżawski Bolesław.    |
| 8. Biernacki Edmund.                          | 33. Elsenberg Antoni.        |
| 9. Borsuk Maryan Stanisław.                   | 34. Fabian Aleksander.       |
| 10. Boryssowicz Teodor.                       | 35. Faytt Tomasz.            |
| 11. Bregman Eljasz.                           | 36. Feilchenfeld Rafał.      |
| 12. Braun Jan.                                | 37. Feinstein Leon.          |
| 13. Brodowski Włodzimierz (członek honorowy). | 38. Ficki Feliks.            |
| 14. Brouowski Szczęsny.                       | 39. Florkiewicz Władysław.   |
| 15. Bruner Mikołaj.                           | 40. Freidenson Władysław.    |
| 16. Bruner Władysław.                         | 41. Funk Jakób.              |
| 17. Brühl Ludwik.                             | 42. Gabszewicz Antoni.       |
| 18. Brzeziński Jan.                           | 43. Gajkiewicz Władysław.    |
| 19. Cetnarowicz Stefan.                       | 44. Garbowski Józef.         |
| 20. Chełchowski Kazimierz.                    | 45. Garliński Władysław.     |
| 21. Chełmoński Adam.                          | 46. Giedroyć Franciszek.     |
| 22. Ciechomski Andrzej.                       | 47. Gepner Bolesław.         |
| 23. Ciągliński Adam.                          | 48. Gepner Bolesław Ryszard. |
| 24. Chwat Ludwik.                             | 49. Glisczyński Adam.        |
| 25. Chrostowski Bronisław.                    | 50. Goldflam Samuel.         |
|   | 51. Grabowski Józef Daniel.  |
|   | 52. Grostern Wiktor.         |

53. Grünbaum Adolf.  
 54. Grundzach Igaacy.  
 55. Gnliński Franciszek.  
 56. Guranowski Ludwik.  
 57. Halpern Jakób.  
 58. Heiman Teodor.  
 59. Heryng Teodor.  
 60. Hewelke Ottou.  
 61. Hoyer Henryk (członek honorowy).  
 62. Jakowski Maryan.  
 63. Janowski Władysław.  
 64. Jasiński Roman.  
 65. Jawdyński Franciszek.  
 66. Jaworski Józef.  
 67. Iwanicki Stanisław.  
 68. Kamieński Stanisław.  
 69. Kamocki Walenty.  
 70. Karwowski Konstanty.  
 71. Kępiński Michał.  
 72. Kijewski Franciszek.  
 73. Kohn Stanisław.  
 74. Konitz Leon (człon. honor).  
 75. Kondratowicz Stanisław.  
 76. Kopytowski Władysław.  
 77. Koral Adolf.  
 78. Kornilowicz Edward.  
 79. Kosiński Julian (członek honorowy).  
 80. Kosmowski Wiktoryn.  
 81. Kossowski Cezary.  
 82. Kraków Kazimierz.  
 83. Kramsztyk Zygmunt.  
 84. Kramsztyk Julian.  
 85. Krauze Ludwik.  
 86. Krysiński Stanisław.  
 87. Kucharzewski Henryk.  
 88. Kuczyński Antoni.  
 89. Kulesza Karol.  
 90. Kurtz Stanisław.  
 91. Leśniowski Antoni.  
 92. Leszczyński Leonard.  
 93. Luxenburg Józef.  
 94. Mączewski Władysław.  
 95. Majkowski Julian.  
 96. Mayzel Wacław.  
 97. Markiewicz Stanisław.  
 98. Markusfeld Stanisław.  
 99. Malinowski Alfons.  
 100. Meyerson Stanisław.  
 101. Mutermilch Juliusz.  
 102. Natanson Ludwik (członek honorowy).  
 103. Natanson Antoni.  
 104. Nencki Leon.  
 105. Niedzielski Kazimierz.  
 106. Neugebauer Franciszek.  
 107. Nussbaum Henryk.  
 108. Ołtuszewski Władysław.  
 109. Orłowski Edward.  
 110. Pacanowski Henryk.  
 111. Palmirski Władysław.  
 112. Pawiński Józef.  
 113. Perkowski Seweryn.  
 114. Peszke Józef.  
 115. Płaskowski Romuald (człon. honorowy).  
 116. Polak Józef.  
 117. Portner Szymon.  
 118. Pruszyński Jan.  
 119. Przewoski Edward.  
 120. Przyborowski Adam.  
 121. Puławski Arkadysz.  
 122. Rabek Ludwik.  
 123. Raum Jan.  
 124. Rejchman Mikołaj.  
 125. Rembieliński Stanisław.  
 126. Rogowicz Jakób.  
 127. Rogoziński Józef.  
 128. Rosenthal Albert.  
 129. Rosenthal Jakób.  
 130. Rothe Adolf.  
 131. Rychliński Karol.  
 132. Rzeczniewski Leon.  
 133. Sadowski Michał.  
 134. Sawicki Bronisław.  
 135. Sędziak Jan.  
 136. Sikorski Antoni.  
 137. Sierpiński Konstanty.  
 138. Skłodowski Józef.  
 139. Skowroński Roman.  
 140. Śliwicki Franciszek.

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 141. Śmiechowski Antoni.    | 161. Tyrchowski Władysław    |
| 142. Sokolowski Alfred.     | (członek honorowy).          |
| 143. Solman Tomasz.         | 162. Trzeciński Tadeusz.     |
| 144. Sommer Feliks.         | 163. Warszawski Maksymilian. |
| 145. Srebrny Zygmunt.       | 164. Weinberg Julian.        |
| 146. Stankiewicz Władysław. | 165. Winawer Adolf.          |
| 147. Steinhaus Julian.      | 166. Winiarski Józef.        |
| 148. Stępiński Wacław.      | 167. Wisłocki Kazimierz.     |
| 149. Szteyner Władysław.    | 168. Wizel Adam.             |
| 150. Stockman Aleksander.   | 169. Wolberg Ludwik.         |
| 151. Strzeszewski Józef     | 170. Wołkowiec Maksymilian.  |
| 152. Stummer Józef.         | 171. Wróblewski Władysław.   |
| 153. Świątecki Władysław.   | 172. Wszebor Józef.          |
| 154. Świeżyński Józef.      | 173. Zawadzki Józef.         |
| 155. Szumlański Witold.     | 174. Zawadzki Władysław.     |
| 156. Szmakfefer Felicyan.   | 175. Zawisza Konrad.         |
| 157. Szwajcer Jakób.        | 176. Zieliński Kazimierz.    |
| 158. Szyszło Wincenty.      | 177. Zieliński Edward.       |
| 159. Taczanowski Bronisław. | 178. Zweigbaum Maksymilian.  |
| 160. Thieme Apolinary.      | 179. Żłobikowski Tadeusz.    |

e) Członkowie przybrani:

1. Karpiński Wincenty w Warszawie.
2. Mrozowski Jan w Warszawie.
3. Mutniański Michał w Warszawie.
4. Werner Emil w Warszawie.
5. Żórawski Marcyan w Warszawie.

d) Członkowie korespondencji:

1. Arnstein Feliks w Kutnie.
2. Babiński Józef w Paryżu.
3. Bartoszewicz Joachim w gub. Radomskiej.
4. Bartoszewicz Wacław w Wilnie.
5. Bielowski Franciszek w Moskwie.
6. Bernard Maryusz Błażej w Cannes.
7. Bujwid Odo w Krakowie.
8. Chodounsky Karol w Pradze Czeskiej.
9. Czajkowski Józef w Sosnowcu.
10. Czarkowski Ludwik w Wilnie.
11. Czerwiński Jan w Fürstenhofie.
12. Daniłło Stanisław w Petersburgu.
13. Dambre w Courtrai w Belgii.
14. Domański Stanisław w Krakowie.
15. Dogiel Jan w Kazaniu.

16. Dobieszewski Zygmunt w Maryenbadzie.
17. Dymnicki Józef w Busku.
18. Erlich Jan w Odessie.
19. Erlicki Adolf w Petersburgu.
20. Finger Ernest w Wiedniu.
21. Gajewski w Petersburgu.
22. Głogowski Feliks w Lublinie.
23. Grelletty Jan Lucyan w Vichy.
24. Grünfeld Józef w Wiedniu.
25. Grzybowski w Irkucku.
26. Handelsman Józef w Kutnie.
27. Hartwig w Ostendzie.
28. Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.
29. Heine w Canstadt.
30. Hoene Jan w Kijowie.
31. Hönnigsberg Benedykt w Wiedniu.
32. Huchard Henryk w Paryżu.
33. Jabłoński Jan w Poitiers.
34. Janiszewski Aleksander w Lubliwie.
35. Janowski Witosław w Pradze Czeskiej.
36. Janssens w Brukselli.
37. Jakubowski Leon w Kownie.
38. Jerzykowski w Poznaniu.
39. Jodko-Narkiewicz Witold w gub. Mińskiej.
40. Jurasz Antoni w Heidelbergu.
41. Kaczkowski Karol w Mszczonowie.
42. Kahl Jan w Dąbrowie.
43. Koliński Józef w Łodzi.
44. Korczyński Edward w Krakowie.
45. Klikowicz Stanisław w Moskwie.
46. Kriżek Cenek w Pradze Czeskiej.
47. Kryński Leon w Krakowie.
48. Kulski Julian w Nowo-Radomsku.
49. Kozłowski Hipolit w Wilnie.
50. Lionville Henryk w Paryżu.
51. Lewandowski Gustaw pod Radomiem.
52. Lesser Władysław w Lipsku.
53. Lee John w Filadelfii.
54. Lachowicz Antoni w Berdyczowie.
55. Maixner Emeryk w Pradze Czeskiej.
56. Michl Franciszek w Pradze Czeskiej.
57. Mierzejewski Jan w Petersburgu.
58. Mauriac Emil w Bordeaux.
59. Marty Józef w Rennes, we Francji.
60. Mallez Jan Franciszek w Paryżu.
61. Mendelsohn Maurycy w Petersburgu.

62. Minkiewicz Jan w Tyflisie.
63. Moczutkowski Józef w Petersburgu.
64. Mosler Fryderyk w Greifswald.
65. Mokricki Teodor w Nowogorogiewsku.
66. Monin Emil w Paryżu.
67. Munkiewicz Antoni w Rosławlu gub. Smoleńskiej.
68. Nencki Marceli w Petersburgu.
69. Noiszewski Kazimierz w Dynaburgu.
70. Oblutowicz Ferdynand we Lwowie.
71. Oettinger Józef w Krakowie.
72. Olechnowicz Władysław w Lublinie.
73. Opęchowski Teodor w Charkowie.
74. Papiewski Władysław w Radomiu.
75. Pollak Józef w Ischl.
76. Przybylski Jan w Odessie.
77. Radziszewski Stanisław w Ciechanowcu.
78. Reumont Aleksander w Akwizgranie.
79. Rewoliński Teofil w Radomiu.
80. Robiński Seweryn w Berlinie.
81. Rumszewicz Konrad w Kijowie.
82. Ruppert Henryk w Aleksandrowie pogranicznym.
83. Rybicki Stanisław w Skierniewicach.
84. Rydygier Ludwik w Krakowie.
85. Sawicki Jan Waclaw w Grajewie.
86. Sajous Karol w Filadelfi.
87. Sciborowski Władysław Krakowie.
88. Schiffers Ferdynand w Liège.
89. Seifman Piotr w Krakowie.
90. Sękowski Władysław w Wilnie.
91. Sormani Józef w Pawii.
92. Stopczyński w Krakowie.
93. Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.
94. Sturge Allen w Londynie.
95. Świdorski Kazimierz w Kazaniu.
96. Szadek Karol w Kijowie.
97. Szuman Leon w Toruniu.
98. Thomayer Józef w Pradze Czeskiej.
99. Wasserzug Dawid w Zawierciu.
100. Widman Oskar we Lwowie.
101. Zagórski Karol w Lublinie.
102. Zieleniewski Michał w Krakowie.
103. Żmigrodzki Kazimierz w Petersburgu.

## 4.

**Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych,  
odbyć się mających w roku 1895.**

|             | w d n i a c h. |            |    |
|-------------|----------------|------------|----|
| Styczeń     | 2              | 15         | 29 |
| Luty        | 5              | 19         | 26 |
| Marzec      | 5              | 19         | 26 |
| Kwiecień    | 2              | 16         | 30 |
| Maj         | 7              | 21         | 28 |
| Czerwiec    | 4              | 18         | —  |
| Lipiec      | }              | F e r y e. |    |
| Sierpień    |                |            |    |
| Wrzesień    | 3              | 17         | 24 |
| Październik | 1              | 15         | 29 |
| Listopad    | 5              | 19         | 26 |
| Grudzień    | 3              | 17         | 31 |

Za zgodność Wice-Prezes Towarzystwa **Sokołowski.**

## 6.

## SPRAWOZDANIE

**z obrotu funduszków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i funduszków pod administracją Towarzystwa zostających, za rok 1894.**

(Regulamin § 109 Lit. B., punkt 6).

### A) Fundusze Towarzystwa.

#### *I. Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa.*

|  |                |
|--|----------------|
| Remanent z końcem r. 1893 . . . . .  | Rs. 1144 k. 08 |
| Składka za rok 1894 wraz z zaległością z r. 1893 . . . . .   | „ 2670 „ —     |
| Wstępne od 14 członków czynnych . . . . .  | „ 84 „ —       |
| Wpływy z prenumeraty Pamiętnika Towarzystwa. . . . .   | „ 339 „ 30     |
| Zasiłek z dochodów domu Towarzystwa przy ulicy<br>Niecałej pod Nr. 614 L . . . . .                                 | „ 2000 „ —     |
| Prowizya z Banku Handlowego od funduszu w gotowiznie, złożonego na rachunku przekazowym<br>7-mio dniowym . . . . . | „ 154 „ 72     |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .  | Rs. 6392 k. 10 |

Z tej summy dopełnione zostały wydatki następujące:

|   |     |            |
|---|-----|------------|
| Na administrację, druki, materyały piśmienne i potrzeby gospodarcze . . . . . | Rs. | 1583 k. 81 |
| Na dzieła i dzienniki . . . . .   | „   | 841 „ 57   |
| Na wydawnictwo Pamiętnika Towarzystwa, łącznie z kosztami Redakcyi. . . . .   | „   | 1599 „ 71  |

Na wydatki różne:

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
| 1. Opłata Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie od pożaru Biblioteki i ruchomości Towarzystwa . . . . .  | Rs. | 102 k. 05 |
| 2. Gratyfikacye udzielone na Nowy Rok 1895 urzędnikom Kancelaryi i oficyalistom Towarzystwa . . . . .  | „   | 315 „ —   |
| 3. Umundurowanie woźnych . . . . .   | „   | 50 „ —    |
| 4. Na wydatki nieprzewidziane, jakoto: telegramy, druk dyplomów honorowych, druk okólników, projektu budżetu na r. 1895, opłaty stempłowe, przepisywanie protokółów posiedzeń klinicznych, lampy Auera, wynagrodzenie drugiego woźnego za zbieranie składek kwartalnych, sprawienie sofy do demonstracyi chorych i t. p. . . . . | „   | 262 „ 01  |
| 5. Przelew do funduszu pracowni zasłku na dokompletowanie niezbędnych wydatków . . . . .   | „   | 117 „ 85  |
|  | „   | 846 „ 91  |
| Ogół rozechodu . . . . .   | Rs. | 4872 k. — |
| Remanent z końcem r. 1894 . . . . .  | „   | 1520 „ 10 |

## II. Dom Towarzystwa w Warszawie przy ulicy Niecałej pod N. 614L.

|   |     |            |
|---|-----|------------|
| Remanent z końcem r. 1893 . . . . .                         | Rs. | 112 k. 15  |
| Za komorne od lokatorów domu . . . . .                      | „   | 8559 „ —   |
| Opłata od lokatorów za wodę z wodociąg. miejskich . . . . . | „   | 128 „ 40   |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .                       | Rs. | 8799 k. 55 |

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

|   |     |            |
|---|-----|------------|
| Na restaurację i konserwację zabudowań . . . . .                              | Rs. | 303 k. 36  |
| Na administrację, utrzymanie porządku i podatki . . . . .                     | „   | 2128 „ 06  |
| Na opłatę procentów od kapitałów wypożyczonych i na domu lokowanych . . . . . | „   | 3699 „ —   |
| Na wydatki różne, jakoto:   |     |            |
| 1. Kolendy noworoczne służbie i różnym osobom . . . . .                       | Rs. | 45 k. —    |
| do przeniesienia . . . . .  | Rs. | 45 k. —    |
|   | Rs. | 6130 k. 42 |



|    |   |                |                |
|----|---|----------------|----------------|
|    | z przeniesienia   | Rs. 45 k. —    | Rs. 6130 k. 42 |
| 2. | Zasiłek funduszowi na wydatki bieżące za rok 1894 . . . . .                                       | „ 2000 „ —     |                |
| 3. | Opłata stemplowa za niedokasowane w r. 1890 marki stemplowe do planów na budowę oficyny . . . . . | „ 12 „ —       |                |
| 4. | Przelano do funduszu rezerwowego domu N. 614L oszczędność roczną „ 400 „ —                        |                | „ 2457 „ 80    |
|    | Ogół rozchodu .   | Rs. 8588 k. 22 |                |
|    | Remanent z końcem roku 1894 „   |                | 211 k. 33      |

### III. Fundusz rezerwowi domu Towarzystwa pod N. 614L.

|    |   |                             |
|----|---|-----------------------------|
|    | Remanent z końcem r. 1893 . . . . .   | Rs. 415 k. 96 $\frac{1}{2}$ |
|    | Za kupony od papierów procentowych. . . . .   | „ 10 „ 22                   |
|    | Korzyść otrzymana przy sprzedaży Listu Zastaw. M. Warszawy na rs. 250, za który otrzymano rs. 258 k. 13 . . . . . | „ 8 „ 13                    |
|    | Przelew oszczędności rocznej z dochodów domu N. 614L, stosownie do budżetu . . . . .                              | „ 400 „ —                   |
|    | Ogół przychodu z remanentem .   | Rs. 834 k. 31 $\frac{1}{2}$ |
|    | Z tej summy wydano na pokrycie blachą cynkową dachu na domu frontowym nowym, oraz na reparację dachów . . . . .   | „ 415 „ 81                  |
|    | Remanent z końcem r. 1894 .   | Rs. 418 k. 50 $\frac{1}{2}$ |
|    | a mianowicie:   |                             |
| 1. | W Liście Zastawnym Ziemskim . . . . .   | „ 100 „ —                   |
| 2. | W gotowiznie . . . . .  | „ 318 „ 50 $\frac{1}{2}$    |
|    | Razem jak wyżej .   | Rs. 418 k. 50 $\frac{1}{2}$ |

### IV. Fundusz Pracowni Towarzystwa.

|  |  |                |
|--|--|----------------|
|  | Remanent z końcem roku 1893 . . . . .  | Rs. 4360 k. 36 |
|  | Za kupony od papierów procentowych. . . . .  | „ 51 „ 79      |
|  | Procent od kapitału rs. 3000 z legatu Dra Wilczyńskiego, hipotecznie lokowanego . . . . .                            | „ 150 „ —      |
|  | Przelew z funduszu na wydatki bieżące zasiłku, przyznanego przez Towarzystwo na rok 1894 . . . . .                   | „ 117 „ 85     |
|  | Korzyść otrzymana przy sprzedaży Listu Zastawnego Ziemskiego, na rs. 100, za który otrzymano rs. 100 k. 15 . . . . . | „ — „ 15       |
|  | Ogół przychodu z remanentem .  | Rs. 4680 k. 15 |

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

|  |     |            |
|--|-----|------------|
| Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie ruchomości Pracowni . . . . .                          | „   | 4 „ 01     |
| Płaca kustosza Pracowni . . . . .  | „   | 150 „ —    |
| Płaca służącego . . . . .  | „   | 180 „ —    |
| Na opał, światło, reparacye i inne potrzeby . . . . .  | „   | 185 „ 66   |
| Kustoszowi na różne drobne wydatki dla Pracowni . . . . .  | „   | 30 „ —     |
| Ogół rozchodu .  | Rs. | 549 k. 67  |
| Remanent z końcem roku 1894 . . . . .  | „   | 4130 „ 48  |
| a mianowicie:  |     |            |
| 1. Fundusz stały z legatu Dra Wład. Wilczyńskiego, hypotecznie na domu Nr. 614L w Warszawie lokowany . . . . . | „   | 3000 „ —   |
| 2. Fundusz stały na utrzymanie Pracowni ofiarowany przez Dra Lud. Natansoną w List. Zast. m. Warsz. . . . .    | „   | 1000 „ —   |
| 3. w gotowiznie . . . . .  | „   | 130 „ 48   |
| Razem jak wyżej .  | Rs. | 4130 k. 48 |

*V. Fundusz z legatu ś. p. Dra Bącewicza, na utrzymanie grobu na Cmentarzu powązkowskim.*

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
| Remanent z końcem r. 1893 . . . . .  | Rs. | 231 k. 03 |
| Przelano procent od kapitału rs. 150 na domu Nr. 614L w Warszawie hypotecznie lokowanego . . . . . | „   | 9 „ —     |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .  | Rs. | 240 k. 03 |
| Z tego wydano na utrzymanie grobu w porządku . . . . .   | „   | 6 „ —     |
| Remanent z końcem r. 1894 . . . . .  | Rs. | 234 k. 03 |
| a mianowicie:  |     |           |
| Kapitał na domu Nr. 614L hypotecznie lokowany . . . . .  | „   | 150 „ —   |
| W gotowiznie . . . . .   | „   | 84 „ 03   |
| Razem jak wyżej .  | Rs. | 234 k. 03 |

*VI. Fundusz z legatu Dra Bącewicza na wsparcie 5-ciu wdów po lekarzach polakach.*

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| Z końcem 1893 fundusz stały, na hipotece lokowany, wynosił w ogóle . . . . .                | Rs. | 7500 k. — |
| W r. 1894 przelano z dochodów domu Towarzystwa procent od kapitału rs. 7500 . . . . .       | „   | 450 „ —   |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .   | Rs. | 7950 k. — |
| W r. 1894 przelano do Kassy Wsparcia, na doroczne wsparcia 5-iu wdów po lekarzach . . . . . | „   | 450 „ —   |
| Remanent z końcem r. 1894 . . . . .   | Rs. | 7500 k. — |

## VII. Fundusz z legatu Dra Feliksa Jabłonowskiego.

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Remanent z końcem r. 1893 . . . . .                 | Rs. 13654 k. 43 $\frac{1}{2}$ |
| Procenty od sum hipotecznie wypożyczonych . . . . . | „ 735 „ —                     |
| Za kupony od papierów procentowych . . . . .        | „ 28 „ 28                     |

Ogół przychodu z remanentem . Rs. 14417 k. 71 $\frac{1}{2}$

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

|   |            |
|---|------------|
| Przelano do Kasy Wsparcia na wsparcie ubogiego lekarza, lub też wdów i sierot po lekarzach . . . . .                            | „ 448 „ 28 |
| Wypłacono wsparcie 2 podupadłym majstrom kunsztu krawieckiego i piekarskiego, stosownie do zapisu, po rs. 150 każdemu . . . . . | „ 300 „ —  |
| Koszta nabożeństwa za duszę testatora . . . . .   | „ 4 „ 50   |

Ogół rozchodu . Rs. 752 k. 78

Remanent z końcem r. 1894 . „ 13664 „ 93 $\frac{1}{2}$

a mianowicie:

## 1. Fundusz stały:

|   |                 |
|---|-----------------|
| a) w kapitałach hipotecznie lokowanych: na dobrach Brzeźno w pow. Ostrołęckim rs. 4500 i na domu Towarzystwa w Warsz. pod N. 614L rs. 8500, łącznie . . . . . | „ 13000 „ —     |
| b) w papierach procentowych . . . . .   | „ 500 „ —       |
| c) w gotowiznie . . . . .   | „ 45 „ 58       |
|   | Rs. 13545 k. 58 |

2. Fundusz reparacyjny grobu . . . . . „ 119 „ 35 $\frac{1}{2}$

Razem jak wyżej . Rs. 13644 k. 93 $\frac{1}{2}$

## VIII. Fundusz nagród konkursowych imienia Dra Adama Helbicha.

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Remanent z końcem r. 1893 . . . . .            | Rs. 2093 k. 37 $\frac{1}{2}$ |
| Za kupony od papierów procentowych . . . . .   | „ 85 „ 97                    |
| Za wylosowany List Zast. M. Warszawy . . . . . | „ 250 „ —                    |

Ogół przychodu z remanentem . Rs. 2429 k. 34 $\frac{1}{2}$

Z tego wypłacono Bankowi Handlowemu za nabyty

List Zast. M. Warszawy . . . . . „ 254 „ 12

Remanent z końcem r. 1894 . Rs. 2175 k. 22 $\frac{1}{2}$

a mianowicie:

## 1. Fundusz stały:

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| a) w papierach procentowych . . . . . | „ 1100 „ — |
| b) w gotowiznie . . . . .             | „ 9 „ 82   |

## 2. Fundusz bieżący:

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| a) w papierach procentowych . . . . . | Rs. 950 k. —                                       |
| b) w gotowiznie . . . . .             | „ 115 „ 40 $\frac{1}{2}$ „ 1065 „ 40 $\frac{1}{2}$ |

Razem jak wyżej . Rs. 2175 k. 22 $\frac{1}{2}$

*IX. Fundusz nagród konkursowych imienia Dra Tytusa Chałubińskiego.*

|   |                      |
|---|----------------------|
| Remanent z końcem r. 1893 . . . . .   | Rs. 1245 k. —        |
| W roku 1894 otrzymano procent od kapitału rs. 1200,<br>hypotecznie lokowanego . . . . . | „ 60 „ —             |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .   | <u>Rs. 1305 k. —</u> |
| Ponieważ w r. 1894 rozchodu nie było, przeto remanent z końcem r. 1894 wynosi . . . . . |                      |
| a mianowicie:   | „ 1305 „ —           |
| 1. Fundusz stały hypotecznie na domu N. 614L<br>w Warszawie lokowany . . . . .          | „ 1200 „ —           |
| 2. w gotowiznie z procentów pozostałej . . . . .  | „ 105 „ —            |
| Razem jak wyżej . . . . .   | <u>Rs. 1305 k. —</u> |

*X. Fundusz z ofiar wychowawców Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 1873/74.*

|   |   |
|---|---|
| Remanent z końcem r. 1893 . . . . .   | Rs. 3163 k. 39 $\frac{1}{2}$                  |
| W roku 1894 otrzymano:  |   |
| Za kupony od papierów procentowych . . . . .  | „ 149 „ 39                                    |
| Z ofiar jednorazowych od b. studentów medycyny<br>z r. 1873/74, obecnie lekarzy . . . . .                                 | „ 145 „ —                                     |
| Z Banku Handlowego reszta pozostała przy skonwertowaniu Biletu Banku Państwa na Rentę Państwową . . . . .                 | „ 43 „ 53                                     |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .   | <u>Rs. 3501 k. 31<math>\frac{1}{2}</math></u> |
| Ponieważ przy kupnie papierów procentowych na sumę rs. 700, za które zapłacono rs. 708 k. 58, poniesiono stratę . . . . . | „ 8 „ 58                                      |
| przeto remanent z końcem r. 1894 wynosi . . . . .   | Rs. 3492 k. 73 $\frac{1}{2}$                  |
| a w szczególności:  |   |
| 1. w papierach procentowych . . . . .   | „ 3450 „ —                                    |
| 2. w gotowiznie . . . . .   | „ 42 „ 73 $\frac{1}{2}$                       |
| Razem jak wyżej . . . . .   | <u>Rs. 3492 k. 73<math>\frac{1}{2}</math></u> |

*XI. Fundusz nagród konkursowych z zapisu Dra Walentego Koczorowskiego.*

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Remanent z roku 1893 . . . . .  | Rs. 4461 k. —         |
| W roku 1894 wpłynęło:   |                       |
| 1. Za kupony od papierów procentowych . . . . .   | „ 142 „ 50            |
| 2. Korzyść osiągnięta na sprzedaży Listów Zastawnych M. Warszawy na rs. 3000 . . . . .                                | „ 36 „ 30             |
| 3. Przelew z fund. ogólnego z dochodów domu N. $\frac{12}{13}$ w m. Piotrkowie, stosownie do woli testatora . . . . . | „ 600 „ —             |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .   | <u>Rs. 5239 k. 80</u> |

Z tej sumy dopełniono wydatków następujących:

|  |                  |
|--|------------------|
| Nagrody konkursowe DDrom: Dmochowskiemu Zdzisławowi, Majewskiemu Adamowi i Mikuckiemu Stanisławowi, po rs. 300 . . . . . | Rs. 900          |
| Przelano do funduszu na wydawnictwo prac uwieńczonych nagrodą. . . . .   | „ 900 „ 1800 „ — |
| Remanent z końcem r. 1894 wynosi . . . . .   | Rs. 3439 k. 80   |

*XII. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych, uwieńczonych nagrodą z zapisu Dra Walentego Koczorowskiego.*

|  |                |
|--|----------------|
| Remanent z roku 1893 . . . . .   | Rs. 249 k. 35  |
| W r. 1894 przelano z funduszu nagród konkursowych, na koszt wydania prac DDrów Dmochowskiego, Majewskiego i Mikuckiego, po rs. 300 na każdą pracę konkursową . . . . . | „ 900 „ —      |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .  | Rs. 1149 k. 35 |

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

|  |                      |
|--|----------------------|
| 1. Za druk pracy Dra Dmochowskiego w Pamiętniku Towarzystwa . . . . .  | Rs. 146 k. 78        |
| 2. Za druk pracy Dra Majewskiego i drzeworyty do jego artykułu, помещzonego w Pam. Towarzyst. „ 95 „ 35 „ 242 „ 13 | „ 95 „ 35 „ 242 „ 13 |
| Remanent z końcem r. 1894 . . . . .  | Rs. 907 k. 22        |

*XIII. Fundusz z zapisu ś. p. Teofili Koczorowskiej.*

|   |               |
|---|---------------|
| Fundusz ten z końcem roku 1893 wynosił. . . . .   | Rs. 1000 k. — |
| W roku 1894 otrzymano procent od powyższego funduszu . . . . .  | „ 60 „ —      |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .   | Rs. 1060 k. — |
| W tymże roku przelano powyższy procent do Kasy Wsparcia dla rozdzielenia na wsparcie pomiędzy wdowy i sieroty po lekarzach, w myśl woli testatorki. . . . . | „ 60 „ —      |
| Remanent z końcem roku 1894 wynosi, jako fundusz stały, hipotecznie na domu Nr. 614L w Warszawie lokowany . . . . .   | Rs. 1000 k. — |

*XIV. Fundusz z zapisu ś. p. Dra Ignacego Gołębiowskiego.*

|  |                |
|--|----------------|
| Remanent z roku 1894 . . . . .   | Rs. 5025 k. 72 |
| W roku 1894 otrzymano procent od funduszu stałego rs. 5000, hipotecznie lokowanego . . . . . | „ 250 „ —      |
| Ogół przychodu z remanentem . . . . .  | Rs. 5275 k. 72 |
| W tymże roku wypłacono stypendyum studentowi medycyny . . . . .                              | „ 250 „ —      |
| Remanent z końcem r. 1894 . . . . .  | Rs. 5025 k. 72 |

a mianowicie:

|  |     |            |
|--|-----|------------|
| 1. Kapitał hipotecznie na domu Nr. 614L w Warszawie lokowany . . . . . | „   | 5000 „ —   |
| 2. w gotowiznie . . . . .  | „   | 25 „ 72    |
| Razem jak wyżej . . . . .  | Rs. | 5025 k. 72 |

**XV. Fundusz z zapisu u ś. p. Henryka Michała Czekierskiego.**

|   |     |            |
|---|-----|------------|
| Remanent z roku 1893 . . . . .  | Rs. | 2072 k. 62 |
| W roku 1894 wpłynęło za kupony od papierów procentowych . . . . .                             | „   | 85 „ 50    |
| Ogół przychodu z remanentem   | Rs. | 2158 k. 12 |
| W tymże roku przelano do Kasy Wsparcia procent od kapitału rs 2000 w Listaw Zastaw. Ziemskich | „   | 87 „ 87    |
| Remanent z końcem roku 1894 . . . . .   | Rs. | 2070 k. 25 |

a mianowicie:

1. Fundusz stały:

|  |         |            |
|--|---------|------------|
| a) w Listach Zastawnych . . . . .                                      | rs.     | 2000 k. —  |
| b) w gotowiznie pochodzącej z dopłaty przy konwersyi Listów Zastawn. „ | 27 „ 50 |            |
|  | rs.     | 2027 k. 50 |

|  |   |         |
|--|---|---------|
| 2. Fundusz bieżący w gotowiznie z procentów pochodzący . . . . . | „ | 42 „ 75 |
|--|---|---------|

Razem jak wyżej . . . . . Rs. 2070 k. 25

**XVI. Fundusz na wzniesienie pomnika Dri Wiktorowi Szokalskiemu.**

|  |         |          |
|--|---------|----------|
| Remanent z roku 1893 . . . . .   | Rs.     | 13 k. 50 |
| Wpływów w roku 1894 nie było; z powyższego zaś remanentu wydatkowano na odprawienie nabożeństwa żałobnego i ogłoszenie w dziennikach „ | 13 „ 50 |          |
| Z końcem r. 1894 fundusz ten, jako ostatecznie wyczerpany, zamknięto.  |         |          |

**XVII. Fundusz ze składek na portret Dra Włodzimierza Brodowskiego.**

|   |     |          |
|---|-----|----------|
| W r. 1894 wpłynęło ze składek od Członków Towarzystwa Lekarskiego . . . . .                                       | Rs. | 440 k. — |
| Ponieważ w tymże roku wypłacono p. Badowskiemu Adamowi, artyście malarzowi należność, za portret olejny . . . . . | „   | 440 „ —  |
| Remanentu przeto z końcem roku 1894 niema i fundusz ten, jako ostatecznie wyczerpany, zamknięto.                  |     |          |

**B. Fundusze pod administracją Towarzystwa Lekarskiego zostające:**

*XVIII. Fundusz ogólny z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie, zapisane go przez Dra Walentego Koczorowskiego na stypendya i premia konkursowe.*

|   |     |            |             |
|---|-----|------------|-------------|
| Remanent z roku 1893 . . . . .  | Rs. | 358 k. 52  |             |
| W roku 1894 ogólny dochód za komorne od lokatorów domu . . . . .  |     | „          | 5255 „ 65   |
| Ogół przychodu z remanentem .   | Rs. | 5614 k. 17 |             |
| W roku 1894 dopełnione zostały wydatki następujące:   |     |            |             |
| 1. Na stypendya 6 studentom medycyny po rs. 300 . . . . .   | Rs. | 1800 k. —  |             |
| 2. Przelano do funduszu nagród konkursowych, roczny fundusz testamentem oznaczony . . . . .   | „   | 600 „ —    |             |
| 3. Przelano do fund. rezerwowego na spłatę długów hipotecznych domu Nr. 12/13 w Piotrkowie . .  | „   | 150 „ —    |             |
| 4. Przelano do fund. budowlanego domu Nr. 12/13 w Piotrkowie . .  | „   | 150 „ —    |             |
| 5. Na spłatę procentów od kapitałów obciążających hypotekę domu . .   | „   | 530 „ —    |             |
| 6. Na podatki i ciężary gruntowe, restaurację zabudowań, utrzymanie porządku, koszta administracji, koszta sądowe, stemple, koszta poczty i t. p. . . . . | „   | 1880 „ 71  | „ 5110 „ 71 |
| Remanent z końcem roku 1894 .   | Rs. | 503 k. 46  |             |

*XIX. Fundusz rezerwowi budowlany domu Nr. 12/13 w Piotrkowie.*

|   |     |            |  |
|---|-----|------------|--|
| Remanent z roku 1893 . . . . .  | Rs. | 826 k. 91  |  |
| W roku 1894 wpłynęło:   |     |            |  |
| 1. Za kupony od papierów procentowych . . . . .   | „   | 33 „ 48    |  |
| 2. Przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie oszczędność za r. 1894 . . . . .                 | „   | 150 „ —    |  |
| Ogół przychodu z remanentem .   | Rs. | 1010 k. 39 |  |
| Ponieważ rozchodu z tego funduszu w roku 1894 nie było, przeto ogół tego funduszu z końcem tegoż roku wynosił . . . . . | „   | 1010 „ 39  |  |
| a mianowicie:   |     |            |  |
| a) w papierach procentowych . . .   | Rs. | 750 k. —   |  |
| b) w gotowiznie . . . . .   | „   | 260 „ 39   |  |
| Razem jak wyżej .   | Rs. | 1010 k. 39 |  |

XX. *Fundusz rezerwowý na spłatę dłuów hypotecznych domu Nr. 12/13  
w Piotrkowie.*

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| Remanent z roku 1893 . . . . .  | Rs. | 172 k. 79 |
| W roku 1894 wpłynęło:   |     |           |
| 1. Za kupony od papierów procentowych . . . . .   | „   | 4 „ 28    |
| 2. Przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu<br>Nr. 12/13 w Piotrkowie oszczędność za rok 1894                               | „   | 150 „ —   |
| Ogół przychodu z remanentem .   | Rs. | 327 k. 07 |
| Ponieważ rozchodu z tego funduszu w roku 1894 nie<br>było, przeto ogół tego funduszu z końcem te-<br>goż roku wynosił . . . . . |     |           |
| a mianowicie:   | „   | 327 „ 07  |
| a) w Liście Zastawnym Ziemskim .  | Rs. | 100 k. —  |
| b) w gotowiznie . . . . .   | „   | 227 „ 07  |
| Razem jak wyżej .   | Rs. | 327 k. 07 |

*Warszawa dnia 15 czerwca 1895 roku.*

Sekretarz Stały Towarzystwa **Dr Brodowski.**

## 7.

## B I L A N S

**fundusów i własności Towarzystwa Lekarskiego  
Warszawskiego z końcem roku 1894.**

(Regul. § 109 Lit. B. punkt 7).

I. **Activa pewne.**

|   |     |  |
|---|-----|--|
| 1. Dom Towarzystwa przy ulicy Niecałej Nr. 614L<br>w Warszawie, oceniony na . . . . . | Rs. | 120000 k. —                                  |
| 2. Remanent z dochodów domu N. 614L w gotowiznie                                      | „   | 211 „ 33                                     |
| 3. Fundusz rezerwowý domu Nr. 614L:   |     |  |
| a) w papierach procentowych .   | Rs. | 100 k. —                                     |
| b) w gotowiznie . . . . .   | „   | 318 „ 50 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> „       |
| 4. Remanent z funduszu na wydatki bieżące Towa-<br>rzystwa w gotowiznie . . . . .     | „   | 1520 „ 10                                    |
| 5. Fundusz Pracowni Towarzystwa:  |     |  |
| a) w kapitałach hypotecz. lokow.  | Rs. | 3000 k. —                                    |
| b) w papierach procentowych .   | „   | 1000 „ —                                     |
| c) w gotowiznie. . . . .  | „   | 130 „ 48 „                                   |
|   |     | Rs. 4130 „ 48                                |
|   |     | Rs. 126280 k. 41 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> |
| do przeniesienia .  | Rs. | 126280 k. 41 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>     |



## II. Passiva (długi hipoteczne).

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| 1. Towarzyst. Kred. m. Warszawy . . .   | Rs. 32000 |  |
| 2. Funduszowi z legatu Dra Jana Bęcwi-<br>cza na wsparcie 5 wdów po lekarzach . . .                         | 7500      |  |
| 3. Funduszowi z legatu Dra Jana Bęcwi-<br>cza na utrzymanie grobu testatora . . .                           | 150       |  |
| 4. Funduszowi z legatu Dra Feliksa Ja-<br>blonowskiego . . . . .  | 8500      |  |
| 5. Funduszowi nagród konkursowych imie-<br>nia Dra Tytusa Chałubińskiego . . . . .                          | 1200      |  |
| 6. Funduszowi z legatu Dra Ignacego Go-<br>łębiowskiego . . . . .   | 5000      |  |
| 7. Funduszowi z legatu Teofili Koczorow-<br>skiej . . . . .   | 1000      |  |
| 8. Funduszowi z legatu Dra Władysława<br>Wileczyńskiego, zapisanemu na Pracow-<br>nię Towarzystwa . . . . . | 3000      | Rs. 58350 k. —                                 |
|   |           | <u>Rs. 67930 k. 41<math>\frac{1}{2}</math></u> |

## III. Activa niepewne.

|   |        |  |
|---|--------|--|
| 1. Składki zaległe od kilku Członków . . .                          | Rs. 48 |  |
| 2. Zaległe po koniec r. 1894 komorne z do-<br>mu Nr. 614L . . . . . | 40     | Rs. 88 k. —                                    |
|   |        | <u>Rs. 68018 k. 41<math>\frac{1}{2}</math></u> |

Dodając do tego:

|   |           |   |
|---|-----------|---|
| a) Wartość biblioteki Towarzystwa, według polisy<br>Warszaw. Tow. Ubezp. od ognia . . . | Rs. 24000 |   |
| b) Wartość ruchomości Towarzystwa, we-<br>dług tejże polisy . . . . .                   | 4000      |   |
| c) Wartość inwentarza Pracowni, według<br>polisy tegoż Towarzystwa Ubezpieczeń . . .    | 1560      | „ 29530 „ —   |
|   |           | <u>Ogół stanu majątkowego . Rs. 97578 k. 41<math>\frac{1}{2}</math></u> |

Warszawa dnia 15 Czerwca 1895 roku.

Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego **Dr Brodowski.**



## Nagrody konkursowe, stypendya i t. p., przyznane w roku 1894 z funduszków pod zarządem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zostających.

(Regul. § 109 Lit. B. punkt 9).

### I. Co do nagród konkursowych.

W roku 1894, mianowicie na dzień 31 Marca, oznaczony był termin do złożenia prac na konkurs z funduszu zapisanego przez Dra Walentego KOCZOROWSKIEGO.

Ogłoszonych przez Towarzystwo Lekarskie w roku 1893 było 18 tematów, z terminem do dnia 31 Marca 1894 roku, nagród zaś oznaczono na rok 1893/4 siedem, każda po rs. 300 i na koszt wydania każdej uwiecznionej pracy rs. 300. W terminie powyższym nadesłano cztery prace, mianowicie na tematy następujące:

- 1) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowania przez filtry piaskowe na zawartość bakteryi i skład chemiczny wody rzecznej;
- 2) Budowa histologiczna jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałdów i kanałów drugorzędnych;
- 3) Wykazanie granic kąta maksymalnego a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy unieruchomionej miednicy; b) przy unieruchomionych stopach. Wykazać jaki udział przy takim skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulec skręcenia;
- 4) Zbadać zmiany anatomiczne przy sprawach zapalnych, przebiegających na błonie śluzowej, wyściełającej jamę HIGHMORA.

Komitet konkursowy, złożony z DDrów DUNINA, HEWELKE, JAKOWSKIEGO, KRYSIŃSKIEGO, NENCKIEGO LEONA, PRZEWOŚKIEGO i SOKOŁOWSKIEGO, po rozpatrzeniu wyżej wymienionych prac, na posiedzeniu w dniu 16 Czerwca 1894 roku przyznał nagrody konkursowe za prace pod NNr. 2, 3 i 4 wyżej wykazane. Co się zaś tyczy pracy pod Nr. 1 wyżej wykazanej, zagłosowano przez tajne balotowanie, 5 głosami przeciw 2, aby pracy tej nie uagrodzić.

Komitet konkursowy uczynił przytem na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego wniosek o zatwierdzenie 3 powyższych nagród w następującym porządku: praca Nr. 4, praca Nr. 3 i praca Nr. 2.

Po otworzeniu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 19 Czerwca 1894 roku, 3-eh kopert opatrzonych odpowiednimi dewizami i mieszczących nazwiska autorów, ogłoszono przyznanie nagród z funduszu D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO:

- 1) za pracę pod Nr. 4, Dr Zdzisławowi DMOCHOWSKIEMU, z Warszawy;
- 2) za pracę pod Nr. 3, Dr Adamowi MAJEWSKIEMU, z Lublina;
- 3) za pracę pod Nr. 2, Dr Władysławowi MIKUCKIEMU, z Krakowa.

## II. Co do stypendyów.

W roku 1894 Komitet opieki funduszów stypendyalnych z zapisów Dra Walentego KOCZOROWSKIEGO i Dra Ignacego GOŁĘBIOWSKIEGO przyznał stypendya na rok akademicki 1894/5, następującym studentom medycyny Uniwersytetu Warszawskiego:

a) z legatu Dra Koczorowskiego, po rs. 300 rocznie:

1. Kłocowi Eugeniuszowi, studentowi kursu 5-go.
2. Marczewskiemu Józefowi „ „ „
3. Sawickiemu Aleksandrowi „ „ „
4. Stonkusowi Janowi „ „ „
5. Korzonowi Tadeuszowi „ „ 4-go.
6. Szatrowskiemu Konstantemu „ „ „

b) z legatu Dra Gołębiowskiego, w kwocie rs. 250 rocznie:

Karbownickiemu Leonowi, studentowi kursu 4-go.

c) Stypendyum imienia Polikarpa Girsztowta, niegdy Członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Profesora chirurgii w Uniwersytecie Warszawskim, wynoszące rocznie rs. 240, przyznane zostało przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na rok akademicki 1894/5, Florentynowi Zalcmanowi, studentowi kursu 5-go medycyny Uniwersytetu Warszawskiego.

Wszystkim wyżej wymienionym studentom zatwierdzone zostały przez Władzę naukową przyznane im stypendya na rok akadem. 1894/5.

Wreszcie wspomnieć wypada o udziale Zarządu Towarzystwa Lekarskiego w zatwierdzaniu stypendyów i zapomóg z procentów od funduszu wieczystego z legatu Dra Józefa CHWIEĆKOWSKIEGO.

Na zasadzie testamentu Dra CHWIEĆKOWSKIEGO z dnia 25 Czerwca 1879 roku, wykonawcy jego testamentu: Prof. Dr Włodzimierz BROWDOWSKI, Dr Konrad CHMIELEWSKI i Adwokat przysięgły Dominik ANO, przyznali w ciągu roku 1894 zapomogi, premia i stypendya z rzeczowego legatu, a Zarząd Towarzystwa zatwierdził je, w ogólnej summie rs. 3487, a w szczególności:

1. Z procentów od kapitału stypendyalnego uczniów szkół technicznych i rzemieślniczych, zapomogi 24 uczniom, w wysokości od rs. 24 do rs. 250, łącznie . . . . . Rs. 1751 k. —

2. Z procentów od kapitału na premia i wydawnictwa popularne z dziedziny nauk przyrodniczych, na wydanie 2-ch broszur Adama Śniegockiego: 1) „Jakie rośliny uprawiać należy w gospodarstwach drobnych i włościańskich: konieczyiny i lucerny“, i 2) „Rośliny groszkowe“ . . . . . „ 836 „ —

3. Z procentów od kapitału stypendyalnego studentów medycyny, stypendya 3 m studentom medycyny

do przeniesienia Rs. 2587 k. —

z przeniesienia Rs. 2537 k. —  
 Uniwersytetu Warszawskiego, mianowicie pp. Jasielewiczowi Kazimierzowi i Nartowskiemu Bronisławowi z kursu 5-go i Anteckiemu Stanisławowi z kursu 3-go, każdemu po rs. 300 łącznie . . . . . „ 900 „ —

Ogółem wykouawcy testamentu Dra Józefa CHWIĘCKOWSKIEGO przyznali, a Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zatwierdził zapomogi, premia i stypendya w sumie, jak wyżej. . . . . Rs. 3487 k. —

*w Warszawie dnia 15 Czerwca 1895 roku.*

Sekretarz Stały Towarzystwa **Dr Brodowski.**

## 10. 11.

### Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących oraz o zadaniach konkursowych.

(Regul. § 109 Lit. B. punkta 10 i 11).

I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w roku 1894 ogłosiło 20 tematów do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego KOCZOROWSKIEGO, z terminem do dnia 31 Marca 1895 roku. Nagród tych oznaczono na rok 1894/5 pięć, każda po rs. 300 i na koszt wydania każdej z uwiecznionych prac rs. 300.

W terminie powyższym nadesłano 9 prac, które zakomunikowane zostały Komitetowi konkursowemu do oceny. Dotąd Komitet uchwały swej co do wartości tychże prac nie przedstawił. Szczegółowa wiadomość o pracach Komitetowi konkursowemu do oceny oddanych, oraz o postanowieniu Komitetu i decyzji Towarzystwa Lekarskiego, podaną będzie w Roczniku Zarządu za rok 1895.

Komitet konkursowy zaprojektował na rok 1895/6 ośm tematów, które były komunikowane na początku Kwietnia r. b. w odpowiednim okólniku wszystkim Członkom Towarzystwa Lekarskiego do przejrzenia.

Po wysłuchaniu uwag i propozycji ogółu Członków Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwo na posiedzeniu w dniu 17 Kwietnia 1895 r. ostatecznie wybrało i postanowiło ogłosić następujących 11 tematów konkursowych do nagród z funduszu Dra KOCZOROWSKIEGO na rok 1895/6, z terminem do dnia 31 Marca 1896 roku:

1. Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem niezbadanych bakteryi chorobotwórczych.

2. Sprawdzenie poglądów HORBACZEWSKIEGO na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny.

3. Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnym zapaleniu dróg oddechowych [lub jednego z ich odcinków].

4. Zapalenie kataralne płuc z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteriologicznego.

5. Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem.

6. Histologia *portionis vaginalis uteri*, z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego, skończywszy na uwiadzie starszym.

7. Zbadać zmiany anatomiczne, wywołane przez długotrwałe działanie na organizm toksyn *staphylococcus aureus*.

8. Rozstrzygnąć doświadczalnie kwestyę dotychczasowo sporną: czy ciśnienie krwi tętniczej powiększa się (LANDOIS, MAREY), lub też czy takowe zmniejsza się (BASCH, FREY, LENZMANN), w okresie silnego wydychania, a mianowicie w doświadczeniach *Falsaky*.

9. Znaczenie Prof. SZOKALSKIEGO dla nauki o zmysle mięśniowym.

10. Zasługi Prof. SZOKALSKIEGO dla nauki o uczuciu barw.

11. Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stosunek pomiędzy jakościowym i ilościowym wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, resp. surowicy krwi w tej chorobie.

Nagród na rok 1895/6, odpowiednio do posiadanego funduszu, oznaczono dwie, każda po rs. 300 i na koszt wydania pracy rs. 300.

II. Z funduszu konkursowego imienia Dra Adama HELBICHA wakowały w okresie trzyletnim, t. j. od d. 1 Kwietnia 1891 r. do d. 31 Marca 1894 roku, nagrody konkursowe w liczbie 6-ciu, każda po rs. 150; zadane temata w każdym zeszyte Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego, oraz raz na rok w innych czasopismach lekarskich polskich, w powyższym okresie konkursowym były ogłaszane.

Gdy do dnia 1 Kwietnia 1894 żadnej pracy na konkurs imienia HELBICHA nie otrzymano, Towarzystwo Lekarskie, na wniosek Zarządu Towarzystwa, przedłużyło termin konkursowy do dnia 19 Października r. 1894 i ogłosiło, że do tego terminu, jako zgodnego z regulaminem nagród konkursowych imienia HELBICHA, prace przyjmowane będą.

W powyższym terminie złożoną została jedna tylko praca, którą Komitet konkursowy rozpoznawał, w myśl regulaminu, do końca roku 1894 i na początku 1895. Szczegółowe sprawozdanie Komitetu konkursowego i wiadomość o przyznaniu przez Towarzystwo nagrody konkursowej, jako odnoszące się do czynności roku 1895, zamieszczone będą w Roczniku Zarządu za tenże rok.

III. Z funduszu konkursowego imienia Dra Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO wakuje nagroda rs. 240 za dzieło z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych, w zastosowaniu do medycyny, z liczby prac, które ogłoszone będą drukiem w ciągu lat 1893, 1894, 1895 i 1896. Termin prekluzyjny do nadesłania prac na ręce Sekretarza Stałego, oznaczony został na dzień 31 Stycznia 1897 roku. Nagroda przyznana będzie przed upływem pierwszego półrocza roku 1897. W każdym zeszyte Pamiętnika

Towarzystwa, a raz do roku w innych czasopismach lekarskich polskich, zamieszczane jest odpowiednie ogłoszenie o tym konkursie.

IV. Co się tyczy stypendyów przez Towarzystwo Lekarskie corocznie przyznawanych, na rok akademicki 1895/6 wakują stypendya następujące:

a) z legatu Dra Walentego KOCZOROWSKIEGO, sześć stypendyów po rs. 300, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, religii Rzymsko-Katolickiej, z pierwszeństwem dla rodzin przez zapisodawcę imiennie wskazanych; w braku kandydatów uprzywilejowanych przez testatora, zwykle otrzymują te stypendya studenci medycyny Uniwersytetu Warszawskiego kursów wyższych, odznaczający się wzorowem sprawowaniem i celującymi postępami w naukach.

b) Z legatu Dra Ignacego GOŁĘBIOWSKIEGO jedno stypendyum w kwocie rs. 250, dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego krewnego zapisodawcy, a w braku kandydata z rodziny testatora, dla studenta medycyny tegoż Uniwersytetu z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. 1 to stypendyum, w braku kandydata z rodziny uprzywilejowanej, otrzymuje zwykle student medycyny kursu wyższego, posiadający odpowiednie z egzaminu przejściowego stopnie i odznaczający się wzorowem sprawowaniem.

c) Stypendyum imienia Dra Polikarpa GIRSZTOWTA, w kwocie rs. 240, przeznaczone dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, kursu 5 (ostatniego) pochodzenia polskiego, odznaczającego się wzorowem prowadzeniem się i postępami w naukach, a szczególnie zdolnościami do chirurgii i poświęcającego się jej z zamiłowaniem.

Termin prekluzyjny do wnoszenia próśb o stypendya wyżej pod lit. a, b i c wymienione oznaczony został na dzień 15 Września r. b., bliższych zaś Informacji co do stypendyów zasięgnąć można z ogłoszeń w pismach lekarskich i codziennych, zwykle w miesiącach Kwietniu lub Maju corocznie zamieszczanych, jak niemniej w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7).

O zapomogach, premiach i stypendyach z legatu Dra CHWIECKOWSKIEGO, jako zależących od wykonawców jego testamentu, bliższych informacji udziela jeden z wykonawców testamentu, mianowicie Adwokat przysięgły Dominik ANC (w kancelaryi swej przy ulicy S-to Jerskiej, w domu pod Nr. 16).

W Warszawie, dnia 15 Czerwca 1895 roku.

Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego **Dr. Brodowski.**

## 12.

### Życiorysy 4-ch Członków Towarzystwa.

1) Dr Podowski Henryk urodził się w Warszawie w r. 1805, początkowe nauki pobierał w b. Liceum Warszawskiem, studia lekarskie

odbywał w Warszawskim Uniwersytecie Aleksandryjskim, w którym d. 29 Grudnia 1829 r. uzyskał stopień Magistra medycyny i chirurgii. W następnym roku, po studiach za granicą i po obronie rozprawy „De osteosteatomate“, otrzymał w uniwersytecie berlińskim stopień doktora medycyny.

Po powrocie do kraju został ordynatorem Szpitala Ś-go Ducha, w r. 1832 przeszedł na także stanowisko do Szpitala Ś-go Łazarza, a w 6 lat później, t. j. w r. 1838 został naczelnym lekarzem tegoż szpitala. Na stanowisku tem pozostawał do r. 1882, t. j. do wysłużenia całkowitej emerytury. Od roku 1850 był członkiem honorowym b. Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego. W Grudniu r. 1879 obchodził 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego i z tego powodu obrany został członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na posiedzeniu w dniu 21 Października 1879 roku. Zmarł w Lipcu 1894 r.

Dr PODOWSKI na każdym stanowisku potrafił zjednywać uznanie i szacunek tych, którzy mieli sposobność poznać prawy jego charakter i ujmające obejście; jako światły i doświadczony praktyk był w swoim czasie bardzo ceniony i cieszył się zasłużonem powodzeniem. Postępy wiedzy lekarskiej nie obce mu były do ostatnich prawie chwil życia, pomimo bardzo podeszłego wieku, zmarł bowiem mając lat przeszło 90.

Oprócz rozprawy doktoryzacyjnej i sprawozdań ze Szpitala Ś-go Łazarza, pomieszczanych w Pamiętniku Lekarskiego Towarzystwa Warszawskiego, drukował w dwutygodniku „Zdrowie“: Poglądy Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w przedmiocie zabezpieczenia Warszawy i Królestwa Polskiego od wybuchu dżumy i innych zaraźliwych chorób.

2) Dr DUDREWICZ Jan urodził się 1804 r. we wsi Bobowie, obwodzie Tarnowskim, średnie nauki pobierał w Liceum Ś-tej Anny w Krakowie; po ukończeniu dwuletniego kursu nauk filozoficznych w Uniwersytecie Jagiellońskim, wstąpił na Wydział Lekarski tamże. W roku 1830/1 pełnił obowiązki lekarza w wojsku polskiem. Rozprawę na stopień Doktora Medycyny obronił w r. 1833 i tegoż roku przybył do Warszawy, gdzie zajmował się praktyką lekarską. W roku 1852 podczas najsilniejszego grasowania w Warszawie epidemii cholery, delegowany był przez b. Inspektora głównego służby zdrowia w Królestwie do szpitali cholerycznych w Warszawie, w których przez cały czas trwania epidemii ordynował. W roku 1880 doczekał się uroczystego obchodu 50-letniej rocznicy otrzymania stopnia naukowego lekarskiego. Zmarł w roku 1894 doczekawszy się sędziwego wieku. Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wybrany był na posiedzeniu w d. 21 Maja 1844 r., Członkiem honorowym na posiedzeniu w d. 21 Października 1879 r.

3) Dr BUKOWSKI Ryszard Emilian Maksym, (3 imion) urodził się w Warszawie dnia 3 Marca 1857 roku z ojca Juliana, obrońcy sądowego. W roku 1876 ukończył kurs nauk w gimnazjum III w Warszawie i w tymże roku zapisał się w poczet studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego; w ciągu pięcioletniego kursu nauk uniwer-

syteckich był bardzo pilnym i zdolnym studentem. W dniu 20 grudnia 1881 roku przyznany mu został przez Wydział Lekarski i Radę Uniwersytetu Warszawskiego stopień lekarza (cum eximia laude). Zaraz po otrzymaniu tego stopnia, mianowany został nadetatowym ordynatorem kliniki chirurgicznej wydziałowej przy szpitalu S-go Ducha w Warszawie, które to obowiązki pełnił przez lat sześć, t. j. do Grudnia r. 1886. W roku 1887, gdy zawakowała posada etatowego ordynatora wymienionej wyżej kliniki, ś. p. Ryszard Bukowski powołany został przez Profesora kliniki chirurgicznej na tę posadę i otrzymał nominację w dniu 1 Grudnia 1887 roku. Posadę tę zajmował w ciągu lat 3, oznaczonych przepisami Uniwersytetu do zajmowania posad ordynatorów kliniki. W roku 1890, mianowicie w dniu 7 Stycznia ś. p. Bukowski wybrany został na Członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego, po przedstawieniu Towarzystwu rozprawy p. t. „O wyluszczeniu twardych guzów z macicy za pomocą cięcia w jej ścianach“. Dotknięty od lat kilku chorobą piersiową, nieuleczalną, zgasł w r. 1894 a w 37 życia. Ś. p. Ryszard był dzielnym praktykiem i wielezamiłowanym chirurgiem.

Dr ALEKSANDROWICZ Jerzy urodził się 1 Stycznia 1819 r. w Kumieciśkach, w powiecie Kalwaryjskim; gimnazjum ukończył w Sejnach i jako stypendysta, wysłany kosztem rządu do Uniwersytetu Petersburskiego 1839 r., zapisał się na wydział przyrodniczy i ukończył uniwersytet ze stopniem kandydata nauk przyrodniczych w r. 1842. Wkrótce powrócił do Warszawy i został mianowany nauczycielem nauk przyrodniczych w b. gimnazjum realnem. W 1844 r. wezwany był do wykładu anatomii człowieka, dla malarzy i rzeźbiarzy w b. Szkole Sztuk Pięknych. Jednocześnie honorowo prowadził wykłady botaniki w b. Szkole Farmaceutycznej, zostającej pod zarządem ówczesnej Rady lekarskiej w Królestwie Polskiem. W roku 1857 powołany został do wykładu botaniki, zoologii i anatomii porównawczej w nowo-otworzonej Ces.-Król. Akademii Medyko-Chirurgicznej, po czem, zamianowany profesorem botaniki i mineralogii w tejże Akademii, prowadził wykłady aż do r. 1862; niezależnie od tego obrany został od r. 1860 Sekretarzem naukowym Akademii. Z chwilą otwarcia b. Szkoły Głównej w r. 1862, zajął katedrę botaniki jako prof. zwyczajny i był członkiem rady ogólnej szkoły. Jednocześnie, z objęciem katedry botaniki w b. Szkole Głównej, został dyrektorem Ogrodu botanicznego. Przy zamianie b. Szkoły Głównej na Uniwersytet w r. 1869, mianowany profesorem zwyczajnym botaniki, a czyniąc zadość wymaganiom ustawy Uniwersyteckiej, zyskał stopień doktora botaniki w uniwersytecie Petersburskim w r. 1872. W tym też czasie, wydział fizyczno-matematyczny obrał go swoim dziekanem, którą to godność piastował aż do roku 1878. Po ukończeniu 30 lat służby, wybrany został przez Senat Uniwersytecki na 5-o lecie; po upływie którego wysłużywszy całkowitą emeryturę w r. 1878, usunął się od zajmowanych posad prof. botaniki i dyrektora ogrodu botanicznego, i pozostał tylko dyrektorem ogrodu Pomologicznego, które to stanowisko honorowo zajmował aż do r. 1886. W dniu 3 Czerwca 1893 r. był ob-



ehodzony 50-letni jego jubileusz. W ciągu 50 lat nieustannej pracy dał się poznać jako uczony badacz flory krajowej, profesor i pedagog, jako pracujący usilnie nad podniesieniem różnych gałęzi przemysłu krajowego, a mianowicie: ogrodnictwa, pszczelnictwa, leśnictwa i jedwabnictwa.

Napisał następujące prace: 1) Rodzina wrzosowatych (Ericaceae) okolice Petersburga, 1841 r. 2) Budowa i rozwój zarodni u słuźowców (Myxomycetes), 1872. 3) O chorobach roślin zbożowych. Pamiętnik Tow. Rolniczego. 1860. 4) O dzieworódtwie Celibatki (Caelehogyne ilicifolia). Pamiętn. Tow. Lek. Warsz.

Pisał nadto wiele drobnych rozpraw i artykułów, umieszczanych w różnych czasopismach i wydawnictwach warszawskich, a mianowicie: Wszechświecie, Ogrodniku Polskim, Encyklopedyi Rolnictwa, a szczególnie w Wielkiej Encyklopedyi powszechnej ilustrowanej, jako Członek Komitetu redakcyjnego, prowadzący dział botaniczny.

Gorliwy i zapalony badacz flory krajowej, robił liczne wycieczki botaniczne w kraju z kolegami swymi i uczniami, w których umiał zaszczerpić zamiłowanie do nauki. Znał się bardzo dobrze nietylko na roślinach wyższych, ale także i na grzybach (Fungi), których wiele gatunków zebrał jadalnych i trujących i pierwszy podał myśl wydania tablic kolorowanych, przedstawiających grzyby trujące, w celu ostrzeżenia nieświadomych od smutnych następstw otrucia. Jako miłośnik pszczelnictwa, starał się wszelkimi siłami podnieść tę gałąź przemysłu krajowego, pracował nad ułożeniem ustawy towarzystwa pszczelniczego i nad założeniem Muzeum pszczelniczego. Krzewił zamiłowanie do leśnictwa i pracował nad przepisami, mającymi na celu podniesienie leśnictwa krajowego. Należał do b. spółki jedwabniczej a następnie był założycielem Tow. jedwabniczego.

Najwięcej jednak po botanice nęciło Al. ogrodnictwo, którego był miłośnikiem, promotorem i troskliwym opiekunem. Staraniami swymi podniósł i urządził ogród botaniczny, założył ogród pomologiczny, urządził liczne wystawy ogrodnicze, wyjednał pozwolenie na otwarcie b. Szkoły Ogrodniczej przy ogrodzie pomologicznym, której był dyrektorem i wykładowcą botanikę i mineralogię. Przyczynił się przeważnie do powstania Towarzystwa Ogrodniczego w Warszawie 1884 r. Ustawę Towarz. poprawił, zatwierdzenie jej wyjednywał i przyspieszał, jednogłośnie też został wybrany Prezesem Towarzystwa Ogrodniczego, a po 3-letnim sprawowaniu obowiązków prezesa—ponownie został wybrany na następne 3-letnie i zarazem, za zasługi jakie położył dla ogrodnictwa krajowego, ogólne zebranie członków Tow. ogrodniczego wybrało Aleks. w 1887 r. Członkiem honorowym.

Był nadto prezesem właścicieli Listów Zast. Tow. Kred. Ziemsk. i dyrektorem Muzeum przemysłu i rolnictwa.

W ogóle odznaczał się charakterem łagodnym i równym, był umyślnym bystrego i czynnego, wyrozumiałością dla innych uczynnością, taktownem obejściem z ludźmi, zjednywał sobie powszechną sympatyę, a długoletnią, pożyteczną i wytrwałą pracą ogólne uznanie. Członkiem przy-

brany **Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego** wybrany był na posiedzeniu w d. 5 Października 1858 r. Zmarł w Styczniu 1894 roku,

### 13. 14 15.

## Odpisy 2-ch protokółów posiedzeń Komitetu rewizyjnego, obejmujące rezultaty rewizji rachunków oraz uwagi i wnioski w myśl Regulaminu Towarzystwa.

(Regul. § 108 Lit. C. punkta 13. 14 i 15).

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 7 Marca 1895 roku, o godzinie 7½ wieczorem.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożony z DDrów **FLORKIEWICZA** Władysława (jako Przewodniczącego) **THIEMEGO** Apolinarego i **SIERPIŃSKIEGO** Konstantego, dopełnił w dniu dzisiejszym rewizji rachunków z obrotu funduszów Towarzystwa Lekarskiego za rok 1894, jako też sprawdzenia obecnego stanu Kasy Towarzystwa Lekarskiego i Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Podskarbi Towarzystwa Dr **KONDRATOWICZ** Stanisław przedstawi Komitetowi następujące księgi rachunkowe i dowody.

1. Rachunek ogólny z obrotu funduszów własnością Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego będących, oraz oddzielnych funduszów, pod zarządem Towarzystwa zostających, za rok 1894.

2. Kwitarynsz kasy Towarzystwa Lekarskiego.

3. Dzienniki kasy Towarzystwa Lekarskiego i kasy Wsparcia, prowadzone każdy w 2-ch egzemplarzach — jeden prowadzony w Sekretaryacie Towarzystwa, drugi przez Podskarbiego.

4. Księgę główną funduszów Towarzystwa.

5. Zeszyt asygnacyi i dowodów wypłat Towarzystwa Lekarskiego, za rok 1894.

6. Kwitarynsz wpływów, otrzymanych za komorne od lokatorów domu Towarzystwa pod Nr. 614L przy ulicy Niecałej, prowadzony, z upoważnienia Zarządu, przez rządcę domu.

Komitet rewizyjny porównał najprzód wszystkie poszczególne pozycye Dziennika Kasy Towarzystwa Lekarskiego z kwitarynszami wpływów, asygnacyami i dowodami wypłat za rok 1894. Następnie sprawdził szczegółowe rachunki oddzielnych funduszów, zostających pod zarządem Towarzystwa i znalazł wszystkie pozycye Dziennika kasy należycie przeniesione do właściwych rachunków księgi głównej. Co do Kasy Wsparcia sprawdzono wpływy i wydatki według Dziennika tejże kasy, po zasumowaniu go po dzień dzisiejszy. Rachunki szczegółowe

księgi głównej Kasy Wsparcia rewidowane nie były z powodu ucieżnienia tychże rachunków za rok 1894, w oczekiwaniu na nadesłanie rachunków przez niektórych Inspektorów Lekarskich gubernialnych. Późem Członkowie Komitetu w dowód przyjęcia i zatwierdzenia wszystkich rachunków Towarzystwa Lekarskiego za rok 1894, złożyli swe własnoręczne podpisy na przedstawionych im księgach i innych dokumentach.

Oprócz tego Komitet rewizyjny przystąpił do rewizji obecnego stanu kasy Towarzystwa i kasy Wsparcia, przyczem, z przedstawionego przez Podskarbiego Towarzystwa, wykazania stanu kasy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Kasy Wsparcia w dniu 7 Marca 1895 r., opartego na sprawdzonych przez Komitet rewizyjny dziennikach tychże kas, okazało się, że:

Saldo kasy Towarzystwa Lekarskiego w dniu 7 Marca 1895 roku wynosi:

|  |                 |
|--|-----------------|
| a) w gotowiznie . . . . .  | Rs. 7502 k. 04  |
| b) w papierach procentowych w kasie Towarzystwa Lekarskiego . . . . .          | „ 550 „ —       |
| c) w papierach procentowych, deponowanych w Instytucjach finansowych . . . . . | „ 9400 „ —      |
|  | <hr/>           |
| Razem  | Rs. 17452 k. 04 |

Takież saldo Kasy wsparcia w dniu rewizji wynosiło:

|   |                 |
|---|-----------------|
| a) w gotowiznie . . . . .   | Rs. 1295 k. 35  |
| b) w papierach procentowych, przechowywanych w kasie wsparcia. . . . .        | „ 600 „ —       |
| b) w papierach procentowych, deponowanych w instytucjach finansowych. . . . . | „ 36050 „ —     |
|   | <hr/>           |
| Razem   | Rs. 37945 k. 35 |

Ogólne przeto saldo kasowe i funduszowe obu instytucji wynosi:

|   |                 |
|---|-----------------|
| a) w gotowiznie . . . . .   | Rs. 8797 k. 39  |
| b) u Podskarbiego w papierach procentowych „                                  | 1150 „ —        |
| c) w papierach procentowych, deponowanych w instytucjach finansowych. . . . . | „ 45450 „ —     |
|   | <hr/>           |
| Razem   | Rs. 55397 k. 39 |

Wreszcie Kasa wsparcia posiada w Kasie Oszczędności przy Warszawskim Kautorce Banku Państwa gotowiznę, odnoszącą się do funduszu z legatu Dra Walentego STANCZUKOWSKIEGO, w kwocie rs. 43, według książeczki Kasy Oszczędności za Nr 20524.

Kol. Podskarbi powyższe saldo usprawiedliwił w sposób następujący:

|   |                |
|---|----------------|
| 1) Wykazana powyżej gotowizna rs. 8797 k. 39, znajduje się:                     |                |
| a) w Banku Handlowym w Warszawie na rachunku przekazowym 7-io dniowym . . . . . | Rs. 8779 k. 90 |
| b) w zachowaniu u Podskarbiego, jako fundusz na wydatki bieżące . . . . .       | „ 17 „ 49      |
|   | <hr/>          |
| Razem jak wyżej   | Rs. 8797 k. 39 |

2) Wykazane powyżej w rubrycie b) papiery procentowe znajdujące się w przechowaniu u Podskarbiego Towarzystwa, w sumie rs. 1150, zawierają:

|  |       |               |
|--|-------|---------------|
| a) Dwa Listy Likwidacyjne po rs. 100 . . . . .   | Rs.   | 200 k. —      |
| b) Dwa Listy Zastawne Msta Warszawy Seryi VII na rs. 250 i na rs. 100 . . . . .                | „     | 350 „ —       |
| c) Cztery Akcye spółki zakładu wód mineralnych w Solcu po rs. 100 . . . . .                    | „     | 400 „ —       |
| d) Dwie Akcye pożytkowe Towarzystwa Drogi Żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej po rs. 100 . . . . . | „     | 200 „ —       |
|  | Razem | Rs. 1150 k. — |

Ogółem przeto saldo obu kas, na przechowaniu u Podskarbiego znajdujące się, wynosi rs. 9947 k. 39.

Co zaś do papierów procentowych, będących własnością Towarzystwa Lekarskiego i funduszów pod zarządem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zostających, jak niemniej i Kasy wsparcia podupadłych lekarzy na sumę rs. 45450 wynoszących, to kwota ta lokowaną została: w Banku Handlowym w Warszawie, w Towarzystwie Kredytowym m. Warszawy i w Towarzystwie Kredytowym Ziemiem, co Podskarbi usprawiedliwił dowodami depozytowymi odnośnych instytucji finansowych.

Dowody te Komitet rewizyjny sprawdził, znalazł je w zupełnym porządku, wykaz stanu obu kas za zgodny z rzeczywistością przyjął i podpisał.

Następnie Komitet rewizyjny przystąpił w myśl § 113 nowego regulaminu do sprawdzenia, wykonania zamierzeń budżetowych na r. 1894.

Komitet porównał budżet Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na rok 1894, z ogólnym rachunkiem z obrotu funduszów Towarzystwa, oraz funduszów pod jego zarządem zostających za tenże rok, sporządzonym przez Podskarbiego na podstawie sprawdzonych przez Komitet rewizyjny ksiąg buchalteryjnych, jako to: kwitaryuszów, dziennika kasowego i księgi głównej funduszowej, i przekonał się, że w ogóle wszelkie zamierzenia budżetowe, zarówno w dochodach jak i rozchodach wykonane zostały zgodnie z budżetem przyjętym i zatwierdzonym na posiedzeniu administracyjnem Towarzystwa Lekarskiego w dniu 19 Grudnia 1893 roku.

Różnicę między zamierzeniami budżetowymi a rzeczywistymi wpływami lub wydatkami, więcej zasługujące na uwagę są następujące:

#### Go do dochodu:

a) W dziale I pod funduszem na wydatki bieżące Towarzystwa, tak remanent tego funduszu z r. 1893, jako też wpływy rzeczywiste z roku 1894, przeniosły oznaczenie budżetowe, mianowicie remanent zamiast przewidywanego w kwocie rs. 800, wyniósł rs. 1144 k. 08, a wpływy zamiast oznaczonych w budżecie na rs. 5071, wyniosły rs. 5248 k. 02. Ogół

wpływów z remanentem przewyższył oznaczenie budżetowe o rs. 521 k. 10. Pochodzi to częścią z otrzymania składek od większej liczby Członków czynnych, częścią zaś ze zwiększonej prowizji, pozyskanej od Banku Handlowego, a mianowicie od funduszków w gotowiznie na rachunku przekazowym 7-io dniowym złożonych.

b) W dziale II pod funduszem domu Towarzystwa, przychód ogólny z remanentem z r. 1893 przeniósł oznaczenie budżetowe. Mianowicie miał wynosić w ogóle rs. 8791 k. 40, wyniósł zaś sumę rs. 8799 k. 50; pochodzi ta zwyczajka z większego remanentu, z końcem 1893 pozostałego.

c) W dziale III pod funduszem rezerwowym domu Towarzystwa pod Nr. 614L, ogół przychodu z remanentem przeniósł oznaczenie budżetowe o rs. 34 k. 31; mianowicie oznaczony był ogół przychodu na rs. 800, a wyniósł rs. 834 k. 31.

d) W dziale IV pod funduszem Pracowni Towarzystwa, ogół wpływów z remanentem przeniósł sumę w budżecie oznaczoną. Mianowicie oznaczony był w budżecie na r. 1894 fundusz ten na rs. 4567 k. 50 t. j. fundusz stały rs. 4000 i na wydatki Pracowni rs. 567 k. 50, tymczasem rzeczywiście figuruje rzeczony fundusz w księgach z r. 1894 rs. 4680 k. 15, a to z powodu przelania nad budżet, z decyzji zarządu Towarzystwa, z funduszu na wydatki bieżące, kwoty rs. 117 k. 85 niezbędnej na pokrycie wydatków Pracowni.

e) W dziale XI pod funduszem ogólnym z dochodów domu stypendyalnego Nr. 12/13 w m. Piotrkowie z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego ogół przychodu z remanentem oznaczony w budżecie na rs. 4940 wyniósł rzeczywiście rs. 5614 kop, 17, t. j. przeniósł oznaczenie budżetowe o rs. 674 kop. 17; zwyczajka ta pochodzi częścią z większego remanentu z r. 1893 pozostałego, częścią zaś z odzyskania zaległego komornego z lat ubiegłych od jednego lokatora, które prawie za stracone od lat kilku było uważane.

## 2. Co do rozchodu:

a) W dziale I pod funduszem na wydatki bieżące Towarzystwa, w tytule IV na wydatki różne oznaczoną była budżetem kwota rs. 767, tymczasem wydano rs. 846 kop. 91, czyli więcej o rs. 79 kop. 91; ponieważ w tym właśnie tytule figuruje powyższe zwiększenie oznaczenia budżetowego o rs. 117 kop. 85, t. j. o kwotę przelaną do funduszu pracowni Towarzystwa na niezbędne wydatki, przeto rzeczywiście nie tylko w tym tytule przekroczenia budżetowego nie było, ale okazuje się, że wydano mniej o rs. 37 kop. 94.

b) W dziale III pod funduszem rezerwowym domu Towarzystwa Nr. 614/L, zamiast oznaczonego w budżecie wydatku na rs. 300, wydano rzeczywiście rs. 415 kop. 81; zwyczajka ta usprawiedliwioną została decyzją Towarzystwa na posiedzeniu w dniu 19 czerwca r. 1894, na wniosek Zarządu zapadłą, a upoważniającą do wydania na koszt pokrycia dachu nad gmachem głównym Towarzystwa, oprócz budżetowej kwoty z funduszu rezerwowego rs. 300, nadto nadbudżetowej kwoty rs. 112

kop. 23; tym sposobem istotne przekroczenie oznaczonego przez Towarzystwo Lekarskie wydatku rzeczzonego wyniosło tylko rs. 3 kop. 58.

c) W dziale IV pod funduszem pracowni Towarzystwa oznaczono na wydatki teje pracowni, licząc z płacą kustozysty i słuźącego, rs. 430; tymczasem wydano rs. 549 kop. 67, na co Zarzadzający pracownią kol. Przewoski uzyskał zezwolenie Towarzystwa.

d) W dziale XI pod funduszem ogólnym z dochodów domu stypendyalnego Nr. 12/13 w m. Piotrkowie oznaczoną była do rozchodu kwota rs. 4780, tymczasem wydano rzeczywiście kwotę rs. 4810 kop. 71, czyli wyżej nad oznaczenie budżetowe o rs. 30 kop. 71, co zarząd miejscowy domu stypendyalnego w Piotrkowie usprawiedliwił przed Komitetem opieki funduszu stypendyalnego przy Towarzystwie istniejącym, szczegółowymi rachunkami wydatków na niezbędną konserwację zabudowań.

Komitet funduszu stypendyalnego w myśl osnowy testamentu ostatecznie decyduje w sprawach administracyi domu stypendyalnego: on teź, oprócz usprawiedliwienia nadbudżetowego wydatku kwoty rs. 30 kop 71, zdecydował: z remanentu rzeczzonego przelać do 2 funduszów rezerwowych domu stypendyalnego, w działach XII i XIII budżetu na rok 1894 wykazanych. do każdego po rs. 150, na postępowe zwiększenie tychże funduszów.

Dla spóźnionej pory sprawdzenie inwentarza własności ruchomej odłożono do dnia 18 marca 1895 r.

Przewodniczący w Komitecie (podpisano) **Dr. Florkiewicz.**

Członkowie (podpisano:) **Apolin. Thieme, Konstat. Sierpiński.**

Za zgodność kopii, Członek Sekretarz Komitetu rewizyjnego

**Konstanty Sierpiński**

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 18 Marca 1895 roku o godzinie 7 1/2 wieczorem.

W dalszym ciągu czynności rewizyjnej, rozpoczętej w dniu 7-m Marca r. b. i odroczonej do dnia dzisiejszego, Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przystąpił w myśl § 113 regulaminu objaśniającego i rozwijającego ustawę Towarzystwa Lekarskiego, zatwierdzonego w dniu 6 grudnia 1892 roku, do sprawdzenia inwentarza własności ruchomej Towarzystwa, z wyjątkiem biblioteki.

Wszelką własność ruchomą Towarzystwa Lekarskiego, z wyjątkiem, jak wyżej powiedziano, biblioteki, t. j. dzieł, broszur, foliantów, atlasów i t. p. oddzielnymi księgami inwentaryjnymi objętych, Komitet rewizyjny znalazł spisana w trzech książkach, mianowicie:

1) w książce sznurowej in folio, oprawnej w płótno angielskie, zaprowadzonej w 1893 roku, zawierającej 96 kart numerowanych, opatrzo-

nej na końcu pieczęcią Towarzystwa, poświadczonej przez b. Prezesa Towarzystwa Lekarskiego dra E. PRZEWOSKIEGO i Sekretarza Stałego dra WŁ. BRODOWSKIEGO i przeznaczonej na inwentarz główny własności ruchomej Towarzystwa, mianowicie do zapisywania przedmiotów trwałych;

2) w książce sznurowej in folio, oprawnej w okładkę papierową, zaprowadzonej w roku 1893, zawierającej kart numerowanych 72, opatrzonej na końcu pieczęcią Towarzystwa, poświadczonej podobnie jak wyżej, i przeznaczonej do zapisywania materiałów i rzeczy łatwemu ulegających zniszczeniu, z wyjątkiem materiałów do pracowni Towarzystwa zakupywanych;

3) w książce sznurowej in folio, oprawnej w płótno angielskie, zawierającej 96 kart numerowanych, zaprowadzonej w roku 1885, opatrzonej na końcu pieczęcią Towarzystwa Lekarskiego, poświadczonej przez ówczesnego Prezesa Towarzystwa dra GEPNERA i Sekretarza Stałego dra SZOKALSKIEGO, przeznaczonej na inwentarz Pracowni Towarzystwa.

A) *Co do inwentarza głównego własności ruchomej Towarzystwa Lekarskiego i książki materiałów.*

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu i książce materiałów po koniec roku 1894 na miejscu, oprócz tego znalazł na miejscu i w należyłym stanie przedmioty zapisane do inwentarza, oraz książki materiałów w ciągu roku 1894, a w szczególności: 1) odpowiednio zeszlórocznej uwadze Komitetu rewizyjnego, zamieszczonej w protokóle rewizyi inwentarza w dniu 14 marca 1894 r., zapisane zostały do inwentarza w dziale III: lampy gazowe, znajdujące się w bibliotece, czytelnii, przedpokoju na 1-m piętrze i w sieni głównej lokalu Towarzystwa; 2) zapisane zostały do inwentarza i znajdują się na miejscu wszystkie przedmioty nabyte lub otrzymane w darze w 1894 r., pomiędzy którymi są i cenne, jako to: portret olejny, w ramach złotych, dra Józefa MIANOWSKIEGO b. Rektora Szkoły Głównej w Warszawie, członka honorowego Towarzystwa naszego, nabyty i łaskawie ofiarowany Towarzystwu przez obecnego Prezesa prof. dra Ignacego BARANOWSKIEGO; portret olejny w ramach złotych obecnego Sekretarza Stałego i członka honorowego Towarzystwa Dziekana Włodzimierza BRODOWSKIEGO (pędzla Adama Badowskiego), zawieszony w sali posiedzeń z decyzji Towarzystwa, wykonany kosztem zapisanych na liście Członków czynnych Towarzystwa naszego; wreszcie dwa portrety olejne mniejszego formatu, w ramach złotych: Jędrzeja i Jana ŚNIADECKICH, otrzymane w darze przez kol. JAWDYŃSKIERO od pani Podowskiej, wdowy po Członku honorowym Towarzystwa i łaskawie ofiarowane do zbiorów naszego Towarzystwa.

Komitet rewizyjny, ponawiając uwagę w roku ubiegłym przy rewizyi inwentarza w protokóle z dnia 14 marca zamieszczonej, wnosi, aby szafy biblioteczne, ustawione w lokalu na 2 m piętrze t. j. w Czytelnii

i w pokoju za czytelnią, zostały opatrzone numerami porządkowymi metalowymi, na wzór numerów, znajdujących się na szafach w lokalu biblioteki na I-m piętrze i w sali posiedzeń, jak również Komitet rewizyjny ponownie wnosi, aby wszelkie meble, sprzęty i t. d. objęte inwentarzem własności ruchomej Towarzystwa Lekarskiego, zaopatrzyć w odpowiednie numery porządkowe, zgodnie z właściwymi działami inwentarza, a to dla ułatwienia kontroli przy dalszych rewizjach inwentarzy.

*B) Co do inwentarza Pracowni Towarzystwa.*

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu na miejscu. Odpowiadnio do wniosków przy zeszłorocznej rewizji, w dniu 14 marca 1894 r. przez Komitet rewizyjny w protokóle zamieszczonych, wykreślono z inwentarza, z upoważnienia Zarządu Towarzystwa, z działu V pod Nr. 10 przyrząd wegetacyjny czworograniasty, wartości 23 rub.; oraz zapisano do inwentarza, we właściwych działach te przedmioty, które zeszłoroczny Komitet rewizyjny w powyższym protokóle z dnia 14 marca 1894 roku wymienił.

W dziale V, przedmiotów pod Nr. 7 zapisanych nie znaleziono, co według słów Kustosza pracowni kol. BIERNACKIEGO stąd pochodzi, że ich Pracownia nie posiadała. Przedmioty te wartości nominalnej 3 rub. 50 kop. (2 dzwony z miseczkami Kocn'a). Komitet rewizyjny proponuje zupełnie wykreślić z inwentarza, po przedstawieniu tej kwestyi przez Zarządzającego Pracownią do decyzji Zarządu Towarzystwa Lekarskiego.

Przewodniczący (podpisano) Dr **Florkiewicz.**

Członkowie:

(podpisano) **Apolinary Thieme.**

( — ) **K. Sierpiński.**

Za zgodność kopii:

Członek Sekretarz Komitetu rewizyjnego

**Konstanty Sierpiński.**



## SPRAWOZDANIE Z CZYNNOSCI NAUKOWYCH TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

za rok 1894.

*Odczytane na posiedzeniu klinicznym dnia 19 Lutego 1895 roku,  
przez Sekretarza dorocznego W. SZUMLAŃSKIEGO.*

Na początku roku 1894, a 74-go istnienia Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, liczyło ono członków honorowych 26, czynnych 155, korespondentów 119 i przybranych 6-in.

Na rok ten wybrani zostali: na Prezesa BARANOWSKI Ignacy [czł. honor.], na Wice-Prezesa SOKOŁOWSKI Alfred, na Sekretarza dorocznego SZUMLAŃSKI Witold. Sekretarzem Stałym był w dalszym ciągu prof. BRODOWSKI Włodzimierz [czł. honor.], podskarbisim KONDRATOWICZ Stanisław, bibliotekarzem PESZKE Józef, pomocnikami jego: DZIERŻAWSKI Bolesław i JANOWSKI Władysław, redaktorem „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego“ JAKOWSKI Maryan, na zarządzającego pracownią Towarzystwa wybrany został PRZEWOŃSKI Edward, a na pomocnika jego BIEHNACKI Edmund: wreszcie obowiązki członków Zarządu, prócz należących z urzędu, pełnili: GEPNER Bolesław [ojciec], HEWELKE Otton i JAWDYŃSKI Franciszek.

W ciągu ubiegłego roku przybył Towarzystwu jeden członek honorowy, mianowicie KONIC Leon [dotychczasowy członek czynny]; nowych członków czynnych wybrano w ciągu roku 28, którymi są: BORYSSOWICZ Teodor, BREGMAN Eljasz, CETNAROWICZ Stefan, DOBROWOLSKI Zdzisław, FEINSTEIN Leon, GARLIŃSKI Władysław, GRABOWSKI Józef, JAWORSKI Józef, KĘPIŃSKI Michał, KRAKÓW Kazimierz, LEŚNIEWSKI Antoni, LUXENBURG Józef, MARKUSFELD Stanisław, NIEDZIELSKI Kazimierz, ORŁOWSKI Edward, PALMIRSKI Władysław, PRZYBOROWSKI Adam, SADOWSKI Michał, SKŁODOWSKI Józef, SKOWROŃSKI Roman, ŚMIECHOWSKI Antoni, STĘPIŃSKI Wacław, ŚWIEŻYŃSKI Józef, WARSZAWSKI Maksymilian, WINIARSKI Józef, WIZEL Adam, WOŁKOWICZ Maksymilian i ZIELIŃSKI Edward. Członków korespondentów przybyło 3-ch: CZARKOWSKI Ludwik, PAPIEWSKI Władysław i SĘKOWSKI Władysław; prócz tego BARTOSZKOWICZ Joachim i BUJWID Odo z powodu wyjazdu z Warszawy zostali z grona członków czynnych przeniesieni na listę korespondentów.

Śmierć poczyniła w roku ubiegłym dość liczne szczyrby: z grona członków honorowych ubył 3-ch: DUDREWICZ Jan, PODOWSKI Henryk i HELMHOLZ Herman, którego życiorys i działalność naukową w obszer-  
nem przemówieniu przedstawił kol. KRYSIŃSKI i KRAMSZTYK Zygmunt;

z czynnych członków zmarł **BUKOWSKI** Ryszard; z korespondentów 3-ch. **KRÓWCZYŃSKI** Żegota, **MADUROWICZ** Maurycy i **ROLLE** Józef, wreszcie jeden członek przybrany: **ALEKSANDROWICZ** Jerzy.

Tym sposobem na początku roku 1895 Towarzystwo liczy: członków honorowych 24, czynnych 180, korespondentów 121 i przybranych 5.

Posiedzeń wogóle odbyło Towarzystwo w roku ubiegłym 29 z których były 2 wyborcze [zwyczajne i dodatkowe], 3 administracyjne [zwyczajne, dodatkowe i nadzwyczajne, poświęcone sprawom bibliotecznym] oraz 24 naukowe, w tej liczbie 1 nadzwyczajne.

Przeciętna ilość członków, uczęszczających na posiedzenia wynosiła 63; największa liczba obecnych była 114, najmniejsza 30.

Przy mniejszej cokolwiek w porównaniu z rokiem poprzednim ilości posiedzeń naukowych, zwiększyła się znacznie ilość odczytów i demonstracji, która dosięgła liczby 122; przewyżka przypada głównie na korzyść krótszych komunikatów wraz z demonstracjami, których było 95 [w roku 1893—59]; dłuższych przemówień było 27 [o 10 mniej niż w roku poprzednim]; 118 odczytów i demonstracji przypada na członków Towarzystwa, 4 pozostałe na gości.

Posiedzenie nadzwyczajne w d. 11 Grudnia poświęcone było kwestyi „Leczenia dyfterytu zapomocą surowicy krwi“; w obszernym przemówieniu kol. **JANOWSKI** zdawał sprawę ze swej wycieczki zagranicę w celu zapoznania się z nową metodą, której na podstawie poczynionych spostrzeżeń, świetną przepowiada przyszłość.

Kol. **BĄCZKIEWICZ**, który również metodę tę studyował, nie zapatruje się tak optymistycznie, jakkolwiek do dalszych prób zachęca ze względu na te widoki naukowe i praktyczne, jakie rozwinięcie nowej metody może mieć w przyszłości. Kol. **KRAMSZTYK** Julian wspomniał w dyskusyi o dwukrotnem zastosowaniu szczepień przeciwdyfterytycznych w Warszawie.

Z poszczególnych działów nauk lekarskich pierwsze miejsce pod względem ilości przemówień i demonstracji, zajmują ginekologia z akuseryą oraz chirurgia. W pierwszym z tych działów dłuższe odczyty wygłosili: kol. **NEUGEBAUER**: „O wycinowaniu macicy“ [rzut oka na historję i kazuistykę]. W dyskusyi, jaka potem nastąpiła, poruszano kwestye powstawania i leczenia tego cierpienia, a między innymi kol. **BORYSSOWICZ** opisał przyrząd, wymyślony wspólnie z kol. **ROGOWICZEM** i mający o wiele skuteczniej działać niż kolpouyrter. W dłuższem również przemówieniu kol. **N.** przedstawił historję choroby i operacyę cięcia cesarskiego, wykonaną wraz z kol. **SOLMANEM** u karlicy, przy wskazaniu absolutnem, wobec znacznego zwężenia pochwy; przed odczytem przedstawiona była chora, oraz macica, usunięta podczas operacyi.

Kol. **BORYSSOWICZ** wygłosił dwa odczyty: a) „O sposobach, ułatwiających wyłuszczenie raka przez pochwę“ i b) „O sposobach, zapobiegających powrotowi raka macicy po wyjęciu jej przez pochwę“. Ten

ostatni odczyt wywołał bardzo ożywioną dyskusję, która zajęła prawie całe posiedzenie i dotyczyła głównie t. zw. imprefcydwy t.j. możliwości zarażenia rakiem tkanek zdrowych podczas operacji. W dłuższem również przemówieniu opisał kol. BORYSSOWICZ cztery okazy ciąży zamacicznej, usunięte drogą operacji oraz przedstawił dwa okazy operowanych mięśniaków macicy.

Cały szereg chorych i preparatów przedstawił kol. NEUGEBAUER, a mianowicie, cztery chore z wypadnięciem macicy, z których jedna była w ciąży, dwie chore z zarośnięciem pochwy po porodzie, oraz chorą ze zwężeniem pochwy, powstałym po cholercze; po śmierci tej chorej, kol. N. przedstawił wyjęte przy sekcji narządy płciowe. Z preparatów demonstrował kol. N.: macicę, usuniętą przy zwyrodnieniu rakowatym, macicę amputowaną w 24 godzin po pęknięciu podczas porodu i macicę, wyciętą w całości przez pochwę z powodu mięsaka; guz dermoidalny jajnika, usunięty drogą cięcia pochwowego; łożysko wydobyte 5-go dnia po porodzie przedwczesnym przy znacznym rozkładzie i endometritis septica; dalej, płód, poroniony w nierozzerwanym worku owodni; okaz ciąży pozamacicznej, wydobyty przez laparotomię; wreszcie okaz deciduae membranaceae uterinae z przypadku ciąży zewnątrzmacicznej, w którym później kol. KIJEWSKI dokonał operacji i przedstawił trąbkę maciczną wraz z płodem. Podobny preparat, wydobyty przez cięcie brzuszne, przedstawił także kol. SZTEYNER. Wreszcie kol. WINAWER demonstrował dwie torbiele [jajnika i przyjajnika] usunięte przez operację.

W dziale chirurgii były tylko dwa dłuższe przemówienia, a mianowicie: kol. ZAGÓRSKIEGO: „Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika“, w którym mówca zaleca, jako zabieg operacyjny, duodeno — *resp.* jejunostomią, zmodyfikowaną przez MAYDLA, i kol. KIJEWSKIEGO: „O rozszczepieniu krtani“, odczyt oparty na 20 spostrzeżeniach, z których w 9-ciu operację wykonał kol. KIJEWSKI.

Liczne zato były demonstracje, przeważnie chorych, dotkniętych rzadziej spostrzeganymi cierpieniami, lub wyleczonych drogą operacji. Z pomiędzy pierwszych kol. ŚMIECHOWSKI przedstawił chorego w 20 dni po operacji mięsaka sieci, kol. BORSUK—chorego po wycięciu kiszki długości 58 ctm. przy niedrożności z powodu przepukliny, oraz chorego po operacji entero-enteroanastomozy również przy niedrożności, zależnej od zrostów bliźnowatych; kol. JAWDYŃSKI—chłopca 9-letniego po operacji oswobodzenia nerwu pośrodkowego z pomiędzy odłamków kości ramiennej; chorego 62-letniego po połowicznym wycięciu krtani przy raku; kol. SAWICKI—chorego, któremu przed 5 laty wykonał plastyczną operację MAAS'a, dziecko, któremu w miesiąc po urodzeniu zeszły krocze, rozzerwane przy porodzie przez akuszerkę i chorą w 5 lat po wycięciu stawu biodrowego; kol. KIJEWSKI demonstrował chorą po operacji niedrożności kiszek, spowodowanej guzem, obejmującym górną część okrężnicy esowatej i chłopca 11-letniego, któremu zapomocą cięcia nadłonowego usunięto z pęcherza kamień, ważący 100 grm., o średnicy

6½ ctm.. Kol. STANKIEWICZ przedstawił chorego ze złamaniem rzepki przed i po zeszytciu odłamków kości; chorego ze złamaniem wyrostka łokciowego, leczonego również przez nałożenie szwu kostnego i chorą po częściowem wycięciu kości łokciowej z powodu przetoki i chronicznem zapaleniu kości. Kol. KOSMOWSKI przedstawił chorą z przewlekłym cierpieniem gruźliczem gruczołów chłonnych szyi, wreszcie kol. WOŁKOWICZ—15-letnią chorą ze znacznem skróceniem lewego ramienia, które zauważono jakoby dopiero przed 9 miesiącami; w dyskusyi, jaka się wywiązała z powodu tego przypadku Sekretarz Stały, prof. KOSIŃSKI, kol. JAWDYŃSKI i KRYSIŃSKI dowodzili, że skrócenie musiało istnieć oddawna i zależało prawdopodobnie od złamania kończyny podczas porodu.

Preparaty pooperacyjne przedstawili: prof. KOSIŃSKI znacznych rozmiarów lipoma arborescens, usunięty ze stawu kolanowego i guz gruźliczy, umiejscowiony przy przejściu od kiszki cienkiej do ślepej; oraz kol. JAWDYŃSKI—okaz raka kiszki ślepej i części okrężnicy wstępującej.

W dziale medycyny wewnętrznej kol. ARNSTEIN odczytał rzecz p. t.: „Przyczynę do sprawy leczenia dychawley oskrzelowej zapomocą zabiegów rynologicznych. Podał opis 10-ciu spostrzeżeń, na podstawie których wnioskował, że interwencya ryno-chirurgiczna winna być ograniczona do minimum przypadków, przedewszystkiem zaś stosować należy leczenie ogólnowzmacniające. Odmiennego zdania byli przyjmujący udział w dyskusyi kol. SOKOŁOWSKI, MAYERSON, SĘDZIAK i SREBRNY, którzy zgadzając się w zasadzie na leczenie ogólne, przytaczali spostrzeżenia, dowodzące skuteczności zabiegów operacyjnych w nosie przy astmie oskrzelowej.

Kol. STEINHAUS i SPANBOK przedstawił chorą z *diabetes insipidus* i *hemianopsia bitemporalis*, chorą interesującą z tego względu, że jednoczesność dwu tych cierpień, wobec przymiotu z przed laty 14-tu, pozwalała przypuszczać zależność ich od gumatów mózgu w okolicy skrzyżowania nerwów ocznych i dna czwartej komory.

Dział chorób zakaźnych obejmuje dwa odczyty: kol. ZIELIŃSKIEGO Edwarda, który mówił: „O *tenonitis*, jako o chorobie zakaźnej“ i kol. BIERNACKIEGO: „O leukocytozie w choleryze azyatyckiej“, która zdaniem kol. B., opartem na badaniu krwi 38 cborych, bywa niekiedy bardzo znaczna.

Wspomniemy tu również o odnoszących się do działu parazytologii i przedstawionych przez kol. MAYZLA preparatach mikroskopowych moczu kobiety, napozór zdrowej, dotkniętej jednak bąblowcem nerki, który w całości wraz z moczem samodzielnie został wydalony.

W dziale chorób nerwowych kol. RYCHLIŃSKI i WIZEL wygłosili: „Przyczynę do nauki o padaczce JACKSON'a“ i przedstawili dwa mózgi, pochodzące od chorych, miewających napady tej padaczki; kol. OŁTU-SZEWSKI podał: „Drugi przyczynek do nauki o zбочeniach mowy“, oraz przedstawił dwa przypadki zaburzeń mowy [niemota wrodzona i ogólne bełkotanie], zależnych od zбочeń funkcji mózgu.

Dalej w tymże dziale kol. BIERNACKI przedstawił przypadek aleksyi z agrafią przy afazyi amnestycznej; kol. BORSUK chorą z *Lordosis spastica*; kol. SOKOŁOWSKI chorego, dotkniętego t. zw. chorobą RAYNAUD'a [gangreną symetryczną], wreszcie kol. BRUNER Mikołaj—chorą z *chorea rhythmica*; ten ostatni przypadek dał powód do dyskusyi, w której kol. BIERNACKI i CIAGLIŃSKI kwestyonowali rozpoznanie, dowodząc, że cierpienie omawiane odnieść należy do grupy *tic'ów* i że jest to najprawdopodobniej t. zw. *grand tic convulsif*.

W dziale chorób dzieciennych dłuższych przemówień nie było. Chorych przedstawiali: kol. RABEK—dziecko roczne ze znacznem rozszerzeniem żył podskórnych na przedniej powierzchni klatki piersiowej i na brzuchu; kol. SZMAKFEFER—dziecko z przepukliną pępkową bardzo dużych rozmiarów; kol. ZIELIŃSKI Kazimierz—chłopca 7-letniego z olbrzymiem wrodzonym wodogłowiem, i chłopca 3-letniego ze zwężeniem prawego oskrzela, zależnem od rozrostu gruczołów oskrzelowych; podobny wreszcie przypadek uciskowego zwężenia tchawicy u dziecka 5-letniego przedstawił kol. BĄCZKIEWICZ.

W dziale chorób gardła, nosa i uszów było kilka odczytów, po których miała miejsce długa i ożywiona dyskusya. Kol. SĘDZIAK mówił: „O rozpoznawaniu skrytych postaci zatok bocznych nosa; kol. SOKOŁOWSKI o „Laryngitis hypertrophica chronica hypoglottica“, przyczem opisał 6 przypadków, leczonych zapomocą laryngofissury, po której części usunięte badane były mikroskopowo. Kol. GURANOWSKI przedstawił chorego z gruźliczem cierpieniem ucha środkowego i wygłosił „Uwagi o sprawach gruźliczych ucha wogóle“; kol. HEIMAN mówił „O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha“. Obok tego kol. SĘDZIAK przedstawił okaz brodawczaka jamy noso-gardzielowej, usunięty pętlą zimną od strony jamy ustnej; wreszcie kol. HEIMAN przedstawił trzy liszki much, wydobyte z ucha.

Kończąc z działem medycyny praktycznej, zaznaczymy przedstawienie nowych lub udoskonalonych przyrządów, w czem przyjęli udział: kol. BRUNER Mikołaj, przedstawiając dynamomachiny i mówiąc o zastosowaniu ich w medycynie; kol. KUCZYŃSKI, który przedstawił i opisał własnego pomysłu aspirator, zastępujący przyrząd POTAIN'a i kol. KRĄKÓW, który przedstawił własnego pomysłu przyrząd do wiązania ligatur, użyczki i szczypce, ułatwiające operację EMMET'a, oraz zaprojektowany jeszcze w roku 1813 przez GUTBERLET'a, elewator macieyny.

W dziale medycyny teoretycznej naczelne miejsce zajmuje anatomia patologiczna; liczne przedstawienia interesujących chorych i okazów anatomicznych przyczyniały się wielce do ożywienia posiedzeń. Z dłuższych przemówień w tym dziale zaznaczyć należy dwa odczyty wypowiedziane przez prof. PRZEWOSKIEGO przy demonstracji: a) chrzęstniaków i b) raka macicy z miejscową eozynofilią. Przedstawiając chrzęstniaki, mówca zwracał uwagę i opisywał szczególną ich budowę mikroskopową, mianowicie obecność komórek z licznymi odrostkami, które rozgałęziają się i w wielu miejscach łączą sąsiednie komórki,

a substancja międzycząsteczkowa jest delikatnie włóknista i przetrzęta kanalikami, służącymi do pomieszczenia odrostków. W drugim odczycie prof. P. przedstawił własny pogląd na pochodzenie komórek eozynoflowych i wygłosił hipotezę, że komórki te stanowią nierozwinięte haematoblasty. Zdanie to wywołało ożywioną dyskusję, w której Sekretarz Stały, prof. HOYER, kol. KRYSIŃSKI i MAYZEL oponowali przeciwko takiemu pogładowi, tem więcej, że dowody, na poparcie hipotezy przez mówcę przedstawione, uważali za niedostateczne.

Prócz tego prof. PRZKOWSKI przedstawił i pokrótce opisał cały szereg preparatów, a mianowicie: przedziurawienie aorty, wywołane owrzodzeniem i przedziurawieniem przelyku z następczem *mediastinitis ichorosa postica*; dwa preparaty t. zw. czarnego serca, pochodzące od suchotników: ropień podprzeponowy, wywołany przez ropne zapalenie miedniczki nerkowej; przypadek uwięźnięcia kiszek w jamie DOUGLASS'a skutkiem zrostów błoniastych między macicą i kiszka prostą, narządy płciowe kobiety, zmarłej przy objawach ostrej niedokrewności, której powodem był 4 tygodnie trwający peryod; preparaty rozległego błonowego zapalenia w narządach płciowych kobiecych przy dysenterji; trzy okazy *metritidis* albo *myometritidis dissecantis*; przypadek pierwotnego raka gruczolu krokowego, taklegoż raka pęcherzyka nasiennego i okaz płuca z ciałem obcym w jednym z głównych rozgałęzień prawego oskrzela.

Okaz płuca z ciałem obcym nie w oskrzelu, lecz w samym miąższu płucnym przedstawił Wice-Prezes kol. SOKOŁOWSKI; była to kula rewolwerowa, otorbiona w dolnym zrazie lewego płuca i znaleziona wypadkowo na sekyi. Z powodu tego przypadku kol. STANKIEWICZ przytoczył obserwację rany postrzałowej płuca i okazał pocisk, znaleziony przy sekyi w trzy lata po wypadku, a był nim otorbiony kawał drzewa długości 5 i grubości  $1\frac{1}{2}$  ctm..

Prócz tego przedstawili: kol. ZIELIŃSKI Edward — preparat miednicy osteomalatycznej, pochodzący od kobiety 43-letniej; kol. ZIELIŃSKI Kazimierz — żołądek z dwoma drążącymi wrzodami w okolicy odźwiernika i wpustu; i kol. SOŁOWIEJCZYK okaz *fibromatis molusci* ręki, ważący 25 funtów.

Liczne były również demonstracje chorych z wadami rozwojowymi. Kol. NEUGEBAUER przedstawił: dwie kobiety z podwójną pochwą, z których jedna miała *uterus dydelphis*, druga *uterus bilocularis*; chorą 19-letnią z zupełnym brakiem pochwy przy rudymmentarnym rozwoju macicy i nadzwyczaj rzadki okaz pseudohermafrodytyzmu u dziecka  $2\frac{1}{2}$  rocznego. Kol. SAWICKI przedstawił dziecko z niedorozwojem palców u rąk i nóg, oraz dziecko, które urodziło się ze znacznymi bliznami na brzuchu. Kol. STANKIEWICZ demonstrował dziecko z rudymmentarnym rozwojem pęca; kol. GURANOWSKI — dziecko z wadą rozwojową muszli usznej, przewodu słuchowego i ucha średniego; kol. SZUMLAŃSKI — chłopca 7-letniego z obustronnem wrodzonym zniekształceniem muszli usznych i zarośnięciem przewodów słuchowych.

Wreszcie kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego z nowotworem złośliwym skóry, pokrywającej klatkę piersiową, z którego preparaty mikroskopowe przedstawił prof. PRZEWOŃSKI i postawił rozpoznanie *sarcoma*. W dyskusji nad tym przypadkiem prof. BRODOWSKI wyraził przypuszczenie, czy nie jest to skleromat i radził w tym kierunku przeprowadzić badanie.

W dziale patologii ogólnej kol. BIERNACKI wygłosił odczyt: „W kwestyi wzajemnego stosunku czerwonych ciałek i osocza w krwi krążącej“; na podstawie badań kol. B. wygłosił pogląd, że krew pojmować należy nie jako płyn z zawieszonymi komórkami, ale jako tkankę, składającą się z elementów anatomicznych, względnie z ciałek czerwonych, które oddają do tkanek płyn odżywczy. Kol. STEINHAUS i MARKUSFELD opisali zmiany w ustroju królików przy przegrzewaniu ich uszów.

W dziale chemii fizyologicznej, fizjologii i histologii prof. Marcelli NENCKI mówił: „O powstawaniu kwasu solnego w soku żołądkowym“ dowodząc na podstawie odnośnych badań na zwierzętach, że nerki i szpik kostny głównie, gruczoły zaś limfatyczne, śledziona, wątroba, rdzeń kręgowy i nerki w mniejszym stopniu stanowią dla ustroju, jakby spichrz chloru i bromu i że, przed wydzielaniem się kwasu solnego, ma miejsce przyływ do żołądka soli kuchennej z innych, bardziej w ten składnik zaopatrzonych narządów.

Do tego działu odnieść należy odczyt kol. OŁTUSZEWSKIEGO: „O psycho-fizjologii mowy“, oraz wspomnieć o przedstawionym przez prof. PRZEWOŃSKIEGO i kol. RYCHLIŃSKIEGO sposobie utrwalania hodowli i preparatów anatomicznych zapomocą formaliny.

W dziale toksykologii kol. DĄBROWSKI opisał zakończony wyzdrowieniem przypadek otrucia zepsutemi wędlinami.

Dział statystyki obejmował jedną tylko notatkę kol. POLAKA przebiegu epidemii cholerycznej w Warszawie w r. 1894.

Wreszcie kol. POLAK przedstawił sprawozdanie z międzynarodowego zjazdu higienicznego w Peszcie, w którym przyjmował udział, jako delegat Towarzystwa.

Oto pobieżny rzut oka na czynności naukowe w roku ubiegłym. Pozostaje mi jedynie wyrazić życzenie, aby następca mój w sprawozdaniu swem przyszłorocznem mógł zaznaczyć większe jeszcze ożywienie i przedstawić świetniejszy rezultat wspólnej naszej pracy w roku bieżącym, który, pozwolę sobie przypomnieć, jest niejako jubileuszowym, gdyż zamyka trzecie 25-lecie istnienia naszego Towarzystwa.

Sekretarz doroczny W. Szumlański.

Warszawa d. 20 Stycznia 1895 r.

## Sprawozdanie biblioteczne za rok 1894.

Stan biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w połowie Grudnia 1894 r. przedstawia się jak następuje:

|   |              |
|---|--------------|
| 1. Dzieł, broszur i t. p. zapisanych do katalogu repoz. główn.                | 17074        |
| 2. „ „ „ „ „ szafy Placzkowskiego   | 117          |
| 3. Dzieł zapisanych do katalogu repozyt. foliantów                            | 290          |
| 4. „ „ „ „ „ rękopisów  | 84           |
| 5. Dział słowników . . . . .  | 46           |
| 6. „ atlasów i map geograficznych . . . . .                                   | 60           |
| 7. Dzieł skatalogowanych do katalogów repozyt. jeszcze niewpisanych . . . . . | 77           |
| 8. Rękopisów nieskatalogowanych . . . . .                                     | 5            |
| 9. Broszur, osobnych odbić nieskatalogowanych . . . . .                       | 441          |
| <b>Zatem w chwili obec. biblioteka posiada dzieł, broszur itp. razem</b>      | <b>18194</b> |
| <b>a że w roku ubiegłym posiadała . . . . .</b>                               | <b>17905</b> |
| <b>Przybytek całoroczny wynosi zatem . . . . .</b>                            | <b>289</b>   |

przeważnie broszur i drobnych odbić prac przez autorów ofiarowanych.

Od lat 10 jak zawiaduję biblioteką Towarzystwa przyrostu tak małego nie pamiętam, tłumaczy on się tem, że w r. b. nie otrzymaliśmy żadnego większego zapisu lub daru; nie nadeszły też dotąd dysertacje, które nam corocznie, w liczbie około 150 wynoszącej, nadsyłała zwykle Akademia medycyko chirurgiczna w Petersburgu.

Co się tyczy prac dokonanych w roku ubiegłym w bibliotece, to są one następujące:

- 1) Sporządzono księgę inwentaryjną foliantów.
- 2) Takąż księgę dla rękopisów.
- 3) Prowadzono w dalszym ciągu i poprawiono księgę inwentaryjną główną. Pod trzema temi rubrykami wniesiono razem tytułów 1036.
- 4) Spisano dla katalogu abecadłowego kartek 729 i tyleż dla katalogu umiejętnościowego.

Na wydatki biblioteczne, jako to: zakup dzieł, prenumeraty pism, oprawę książek i t. p. oznaczono w budżecie na rok 1894 . . . . . Rs. 1300 do których dodano jeszcze remanent z roku 1893 wynoszący „ 293 kop. 58 tak że w roku bieżąc. bibliot. miała wyznaczon. Rs. 1593 kop. 58

Przytem jednak nadmienić trzeba, że Zarząd Towarzystwa, w przewidywaniu wydatków większych w roku 1895, zalecił bibliotekarzowi oszczędność, żeby pozostały w tym roku remanent można było wcielić do budżetu przyszłorocznego. Stosując się do tych wskazówek wydano w r. b.,



|   |               |
|---|---------------|
| 1) Na prenumeratę i zakup dzieł według rachunku tymczasowego księgarni E. Wendego i Spółki . . . . .    | Rs. 627 k. 77 |
| 2) Na oprawę książek . . . . .  | „ 85 „ 75     |
| 3) Na zakup 2000 kartek do katalogu umiejętnościowego . . . . .   | „ 15 „ —      |
| 4) Na druk 3000 kartek do katalogu abecedłowego i 1000 kartek na kwity za wypożyczone książki . . . . . | „ 24 „ 49     |
| 5) Na przeróbkę zamków i naprawy szaf bibliotecznych . . . . .  | „ 62 „ 50     |
| 6) Na wydatki drobne . . . . .  | „ 14 „ 52     |
| 7) Redakcyi zdrowia za prenum. British medical Journal . . . . .  | „ 16 „ —      |
| Zatem wydano razem . . . . .  | Rs. 846 k. 03 |

Odjąwszy to od powyżej wymienionych rs. 1593 kop. 58 pozostanie jako remanent na rok przyszły rs. 747 kop. 55. Suma ta na mocy postanowienia Zarządu Towarzystwa, zapadłego w dniu 15 Listopada r. b. przeniesioną została do budżetu na rok 1895 i wcielona do ogólnej sumy rs. 1300, przewidzianej w budżecie projektowanym na rok przyszły.

W ciągu roku 1891 nabyto dla biblioteki dzieła następujące:

1. LASKOWSKIEGO atlas anatomiczny [dotąd wyszedł zeszyt I].
2. Beiträge zur klin. Chirurgie. T. XI. Z. 11 i 111. T. XII cały.
3. Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamte. T. IX.
4. Festschrift dla Rolleta.
5. Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten rok I.
6. Deutsche Chirurgie. Z. 29 b i 45.
7. Enlenburga, Encyklop. Jahrbücher. T. IV.
8. Mosler i Peiper, Thierische Parasiten.
9. Die Cholera im deutschen Reiche.
10. Charité-Annalen. T. XIX.
11. Traité de médecine [pod red. CHARCOT]. T. I—VI.
12. Congrès pour l'étude de la Tuberculose.
13. Zaprenumerowano podręcznik Nothnagla.

Prenumerowano pisma peryodyczne następujące:

1. Nowiny lekarskie.
2. Gazette hebdomadaire.
3. Gazette des hôpitaux.
4. Archives générales de médecine.
5. Archives de médecine expérimentale.
6. Annales d'hygiène.
7. Revue d'Anthropologie.
8. Revue de Chirurgie.
9. Revue de Médecine.
10. Revue scientifique.
11. Schmidts Jahrbücher.
12. Archiv für Dermatologie und Syphilis.
13. Archiv für pathol. Anatomie Virchowa.
14. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

15. Archiv für Gynäkologie.
16. Deutsches Archiv für klin. Medicin.
17. Archiv für Augenheilkunde.
18. Archiv für experimentelle Pathologie.
19. Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege.
20. Zeitschrift für Ohrenheilkunde.
21. Jahrbuch für Kinderkrankheiten.
22. Deutsche Zeitschrift für klin. Medicin.
23. Deutsche medicinische Wochenschrift.
24. Berliner klin. Wochenschrift.
25. Wiener medicinische Wochenschrift.
26. Wiener medicinische Presse.
27. The Lancet.
28. British medical Journal.
29. American Journal of the medical Sciences.

W preliminarzowym budżecie na rok 1895 Zarząd Towarzystwa wyznaczył na wszystkie potrzeby biblioteki sumę rs. 1300, którą to kwotę ma też obciążać pensya pisarza bibliotecznego, jeżeli Towarzystwo zgodzi się na jego przyjęcie, co z bardzo wielu względów byłoby pożądanem. Przypuszczając osiągnięcie tej zgody rozdział funduszu bibliotecznego przedstawiałby się jak następuje:

- |                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| 1) Prenumerata i zakup dzieł . | Rs. 630—650 |
| 2) Pensya pisarza . . . . .    | „ 300       |

Razem . 930—950 pozostające

350—370 rs. obrócone by zostały na zakup pudełek do katalogu kartkowego, na oprawę czasopism i książek, oraz na sprawienie szaf i innych sprzętów, których zakup okaże się koniecznym z chwilą, gdy lokal biblioteczny, jak to jest zamierzouem, powiększony zostanie.

Co się dotyczy planu ogólnego, którego się przy zakupie dzieł dla biblioteki roku przyszłym trzymać zamysłam, to jest on takim samym, jak przez cały czas urzędowania mego, mianowicie: o ile tylko będzie możliwem i fundusze na to pozwolą, uwzględniać będę przedewszystkiem życzenia członków Towarzystwa, w księdze zapotrzebowań wyrażone. Dalej starać się będę, gdy się sposobność korzystna zdarzy po temu, o uzupełnianie licznych braków, szczególnie w szeregu czasopism odczuwać się dających. Samo przez się jest też zrozumiałem, że za obowiązek swój poczytywać muszę nabywanie dzieł ważnych i poważnych, mogących się w roku przyszłym w druku ukazać, szczególnie jeżeli cena ich wysoka utrudnia osobom prywatnym nabycie ich. Innego planu nigdy nie posiadałem i dziś też nie posiadam, gdyż sędzę, że w warunkach, w których się biblioteka nasza znajduje, inny jest zgoła niemożliwym, a przynajmniej niepraktycznym.

*Warszawa dnia 18 Grudnia 1894 r.*

Bibliotekarz Tow. Lek. Warszaw. D-r **Peszek**.

## Wydawnictwo „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“.

W roku sprawozdawczym 1894 r. „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ wychodził, jak i lat ubiegłych, pod redakcją MARYANA JAKOWSKIEGO.

Wydawnictwo było odbijane w 450 egzemplarzach i objęło razem, wraz z „Przeglądem piśmiennictwa lekarskiego“ 84 arkusze i 4 strony druku oraz 9 tablic litografowanych, chromolitografowanych i drzeworytniczych, a także 69 drzeworytów i cynkotypów w tekście.

Podobnie jak w roku ubiegłym część *urzędowa* „Pamiętnika“ obejmowała protokoły z posiedzeń Towarzystwa, sprawozdanie z wszelkich czynności Towarzystwa, drukowanych w roku 1894 (zamieszczone w II zeszyście wydawnictwa) oraz sprawozdanie z wszelkich czynności Kasy Wsparcia istniejącej przy Towarzystwie Lekarskiem (w zeszyście III), a także ogłoszenia Towarzystwa i niektórych wydawnictw literackich.

Część *literacka*, prócz wzmiankowanego „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1893“, zawierała w sobie 15 prac oryginalnych, przeważnie z działołw medycyny teoretycznej. Prace te były napisane przez 7 członków czynnych Towarzystwa, 2 członków korespondentów i 3 osoby nienależące do Towarzystwa.

Tytuły tych prac są następujące:

1. K. ZALESKI. Przyczynek do nauki o układzie naczyń krwionośnych kręgosłupa ludzkiego (z tabl. I, II i III).
2. E. BIERNACKI. O stosunku osocza do ciałek czerwonych we krwi krążącej i o wartości różnych metod oznaczania objętości krążków.
3. E. BIERNACKI. Ilościowe zachowanie się żelaza i azotu w ciałkach czerwonych patologicznych.
4. Z. DMOCHOWSKI i W. JANOWSKI. O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu przy tyfusie w ogólności.
5. F. NEUGEBAUER. Sprawozdanie z najnowszej kazuistyki oraz piśmiennictwa o kręgosłomku z uwzględnienie symptomatologii, etyologii, jakoteż różniczkowego rozpoznania (z tabl. V, VI i VII oraz licznymi drzeworytami i cynkotypami w tekście).
6. J. GRUNDZACH. Jak oznaczać popiół w tkankach (pokarmach) roślinnych i zwierzęcych.
7. M. SEIDENMANN. Przyczynek do mikrofizjologii gruczołółw śluzowych (z tabl. IV).
8. Z. DMOCHOWSKI i W. JANOWSKI. O działaniu ropotwórczem oleju krotonowego. Przyczynek do teorii powstawania ropienia.
9. K. SZADEK. O stosowaniu przetworółw jodowych w przymiocie.
10. L. NENCKI i W. TRZCIŃSKI. Wody studzien warszawskich.
11. Z. DMOCHOWSKI. Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie HIGHMOR'a.

12. E. BIERNACKI. W kwestyi badania krwi.
13. S. STERLING. Warunki pracy zawodowej robotników fabryk sukna w Tomaszowie Rawskim.
14. A. MAJEWSKI. O zmianach, jakim podlegają komórki kielichowate kiszki w okresie wydzielania śluzu (z tabl. VIII).
15. A. MAJEWSKI. Granice kąta maksymalnego a jeszcze nie-szkodliwego skręcenia główki noworodka (z tabl. IX).

Przy opracowaniu „Przeglądu piśmiennictwa“ przyjmowali udział z pomiędzy członków Towarzystwa dr. dr. BĄCZKIEWICZ, CHEŁCHOWSKI, DOBRZYCKI, JANOWSKI, KOPYTOWSKI, PUŁAWSKI, PRUSZYŃSKI, ROGOWICZ, SAWICKI, ŚWIĄTECKI, SZTEYNER, SZUMLAŃSKI i J. ZAWADZKI oraz z nie-należących do Towarzystwa dr. dr. HOLC, RADZIWIŁLOWICZ, SWIEŻYŃSKI, E. ZIELIŃSKI i A. ŻURAKOWSKI.

Wydawnictwo było odbijane w drukarni p. K. KOWALEWSKIEGO. Co się tyczy tablic, to drzeworytnicze pochodziły z pracowni warszawskich drzeworytników (jedna robiona u p. Wiśniewskiego) i odbijane były na miejscu w drukarni, litografowane zaś i chromolitografowane pochodziły z pracowni zagranicznych, a mianowicie od WESSER'a w Jenie i od FUNKE'go w Lipsku.

W roku sprawozdawczym 1894 „Pamiętnik“ był rozsyłany w 418 egzemplarzach, a mianowicie 163 płatnym prenumeratorom, 85 instytucjom naukowym, redakcyom i osobom bezpłatnie (w tej liczbie 80 instytucjom i redakcyom i 5 osobom) oraz 169 członkom czynnym Towarzystwa.

Wpływy z prenumeraty, a w nieznacznej części i ze sprzedaży oddzielnych kompletów za lata ubiegłe (NB. oddzielne zeszyty nie były sprzedawane) w ciągu r. 1894 wyniosły ogółem 339 rs. 30 kop.

Wydatki na wydawnictwo w r. 1894 wyniosły;

|   |                 |
|---|-----------------|
| Na druk, papier, broszurowanie wydawnictwa i odbitek    | Rs. 1135 k. 03  |
| Na tablice i rysunki . . . . .                          | „ 131 „ 09      |
| Na ekspedycyę w kraju, cesarstwie i zagranicą . . . . . | „ 110 „ 84      |
| Na wydatki drobne (marki pocztowe i t p). . . . .       | „ 2 „ 75        |
| Na honoraryum dla 1 autora . . . . .                    | „ 20 „ —        |
| Na pensyę roczną Redaktora . . . . .                    | „ 200 „ —       |
| Ogółem  | Rs. 1599 k. 71. |

(NB. W skutek wprowadzenia w roku ubiegłym wysyłania w kraju i cesarstwie „Pamiętnika“ za pośrednictwem ekspedycyi gazet Pocztaamtu Warszawskiego, nie zaś za markami, jak to miało miejsce w latach dawniejszych, koszt ekspedycyi wydawnictwa okazał się tańszym, pomimo wysyłania większej ilości egzemplarzy, niż dawniej).

UWAGA. W roku sprawozdawczym z fundusów specjalnych, nieobjętych budżetem Redakcyi, wyznaczonym na posiedzeniu administracyjnym w r. 1893, były wydrukowane 2 prace, t. j. prace Z. DMOCHOWSKIEGO „Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie HIGHMOR'a“ i A. MAJEWSKIEGO „Granice kąta maksy-

malnego a jeszcze nieszkodliwego skręcenie główki noworodka<sup>4</sup>. Prócz tego p. dr. F. NEUGEBAUER własnym kosztem dostarczył klisz drzeworytniczych i cynkotypowych do pracy swej, drukowanej w zesz. I, II i III.

Redaktor M. Jakowski.

Warszawa, dn. 30 Marea 1895 r.

## 19.

### Sprawozdanie z czynności Pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1894.

Przy przejściu pracowni pod nowy zarząd na początku roku 1894 inwentarz pracowni liczył przedmiotów 82, sztuk 119. Decyzją Zarządu Towarzystwa Lekarskiego wykreślono z inwentarza przedmiotów 2, sztuk 2, pozostało przedmiotów 80, sztuk 119 na sumę rs. 1885 kop. 15. W ciągu roku 1894 zapisano do inwentarza, stosownie do odezwy Zarządu Towarzystwa z dnia 30. VI. 1894 za Nr. 41, w dziale przyrządów fizycznych znalezione w pracowni przedmiotów 10, sztuk 23, na sumę rs. 174,35. Nabyto w dziale narzędzi i przyrządów metalowych i drewnianych numerów 7, sztuk 7, na sumę rs. 18 kop. 84 [sztendery żelazne, kółka do nich, podstawka do pipet i biuret]. Ogółem na 1 Stycznia 1895 roku inwentarz pracowni liczył numerów 97, sztuk 143, ocenionych na sumę rs. 1921 kop. 34. Wiele z przedmiotów pochodzi z darów prof. HOYERA, D-ra KRAMSZTYKA, JASIŃSKIEGO, WILCZYŃSKIEGO i współwłaścicieli Gazety lekarskiej. Z przedmiotów conniejszych pracownia posiada 7 mikroskopów, dwa mikrotomy, jedną wagę chemiczną, piec do spaleń chemicznych, aparat sankowy du Bois-REYMOND'a. Dzieł, pochodzących prawie wyłącznie z daru prof. HOYERA, pracownia posiada 14, woluminów 19.

Główne wydatki pracowni w roku 1894 stanowiły zakupy chemikalii, barwników do badań mikroskopowych, wysokoku, ksyłolu i t. p., na sumę rs. 75 kop. 22,—przedmioty szklane, jak szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, biurety, pipety i t. p. na sumę rs. 60.

Obowiązki były rozdzielone w ten sposób, że kustosz pracowni prowadził administrację, a zarządzający pracownią kierował badaniami naukowymi. Ostatnie odbywały się przeważnie w godzinach wieczornych. Przez rok 1894 pracowali następujący koledzy:

Kol. HOŁC przeprowadzał systematyczne badania mikroskopowe nad chłazion.

Kol. LEŚNIEWSKI badał przypadek torbieli jamy HIGHMOR'a, a oprócz tego praktycznie obznajmiał się z mikroskopią anatomo-patologiczną.

Kol. KOZICKI wykonywał pracę doświadczalną nad zmianami anatomicznymi przy przewlekłym zatruciu zwierząt środkami anestetycznymi [bromek etylu, pental, eter, chloroform].

Kol. ŻURAKOWSKI badał mikroskopowo raka podniebienia miękiego, torbiele szyi i zagłębienia krzyżowego.

Kol. DANIEWSKI—poszukiwania mikroskopowe nad *molluscum contagiosum*.

Kol. KOZERSKI studyował anatomię mikroskopową skóry prawidłowej, *paraspermiosis Darier*.

Kol. LESZCZYŃSKI—zmiany mikroskopowe przy zatruciu pentaiem.

Kol. BIRO—przypadek *sarcoma pontis*.

Kol. WINIARSKI—poszukiwania nad mięśniem sercowym.

Nareszcie kustosz pracowni — przypadek cierpienia rdzeniowego.

Niektóre z poszukiwań [kol. LEŚNIEWSKIEGO i ŻURAKOWSKIEGO] zostały już ogłoszone, inne wkrótce ukazą się w druku.

Kustosz pracowni Tow. Lek. War. E. Biernacki.

Warszawa dnia 22 Maja 1895 r.

## 20.

### Sprawozdanie z czynności Komitetu bibliotecznego za rok 1894.

W roku 1894 Komitet biblieczny odbył trzy posiedzenia z tych jedno z udziałem członków Zarządu i biegłych, zaproszonych na skutek uchwały Towarzystwa z d. 27 Lutego 1894 r., i jedno z udziałem członków Zarządu.

Po przedstawieniu Towarzystwu opinii biegłych na posiedzeniu administracyjnym dodatkowym w d. 22 Maja 1894 r. i po zapadnięciu na temże posiedzeniu uchwał, określających sposób prowadzenia biblioteki, Komitet biblieczny, chcąc pozostawić kol. bibliotekarzowi czas na wprowadzenie żądanych zmian w sposobie prowadzenia biblioteki, zebrał się dopiero w d. 13 Listopada 1894 r., w celu sprawdzenia, o ile wykonywane są powyższe uchwały. Dokonana wtedy, oraz na następnem posiedzeniu w d. 12 Grudnia 1894 r., rewizya katalogów biblioteki wykazała, że katalog kartkowy, kontrola dzieł, oddanych do oprawy, księga zapotrzebowań i kontrola czytelni prowadzone są zgodnie z wymaganiami uchwały Towarzystwa. Niema dotąd jeszcze katalogu braków, a nowo sporządzona księga wpływów nie zawiera paru wymaganych przez uchwałę nrbyrk. Przygotowanie materiału do katalogu umiejętnościowego nie postępuje od roku zeszłego, a to według orzeczenia kol. bibliotekarsa, z powodu braku osobnego pokoju na kancelaryę biblioteki.

Katalog repozytoryalny obejmował w d. 12 Grudnia 1894 r. spis 17070 dzieł i broszur, a więc od ostatniej rewizyi w d. 22 Kwietnia 1893

roku wpisano nowoprzybyłych pozycji 960. Nadto wpisano do katalogu poprzednio nieskatalogowane dwa nowe działy, osobną numeracją opatrzone, mianowicie foliantów 290, rękopisów 84. Katalog szafy ś. p. **PLACZKOWSKIEGO** pozostał bez zmiany. Wszystkie skreślenia, poprawki i naklejenia, wymienione w protokołach rewizji biblioteki z roku 1893, wyjaśnione przez kol. bibliotekarza przez zapisanie numeru pod jaki dana książka została przeniesiona, sprawdzono i opatrzone podpisem jednego z członków komitetu. Z czynności tej sporządzono odpowiedni protokół.

Ścisła rewizya biblioteki, jakiej wymaga § 68 regulaminu, zatwierdzonego w d. 6 Grudnia 1892 r., nie mogła być w roku sprawozdawczym dopełniona, ponieważ, jak to wyżej zaznaczono, wiele czasu zabrało wprowadzenie w czyn uchwalonych przez Towarzystwo reform w bibliotece. Zamiast ścisłej rewizji wszystkich bez wyjątku dzieł, składających bibliotekę Towarzystwa, Komitet dopełnił rewizji częściowej, polegającej na wyszukaniu przez kol. bibliotekarza na półkach szeregu dzieł, wskazanych na wrywki przez członków Komitetu. Wszystkie żądane dzieła oraz odpowiednie kartki w katalogu kartkowym znalaziono w porządku.

Przewodniczący w komitecie bibliotecznym  
Vice-Prezes **Sokołowski**.

# OGŁOSZENIA.

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1897, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go Kwietnia 1893 r. do 31-go Grudnia 1896 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1893, 1894, 1895, 1896 i w ciągu Stycznia 1897 r., na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego. 1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakterii chorobotwórczych. 2) Sprawdzenie poglądów HORBACZEWSKIEGO na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny. 3) Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych [lub jednego z ich odcinków]. 4) Zapalenie kataralne płuc z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteriologicznego. 5) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem. 6) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego, a skończywszy na uwładzie starczym. 7) Zbadać zmiany anatomiczne, wywołane przez długotrwałe działanie na orga-



nizm toksyn *staphylococci aurei*. 8) Rozstrzygnąć doświadczalnie kwestyę dotychczasowo sporną, czy ciśnienie krwi tętniczej powiększa się [LANDOIS, MOREY], lub też czy takowe zmniejsza się [BASCH, FREY, LENZMANN] w okresie silnego wydechania, a mianowicie w doświadczeniach VALSALVY. 9) Znaczenie prof. SZOKAŁSKIEGO dla nauki o zmyśle mięśniowym. 10) Zasługi prof. SZOKAŁSKIEGO dla nauki o uczuciu barw. 11) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stosunek pomiędzy jakościowym i ilościowym wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, *resp.* surowicy krwi w tej chorobie.

Termin do złożenia rozpraw wyznacza się do dnia 31 marca 1896 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 11-tu tematów, wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1895/96 jest dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zabezpieczonych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały,

**Dr. Brodowski.**

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1895/96 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra WALENTEGO KOZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu mają: a) imienia Kozorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicji zamieszkali, c) Strojcecy synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w kancelaryi tegoż Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa nbóstwa; 4) treściwego opisu biegu

życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożą wienni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1895/96 wakować będzie stypendyum, w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. **IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO**, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego; stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożą nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

---

## Komitet Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych

ogłasza, że z zapisu *D-ra* Leona **LANDE** udzielone ma być w dniu 18 Lutego 1896 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95, albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom moższowego wyznania, albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim, albo też — w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim, wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15-go grudnia 1895 r.. Przy prośbie złożonej należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub

sierot. Osoby na prowincyi zamieszkałe [w guberniach Królestwa Polskiego], przesłać winny prośby, z dołączeniem pouienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kaszy wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia  
*D-r J. Rogowicz.*

## 2-ga WYSTAWA HYGJENICZNA W WARSZAWIE. (1896).

Prezes: Prof. Włodzimierz Brodowski.

Wice-prezesi: { dr. med. Ed. Przewoski, dr. med. Piotr Troicki,  
inżynierowie: Alfons Grotowski, Kaj. Mościcki.  
Sekretarz główny: Józef Polak.  
Kasyer: Ferdynand Więckowski.

Zarządzający kancelaryą wystawy: Władysław Ślaski.

1. Wystawa hygjeniczna otwartą zostanie w Warszawie w 1896 roku i trwać będzie od 15 maja do 15 lipca.

2. Wystawa urządzoną będzie na placu miejskim między ulicami Koszykową, Kaliksta, Polną i Nowowiejską. Biuro wystawy mieści się w wydziale budowlanym Magistratu (ratusz).

3. Nagrody dla wystawców składać się będą z medali złotych, srebrnych i brązowych, oraz z dyplomów uznania i listów pochwalnych. Odznaczenia takie przyznawane będą na posiedzeniach ogólnych zarządu na przedstawienie komitetów wystawy. Medale w naturze wydawane będą za zwrotom kosztu metalu.

4. Osoby pragnące umieścić okazy składają deklaracje jednocześnie załączając opłatę w ilości rs. 3 za metr kwadratowy na placu wystawy i rs. 5 za metr kwadratowy ściany lub podłogi w budynku wystawy, licząc za cały przeciąg pobytu przedmiotów na wystawie. Wystawca usuwający przedmioty przed zamknięciem wystawy, traci prawo do miejsca zajętego poprzednio.

U w a g a. W pewnych wyjątkowych razach zarządowi przysługuje prawo przyjęcia przedmiotów bez opłaty, lub za zmniejszoną opłatą.

5. Zarząd posiada prawo odmowy przyjęcia przedmiotów. W przypadku takim, kwota nadesłana natychmiast zwróconą będzie osobom, które ją wniosły. Osoby cofające deklaracje, tracą prawo do odbioru wniesionych opłat.

6. Wystawcy pokrywają oprócz kosztów przesyłki, przeniesienia, ustawienia i potem uprzątnienia okazów, wydatki na wszystko, cokolwiek odnosi się do urządzenia ich oddziałów i muszą dopilnowywać sami porządku w obrębie takowych.

U w a g a. Wystawcy nadsyłający przedmioty, których ocenienie wymaga analizy chemicznej, obowiązani są uiścić zapłatę za rozbiór. Cennik odnośny zostanie w tym celu podany.

7. Urządzenie atoli pojedynczych oddziałów nie może się odbywać bez udziału zarządu, a to w celu zachowania właściwego stosunku w ugrupowaniu, oświetleniu i symetrii rzeczy w obrębie całej wystawy.

8. Pokarmy sprzedawane na wystawie ulegać będą kontroli sanitarnej ze strony zarządu wystawy.

9. Zarządowi wystawy przysługuje prawo poddawania ściślejszemu badaniu przedmiotów nadesłanych na wystawę, oraz wyłączne prawo wydania katalogu wystawy. Zwiedzający pragnąc wykonać rysunek, skreślić plany i t. p. muszą otrzymać na to pozwolenie zarządu. Reklamy rozdawane przez wystawców muszą być poprzednio zaakceptowane przez Zarząd Wystawy.

10. Wszelkie uszkodzenia terenu i gmachu wystawy obecnością przedmiotów wywołane, naprawione być winny kosztem wystawców.

11. W razie potrzeby bliższych informacji wystawy otrzymać je mogą w biurze wystawy.

12. Deklaracje przyjmowane będą w biurze począwszy od chwili ogłoszenia niniejszego regulaminu. Przy równości innych warunków pierwszeństwo co do wyboru miejsca oddane będzie zgłaszającym się wcześniej.

13. Organem Wystawy higienicznej jest czasopismo miesięczne „Zdrowie.”

## PROGRAM WYSTAWY HYGJENICZNEJ.

### *Grupa pierwsza. Higjena żywienia.*

1. Fiziologia i chemia żywienia. Chemiczne części składowe ustroju ludzkiego. Skład chemiczny pokarmów. Diagramy, tablice i t. p. odnoszące się do warunków prawidłowego żywienia.

2. Okazy zwierząt i roślin używanych jako pokarm: w naturze, w modelach i rysunkach.

3. Okazy produktów spożywczych; mąki, chleba, masła, sera, miodu i t. p.

4. Mleczarnie, serownice, ptaszarnie, zakłady sterylizacji mleka i t. d.

5. Przyrządzanie pokarmów. Urządzanie kuchni, statki kuchenne. Tanie kuchnie.

6. Woda i sposoby oczyszczania jej. Filtry. Napoje: kawa, herbata, kakao, czekolada, kumys, kefir, napoje wysokokowe.

7. Pokarmy konserwowane, wyciągi, mączki dziecinne i t. p.

8. Sposoby badania pokarmów; rozpoznawanie fałszowań, rozpoznawanie roślin trujących.

9. Normalne relewy żywienia dla uczni, robotników, aresztantów i t. p. Literatura odnosząca się do grupy 1-ej.

### *Grupa druga. Hygiena odzieży.*

10. Własności higieniczne różnych materiałów i barw odzieży. Bielizna. Obuwie. Specjalne rodzaje odzieży. Kostjumy. Odzież i obuwie nieprzemakalne.

### *Grupa trzecia. Hygiena miast i wsi oraz mieszkań.*

11. Plany, rysunki i modele oraz wzory urządzania mieszkań w naturze. Plany i rysunki miast.

12. Higieniczne materiały budowlane, podłogi nieprzemakalne, sposoby białenia i malowania ścian, obicia i t. p.

13. Zaopatrzenie w wodę miast, domów i mieszkań. Kąpiele publiczne i prywatne, wanny, umywalnie i t. p.

14. Wydalanie odpadków i nieczystości. Kanalizacja i drenaż. Złewy. Klozety. Torfy. Dezynfekcja.

15. Opalanie mieszkań. Piece. Kominki. Przewietrzanie mieszkań. Wentylatory. Ogrzewanie i wentylacja gmachów publicznych, teatrów.

16. Oświetlenie mieszkań. Fotometria. Oświetlenie gazowe, naftowe, elektryczne. Świece, lampy, palniki i t. p.

17. Urządzenia zapobiegające pożarom i innym nieszczęśliwym wypadkom w miastach, domach i gmachach publicznych. Udzielanie pierwszej pomocy. Literatura odnosząca się do grupy trzeciej.

### *Grupa czwarta. Bakteriologia i dezynfekcja.*

18. Grzybki chorobotwórcze i inne pasożyty ludzkie.

19. Pielęgnowanie czystości skóry. Mydła. Środki kosmetyczne

20. Środki i przyrządy dezynfekcyjne. Szczepienia ochronne. Literatura odnosząca się do grupy czwartej.

### *Grupa piąta. Hygiena specjalna.*

21. Szkoły. Pomieszczenia szkół, ochrona i t. p. Ławki szkolne. Pomoce naukowe. Urządzenia gimnastyczne. Rysunki, diagramy i t. p.

22. Warsztaty i fabryki: Specjalne choroby robotników i zapobieganie takowym. Maski, respiratory, odzież specjalna robotników. Przyrządy zabezpieczające. Specjalne regulaminy dla robotników.

23. Szpitale i zakłady lecznicze w ogólności. Plany i rysunki. Urządzenie wewnętrzne. Żywność chorych. Karety i przyrządy do przenoszenia chorych. Apteki wiejskie. Środki farmaceutyczne i t. p.

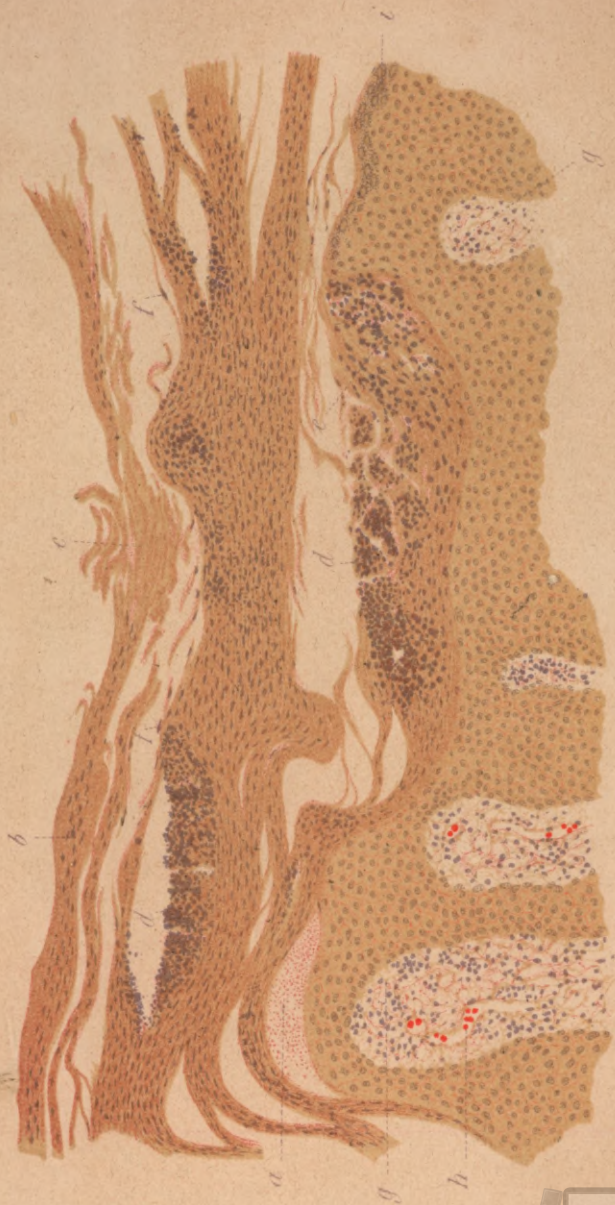
24. Miejscowości klimatyczne. Balneologia, literatura odnosząca się do grupy piątej.

### *Grupa szósta. Statystyka i meteorologia.*

25. Tablice odnoszące się do ruchu ludności, śmiertelności i chorób panujących.

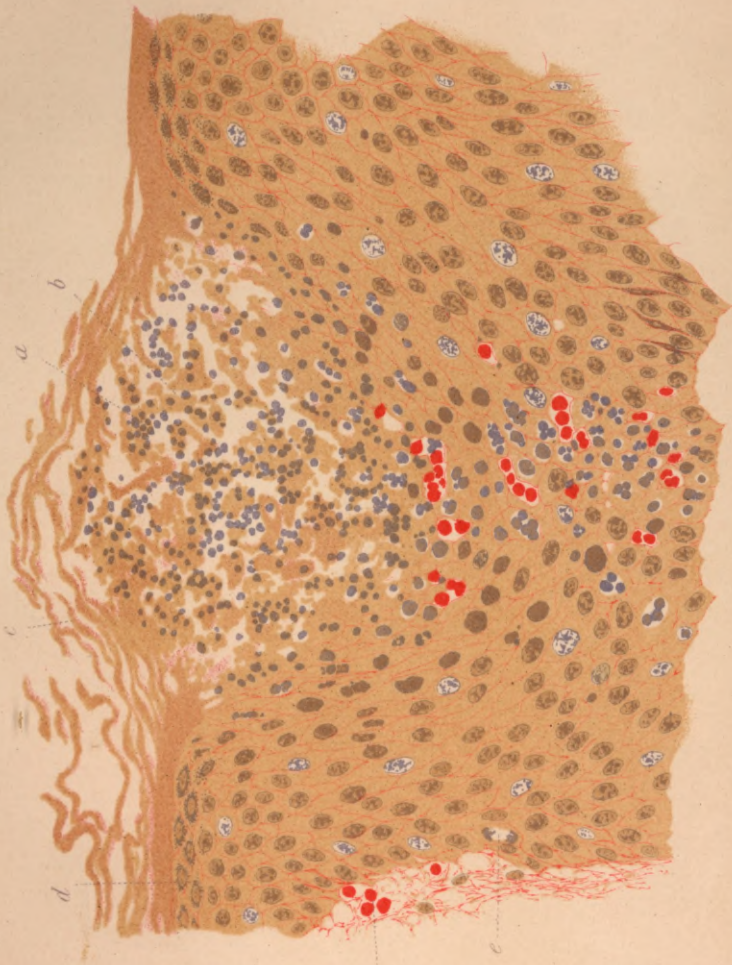
26. Rozbiory powietrza. Sposoby wykonywania spostrzeżeń meteorologicznych. Warunki klimatyczne miejscowości.

I.



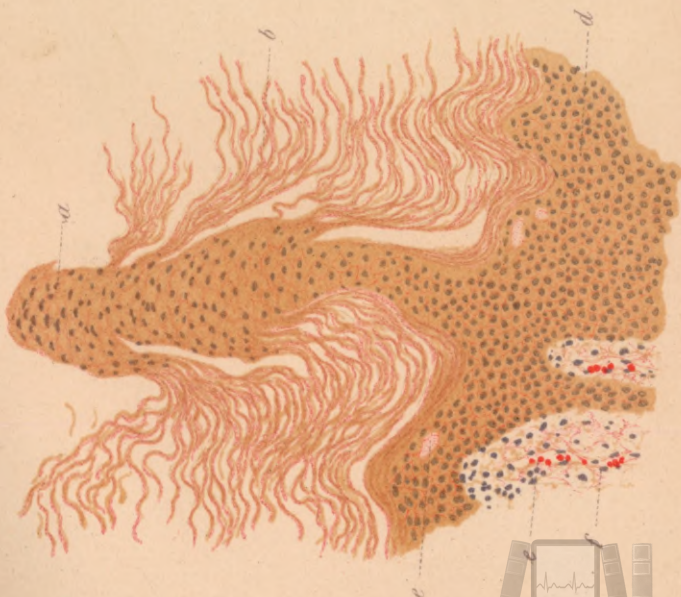
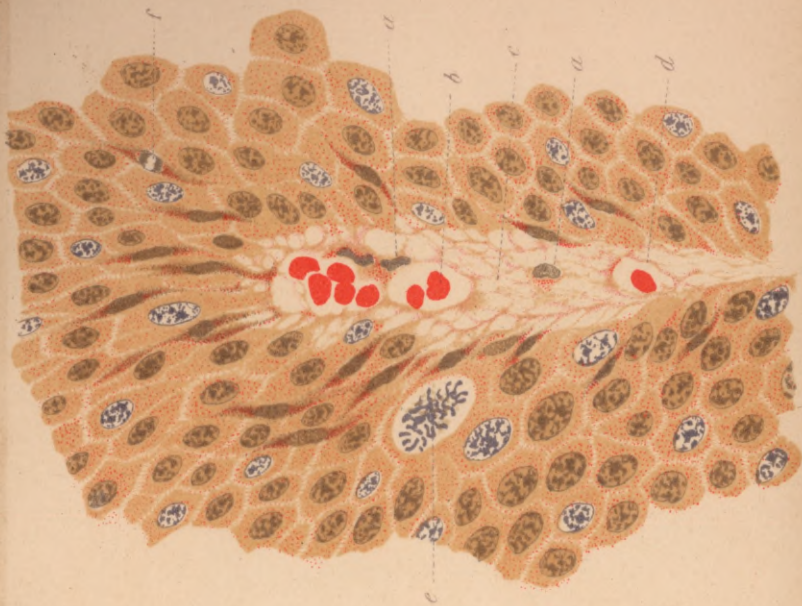
2.

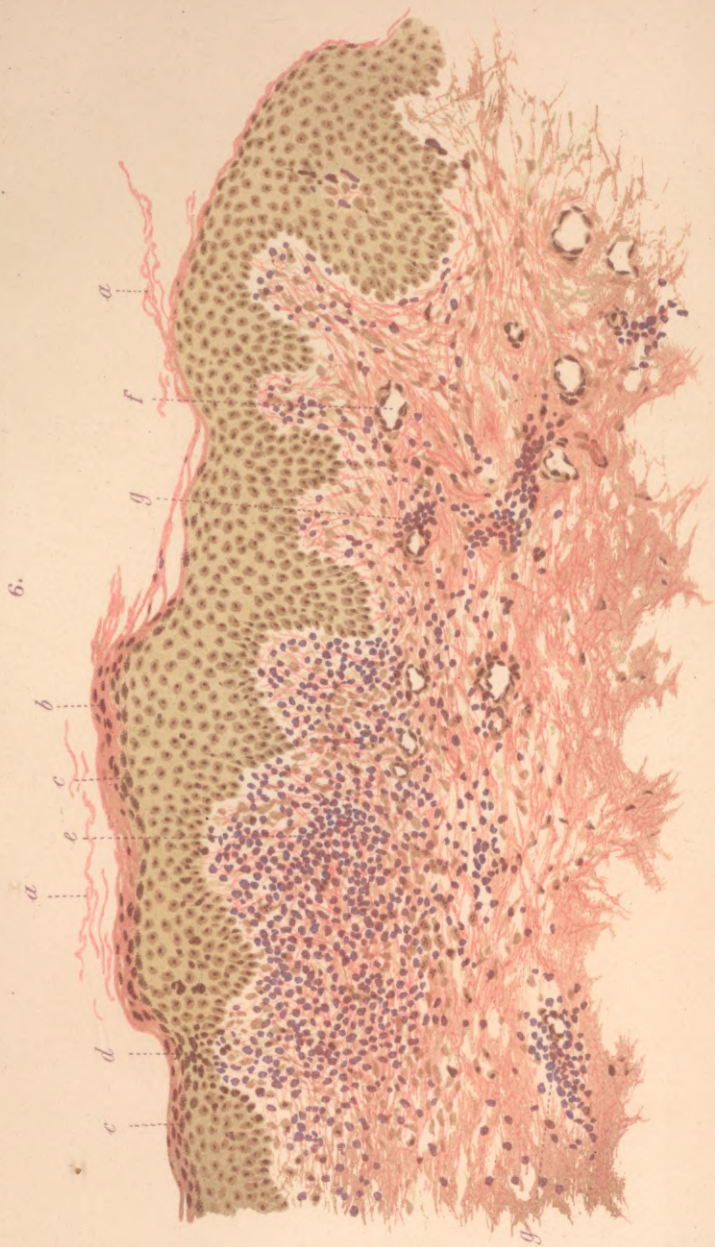






5.





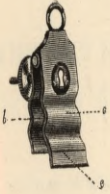


Fig. 2.

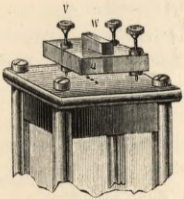


Fig. 3.

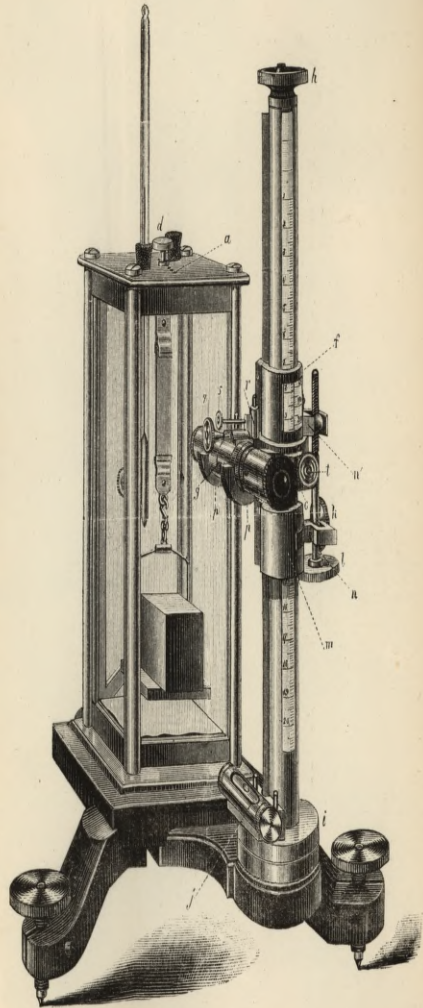


Fig. 1.