

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Posiedzenie 13-te dnia 7 Lipca 1874 r.

PREZES: Brodowski.

TREŚĆ: *Prezes.* Bąblowiec klatki piersiowej.

Prezes przedstawia bardzo rzadki okaz patologiczny. Do Kliniki Terapeutycznej Uniwersyteckiej Warszawskiego Uniwersytetu zgłosił się niedawno chory w średnim wieku z przewlekłym zrazikowem zapaleniem płuc. Na klatce piersiowej z lewej strony znajdowały się u niego 2 wyniosłości, których istotę trudno było określić. Jedna z tych wyniosłości znajdowała się z tyłu w górnej części klatki piersiowej pomiędzy łopatką a kręgosłupem, druga od przodu prawie na linii sutkowej poniżej mostka. Każda z tych wyniosłości miała objętość małego jajka, granice niewyraźne; dotknięciu przedstawiały odporność elastyczną; skóra nad nimi zupełnie zdrowa i przesuwalna; u podstawy z łatwością wyczuć się dawały zniszczone brzegi żeber; dolny guz przy nacisku zmniejszał nieco swoją objętość. Przy kaszlanu nie ulegały wyraźnej zmianie. Chory podaje, że wyniosłości te od lat kilku zwolna się rozwijają, nigdy nie były bolesne i nigdy nie znikwały w zupełności. Rozpoznanie stanowczego nie postawiono; jako najprawdopodobniejszą przyjmowano przepuklinę płuc. Przy sekcji okazało się,

że z lewej strony klatki piersiowej z tyłu pomiędzy 7 a 8 żebrem znajduje się mniej więcej owalny otwór utworzony przez zniszczenie mięśni międzyżebrowych i odpowiadających sobie brzegów żeber na ograniczonej przestrzeni; nieco mniejszy podobny otvorek znajdował się poniżej poprzedniego w następnym odstępnie międzyżebrowym. Z przodu klatki piersiowej z tejże samej strony znajdowały się podobne otwory pomiędzy żebrami 8 a 9 i 9 a 10. Wszystkim tym otworom odpowiadały jamy wypełnione ropą i otorbione grubemi ścianami ze zbitej tkanki łącznej. Od wewnętrznej strony klatki piersiowej pod opłucną znajdował się szeroki, miejscami zwężony kanał stanowiący komunikację między obiema jamami. Kanał ten począwszy od górnego otworu spuszcza się zrazu prostopadłe ku dołowi do następnego odstepu międzyżebrowego, a następnie wzdłuż tegoż odstepu ku przodowi aż do przedniej jamy. W zawartości jam znajdowały się Bąblowce (*Echinococcus*). Cały więc ten proces przedstawia się jako skutek rozwoju Bąblowca w ścianach klatki piersiowej i następczego w okołoplenia. Ze względu na niezwykle siedlisko pasożyta wypadek niniejszy zasługuje na uwagę.

w z. *Zyg. Kramsztyk*.

Posiedzenie 14-te dnia 1 Września 1874 r.

PREZES: **Brodowski.**

TREŚĆ: I. *Nawrocki*. Przedstawienie nowych członków korespondentów.—II. *Girsztowt*. Kassa ubezpieczeń dla lekarzy.

I. *Nawrocki* przedstawia na członków-korespondentów Towarzystwa: Dr. *Mikołaja Kowalewskiego* prof. Fiziologii i Dr. *Jana Dogiela* prof. Farmakologii w uniwersytecie każańskim, Dr. *Marcellego Nenckiego* prof. Chemii Fیزیologicz-

nej w Bernie, Dr. *Jahny*, właściciela prywatnej kliniki Oftalmiatrycznej we Wrocławiu, Dr. *Teodora Mokrickiego* w Nowogeorgiewsku i Dra *Henryka Dobrzyckiego* w Mieni.

II. *Girsztowt* przedstawia Towarzystwu kwestyę wprawdzie nie naukową, a społeczną, lecz stanu lekarskiego dotyczącą. Pan *Maleszewski* magister nauk matematycznych poświęcił dwa lata na zbadanie położenia lekarzy w rozmaitych krajach. Położenie to w ogóle nie jest wcale świetne i lekarze innych krajów dawno poczuili potrzebę założenia Towarzystwa emerytalnego. Pan *Maleszewski* ułożył szczegółowy projekt podobnego Towarzystwa na bardzo wygodnych warunkach. *Girsztowt* chcąc urzeczywistnić ten projekt bardzo ważny dla lekarzy postanowił ustawę p. *M.* własnym nakładem odbić i lekarzom rozesłać. Sądzi, że właściwą byłoby rzeczą, aby Towarzystwo Lekarskie przyjęło na siebie utworzenie podobnej kassy i w ten sposób dało inicjatywę; okoliczność ta nadałaby większą powagę mającemu się zawiązać Towarzystwu i obudziłaby ku niemu zaufanie.

Przedstawiając tę propozycyę Towarzystwu *Girsztowt* objawia że w razie zgody ze strony Towarzystwa, na broszurkach, jakie ma rozesłać, wymieni, że kassa ubezpieczeń utworzyć się mająca, pozostawać będzie w ścisłym związku z Towarzystwem Lekarskiem.

Girsztowt odczytuje część ustawy, zawierającą ogólny zakres działania Towarzystwa ubezpieczeń; ubezpieczenia mają mieć albo postać emerytury, albo jednorazowego kapitału czy to pośmiertnego, czy też mającego się odebrać po oznaczonym przeciągu czasu.

Girsztowt wreszcie dodaje, że istniejąca przy Towarzystwie Kassa Wsparcia podupadłych lekarzy dałaby się łatwo zamienić na Kasę Wzajemnego Ubezpieczenia, przyczem pobierane pensye straciłyby przykry charakter wsparcia.

Szokalski zwraca uwagę, że Towarzystwu, o jakim *Girsztowt* mówi, brak warunków powodzenia. Przede wszystkim Towarzystwo takie musi dać pewną gwarancyę,

opartą na jakiejś podstawie finansowej, czego brak Towarzystwu Lekarskiemu. Wreszcie istnieją liczne tego rodzaju Towarzystwa powszechne, z których lekarze nasi mało korzystają, co okazuje, że nie czują potrzeby podobnej instytucji.

Girsztowt odpowiada, że gwarancya, jaką Towarzystwa podobne dają, jest tylko pozorna, bo zobowiązania przenoszą zawsze wielokroć kapitał zakładowy, że właśnie z powodu obojętności naszych lekarzy, trzeba utworzeniem takiej kasy zwrócić ich uwagę na całą doniosłość ubezpieczeń na życie, że dla rozszerzenia zakresu, można by przyjmować do Towarzystwa aptekarzy, weterynarzy, a nawet ludzi zawodem zupełnie z medycyną nie związanych, a znajdujących się w podobnych warunkach finansowych.

Jodko uważa instytucję przez *Girsztowta* proponowaną za czysto finansową, a więc związek jej z Towarzystwem naukowym za nieodpowiedni. Kassa wsparcia jest to wzajemne wsparcie koleżeńskie, więc w zupełnie innych znajduje się warunkach.

Girsztowt zapytuje, czy Towarzystwo pozwoli, aby, drukując ustawę, wyraził przy tem życzenie, by kassa wzajemnego ubezpieczenia mogła być połączona z Towarzystwem Lekarskiem.

Szokalski odpowiada, że przeciw tak postawionej kwestyi Towarzystwo Lekarskie nic mieć nie może.

w z. *Zyg. Kramsztyk*.

Posiedzenie 15-te dnia 15 Września 1874 r.

TREŚĆ: I. *Orłowski*. Amputacja goleni nadkostkowa.—II. *Girsztowt*. Operacja Pirogowa.

I. *Orłowski* przedstawia chorego, któremu wykonał odjęcie goleni tuż nad kostkami. Odjęcie kończyny dolnej w okolicy nadkostkowej (*Amputatio supramalleolaris*) w o-

statnich czasach przez wielu chirurgów niemal zupełnie zaniechanem było. Przyczyną tego była wadliwość płatów, które po zagojeniu się pozostawiały bliznę na samej powierzchni przepiłowanej kości, lub w niedalekiej przestrzeni od jej obwodu, w każdym jednak razie, w miejscu ze względu na dalszą używalność kończyny nader niedogodnem. Blizny te niekiedy nader szybko ulegały owrzodzeniom, które, sięgając głębiej, niejednokrotnie były powodem próchnienia kości, tym więc sposobem zmuszały chorych poddawać się operacyom wtórnym. Kosztowne nawet przyrządy, stósowane na całą kończynę, a mające na celu zmniejszyć ciśnienie ciężaru ciała na bliznę nie były w możności usunąć w zupełności następstw niemiłych; z tych więc powodów operacya ta, pomimo nader szybkiego gojenia się, przez wielu zaniechaną była.

W Październiku 1867 *Laborie* na posiedzeniu towarzystwa Chirurgicznego Paryzkiego przedstawił chorego, któremu wykonał odjęcie goleni z płatem tylnym, obejmującym ścięgno Achillesa; kości odpiłowane były na 16 cm. poniżej główki strzałki. Długość płata wynosiła 11 cm. Blizna po zagojeniu rany zupełnem znajdowała się na powierzchni przedniej pozostałej części goleni, w miejscu odległem od powierzchni przepiłowanej kości na 6 cm., tym więc sposobem podczas chodzenia nie mogła ulegać żadnemu ciśnieniu. Chory używał sztucznego buta około 1 $\frac{1}{2}$ miesiąca i rzeczywiście na bliźnie nie zaszły żadne zmiany.

M. Guyon zmienił nieco sposób podany przez *Laborie* i zastosował go przy odjęciu goleni w okolicy nadkostkowej. Zamiarem autora było również przy tworzeniu płata korzystać li tylko z części miękkich okolicy tylnej kończyny i w tym celu zastosował cięcie eliptyczne, nadzwyczaj zbliżone do cięcia używanego przy wyluszczeniu ręki. Cięcie to, wklęsłością zwrócone ku dołowi rozpoczyna się w okolicy przedniej goleni na trzy poprzeczne palce od końca kostki wewnętrznej, stopniowo opuszcza się na stronę wewnętrzną kończyny i dochodzi do osi kostki; w dalszym

ciągu przedłuża się ukośnie do granicy dolnej pięty, gdzie staje się poprzecznym i przechodzi w kierunku połączenia się skóry pięty i podeszwy; w końcu przedłużając się na stronę kończyny zewnętrzzną w kierunku ukośnym dochodzi do kostki zewnętrznej i półkolisto z wklęsłością ku dołowi zwróconą łączy się z cięciem początkowo wykonanem, zakreślając tym sposobem linię przed operacją oznaczoną. Obszerna ta elipsa tworzy płat z części bocznych goleni i z części tylnej, obejmując i okolicę piętową z wyjątkiem podeszwy. Płat ten oddziela się, rozpoczynając od pięty; chirurg uskutecznia to z całą sumiennością, odkrobując ścięgno Achillesa i jego przyczepy do kości piętowej i następnie po przecięciu nastroczających się bocznych ścięgien, unosi płat do granicy górnej elipsy, skrobaczką oddzielając go od kości goleni. Operacja kończy się przecięciem mięśni części przedniej i odpilowaniem kości w sposób zwykły. Wycięty sposobem wskazanym płat zawiera w sobie w całej grubości ścięgno Achillesa, pochwa którego zostaje nie otwartą i ścięgna mięśni okolicy tylnej, pochwy których są nietknięte do samej linii cięcia dolnego; tętnica piszczelowa tylna pozostaje również w swojej pochwie i podwiązuje się przy brzegu dolnym wewnętrznego płata. Zbliżenie się brzegów rany uskutecznia się z wielką łatwością. Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego Paryzkiego d. 12 Sierpnia 1868 r. *M. Guyon* przedstawił chorego, u którego wykonał operację powyżej opisaną. Kończyna była skrócona o 15 cm., z których 4 cm. przypada na część położoną powyżej kostek; blizna znajdowała się na powierzchni przedniej goleni, na 5 cm. powyżej brzegu dolnego. Pacjent chodził zupełnie swobodnie przy pomocy tylko sztucznego buta, nie doświadczając żadnego bólu.

Idąc w ślady *Guyon*'a wykonał *Orłowski* odcięcie goleni powyżej kostek u chorego, którego miał sposobność przedstawić Prezesowi w szpitalu Dzieciątka Jezus z raną pooperacyjną zagojoną zupełnie, chory wszakże umarł po kilku miesiącach w skutek następstw choroby Brighta.

Obecnie przedstawia Towarzystwu drugiego chorego operowanego w ten sposób.

Staciński Bronisław, wyrobnik, lat 24 mający. przybył do Szpitala Dzieciątka Jezus d. 8 Stycznia r. b. w. trzy tygodnie po odmrożeniu części przedniej prawej stopy. D. 31 Stycznia po wytworzeniu się linii demarkacyjnej, wyłuszczył *Orłowski* część stopy w stawie. Podczas operacji nie zaszło nic godnego uwagi. Początkowo gojenie się postępowało dosyć pomyślnie, w dni jednak kilkanaście powstały zatoki i ropień w okolicy tylnej pozostałej części stopy. Z otworu po przecięciu ropnia i z przetok, szczególnie przy brzegu rany wewnętrznym wydzielala się ciągle znaczna ilość ropy. Stopniowo stan stopy pomimo wszelkich zalecanych środków widocznie się pogarszał, tak, iż po dokładnem miejscowem zbadaniu w pierwszych dniach Marca okazało się, iż zgłębnik nie tylko dochodził do wnętrza stawu golenio-stopowego, lecz i wszystkie niemal pozostałe kości stopy przez proces próchnienia zmienione były. W skutek tego dnia 6 Marca chory powtórnie poddanym był operacji, mianowicie wykonano w sposób podany przez *Guyon'a* odjęcie goleni w okolicy nadkostkowej. Dnia 15 Kwietnia po krótko trwających dreszczach, przy gorączce wystąpiły objawy róży, która od brzegów zagojonej niemal rany posunęła się na goleń i udo. W końcu Kwietnia rana pooperacyjna zagojoną była zupełnie, przy brzegu tylko zewnętrznym pozostała niewielka zatoka.

Obecnie pacjent od kilku miesięcy przy pomocy zwykłego sztucznego buta (cena którego około 6 rubli) chodzi zupełnie swobodnie, żadnego nie doświadczając bólu; blizna znajduje się w okolicy przedniej goleni i tym sposobem zabezpieczoną jest od wszelkich następstw, jakie z powodu ciągłego na nią ucisku wyniknąć by mogły. Kończyna skrócona jest o $8\frac{1}{2}$ cm. U nas, o ile *Orłowskiemu* wiadomo, nie zwrócono jeszcze dotąd uwagi na sposób postępowania *Guyon'a*, który z wielką dla chorych korzyścią pozwala nam

w danym wypadku operację niemal zapomnianą włączyć do rzędu naśladowania godnych.

Kosiński zgadza się z *Orłowskim*; operacji tak ściśle nadkostkowej jak w danym wypadku prawie się nie wykonywa; dodatnie strony tej operacji stanowi dłuższa kończyna po operacji i oszczędzenie kanału szpikowego. Gdy wszakże operowany w tym wypadku stąpać musi na cienkiej skórze tylnej strony pięty, *Kosiński* wolałby robić operację *Syme'a*.

Orłowski dodaje, że najważniejszym punktem w opisanem postępowaniu jest zachowanie ścięgna Achillesa. Operacja nie może być pospolita, bo niedawno podaną została, a operacji podług dawniejszej metody prawie wszyscy chirurdzy unikali.

Girsztowt przyznaje, że o ile idzie o operację ściśle nadkostkową, która pozwala używać następnie kończyny przy pomocy odpowiedniego tylko buta, jak w danym wypadku, bez pasów miednicowych, o tyle operacja jest rzeczywiście praktyczną i rzadko wykonywaną.

II. *Girsztowt* przedstawia chorego, któremu amputował stopę podług metody *Pirogowa*; operacja dokonana była przed laty dwoma z powodu rany szarpanej z następczem zapaleniem stawów stopowych. Chory w 3 tygodnie po operacji wyjechał z raną prawie zabliznioną. Kość piętowa była już nieruchoma. Przez rok chory chodził o kuli z powodu ciągłego ropienia, podtrzymywanego, jak się potem pokazało, kawałkiem drenu pozostałego w ranie. Obecnie chory chodzi swobodnie i śmiało, nie potrzebując żadnych sztucznych pomocy, bo noga operowana nie jest ani trochę krótszą od zdrowej. *Pirogow* pierwsze pomysły do swej operacji powziął jeszcze w r. 1852, chcąc usunąć ujemne strony amputacji *Syme'a*. Do ujemnych stron należało przedewszystkiem skrócenie, acz nieznaczne, kończyny i pozostawienie płata skór nego w postaci worka, który stanowić musiał wygodny zbiornik dla ropy. Obu tym niewygodom zapobiegł *Pirogow*, przystósowując do odpływającego

dolnego końca goleni odpowiedniej wielkości tylną część kości piętowej, która jednocześnie przedłużała kończynę i wypełniała płat skórny. Najważniejszym powikłaniem tej operacji bywa obumarcie kostnego płata kości piętowej, przyczem usunięcie tej kości pozostawia stosunki zupełnie takie same, jak po operacji *Syme'a*. Operację swoją ogłosił *Pirogow* w r. 1854, znalazła ona wszakże mało zwolenników, w części zapewne dla tego, że zachodnia Europa niechętnie przyjmuje nowości naukowe ze wschodu przychodzące, w części zaś dla tego, że chirurdzy, nie trzymając się ściśle przepisów *Pirogowa*, nie mogli otrzymywać tak świetnych, jak on rezultatów. Obowiązkiem jest uczniów *Pirogowa*, do których i *Girsztowt* z dumą się zalicza, wznowienie tej pięknej i ważnej operacji.

Kosiński nie wątpi, że gdyby operacja *Pirogowa* dawała często tak świetne rezultaty, jak w wypadku przez *Girsztowta* przedstawionym, miałyby dziś bardzo wielu zwolenników. Wszakże *Kosiński* uważać musi wypadek taki za wyjątkowy. Sam robił 4 takie amputacje, które z jednym tylko wyjątkiem zakończyły się śmiercią. Już teoretycznie rzecz biorąc, musimy przyjść do przekonania, że po operacji *Pirogowa* zostają gorsze warunki dla zagojenia się rany, niż po operacji *Syme'a*. Zrośnięcie kości, zwłaszcza u osób starszych, jest niepewne, a w każdym razie bardzo powolne; długotrwałe ropienie prowadzi do zatok i może się łatwo zakończyć ogólnem zakażeniem krwi. To też operacja ta ma dziś daleko mniej zwolenników, niż wkrótce po ogłoszeniu. W Niemczech była ona przyjęta bardzo przychylnie, nawet *Langenbeck* zmodyfikował ją, przecinając ścięgno Achillesa, które, skutkiem odwrócenia kości piętowej, może być mocno naciągnięte. Niektórzy z Angielskich chirurgów też wykonywają tę operację. Francuzi zapewne z teoretycznych powodów od początku niechętnie ją przyjęli.

Girsztowt sądzi, że niepomysłne rezultaty, jakie otrzymują Niemieccy chirurdzy, zależą od zaniedbania przez nich natychmiastowego po operacji unieruchomienia koń-

czyny. *Pirogow* nakładał bezpośrednio po operacji opatrunek gipsowy, a *Langenbeck* stósował bezustanną kąpiel. Sam *Girsztowt* wykonywał tę operację kilkanaście razy przeważnie z dobrym skutkiem.

Orłowski, będąc w Klinice *Langenbecka*, słyszał z ust jego bardzo przychylną opinię o operacji *Pirogowa*, która w całych Niemczech wreszcie znalazła licznych zwolenników. *Orłowski* dodaje zarazem, że w wypadkach, którym asystował, *Langenbeck* wnet po operacji nakładał opatrunek gipsowy. Powolne zabliznianie się rany po operacji, o której mowa, jeżeli sprawa dąży nawet do pomyślnego rezultatu, zmusza częstokroć chorego do pozostania w szpitalu przez kilka miesięcy i dłużej i naraża go w ten sposób na bardzo nieemiłe komplikacje, choć bezpośrednio z operacją *Pirogowa* nie związane.

Brodowski zapewnia też, że w Wiedniu, gdzie bawił w r. 1855, operacja ta bardzo przychylnie zrazu była przyjętą. Nie asystował wprawdzie tym operacyom w klinice, ale ich rezultaty spotykał na stole sekcyjnym; rana była zawsze szeroko otwartą, zapewne skutkiem skurczu mięśni, co skłoniło *Langenbecka* do wykonywania tenotomii.

w z. *Zyg. Kramsztyk*.

Posiedzenie 16-te dnia 6 Października 1874 r.

PREZES: **Brodowski.**

TREŚĆ: I. Wybór Redaktora Pamiętnika i nowych członków.—
II. Prezes. Przedstawienie dwóch karłów.

I. Jednogłośnie wybrano: na Redaktora Pamiętnika *Dra Rogowicza*, wydawcę „*Medycyny*“; na członka czynnego: *Dra Żłobikowskiego*, ordynatora przy oddziale obłąkanych

kobiet w Szpitalu Dzieciątka Jezus; na członka honorowego: *Dra Nieznańskiego*, w Płocku, niegdy Sztabslekarza byłego Wojska Polskiego, z powodu 50-letniego jubileuszu w zawodzie lekarskim; na członków korespondentów: *Dra Mikołaja Kowalewskiego*, Prof. fizjologii w Uniwersytecie Kazańskim, *Dra Jana Dogiela*, Prof. farmakologii w Uniwersytecie Kazańskim, *Dra Teodora Mokrickiego* w Nowogeorgiewsku i *Dra Henryka Dobrzyckiego* w Mieni.

II. *Włodz. Brodowski* przedstawia dwóch karłów z guberni Petrokowskiej, Wacława i Michalinę Studzińskich, najmłodsze dzieci jednych rodziców. Chłopiec lat 16 wieku mający (skończonych dnia 28 Września b. r.) wysoki jest 90,5 cm. czyli 3 stopy $\frac{1}{5}$ cala; waży 39 $\frac{1}{2}$ funt. Wymiar podłużny głowy wynosi 18,8 cm.; wymiar międzyciemieniowy 14,5 cm.; skośny wielki 21 cm. Szerokość w barkach 24,8 cm., między krętarzami 18,5 cm. Dziewczynka ukończyła lat 20 w dniu 29 Września r. b. Wysokość jej wynosi 93 cm. czyli 3 stopy 1 cal; ciężar ciała 37 $\frac{1}{2}$ funt. Wymiar podłużny głowy 17,5 cm.; międzyciemieniowy 13,2 cm., skośny wielki 20,1 cm. Szerokość w barkach 21,9; między krętarzami (trochanteres) 17,2 cm.

Ogólny wygląd tych karłów sprawia wrażenie dzieci 5-ciu letnich. Budowa ich jest kształtna, głowy stosunkowo do wzrostu nieco za wielkie, zwłaszcza u chłopca. Wyraz twarzy dziecinny, rozwój umysłu nie przechodzi też granic wieku dziecinnego, dziewczynka chętnie bawi się lalkami, chłopiec lepieniem zabawek z gliny.

Części płciowe ich są wykształcone, lecz nie rozwinięte, popędu płciowego wcale nie objawiają, dziewczynka nie miała dotąd regularności. Oboje od urodzenia do lat 4-ch niczem się nie różnili od zwyczajnych dzieci, dopiero od 5-go roku życia wzrost ich pozostał bez zmiany. Dziewczynka przeżyła mocną cholerę w 1-szym roku życia, chłopiec zaś ospę naturalną, znaczne blizny zwłaszcza na twarzy świadczą o wysokiem natężeniu przebytej choroby. Ojciec jest miernego wzrostu, matka zaś niskiego. Są to naj-

młodsze ich dzieci, kilkoro dawniej zrodzonych pomarło, po większej części wkrótce po urodzeniu (były i poronienia), jedno z nich doszło tylko do 9-go roku życia i to miało wzrost odpowiedni swemu wiekowi. Wielce więc prawdopodobną zdaje się być tym razem jakaś wadliwość w ustroju jajników matki, skoro zapłodnione ich jaja dają początek bądź wątłym, bądź karłowatym organizmom.

Podane wymiary wskazują, że przedstawione Towarzystwu karły należą do mniej pospolitych, są one przeszło o 2 cale niższe od słynnego Józefa Borusławskiego, który zadziwiał Europę zarówno szczupłością swą jak i dowcipem. Znany był nadto z długiego życia (żył lat 98) i ztąd jeszcze, że miał kilkoro dzieci, jakkolwiek kronika skandaliczna wielce wątpi o ojcowstwie Borusławskiego.

Dr. M. Brunner.

Posiedzenie 17-te dnia 20 Października 1874 r.

PREZES: Brodowski.

TREŚĆ: I. *Kosiński*. Ważniejsze przypadki z kazuistyki chirurgicznej.
— II. *M. Brunner*. Opis kilku przypadków nerwicy nerwu błędnego.

I. *Kosiński* przedstawił Towarzystwu kobietę z tętniakiem w przegubie łokciowym, komunikując następującą tego przypadku historię: Bakierowska, żona gospodarza wiejskiego, 38 lat wieku licząca, dobrej budowy ciała i w ogóle dobrem ciesząca się zdrowiem. Przed 3-ma laty będąc w ciąży kazała sobie upuścić krew z lewego przegubu łokciowego, miejscowemu felczerowi. Krew płynęła strumieniem mocnym i w miarę jak upływało jej więcej, Bakierowska doznawała uczucia zemdlenia; do zupełnej jednak

utruty przytomności nieprzyszło. Jakkolwiek Bak. kilkakrotnie już przedtem puszczała sobie krew, nigdy jednak podobnego uczucia niedoznawała. Po zwykłym obandażowaniu łokcia, gdy na trzeci dzień opatrunek był odwiązany, znaleziono znaczny obrzęk w około ranki już zarosniętej, i zasinienie skóry, a we dwa tygodnie później zaczął się formować guz twardy, okrągły i ruchomy na samym przebiegu łokciowym. Guz stopniowo się powiększał nie sprawiając z początku żadnych cierpień chorej, i urosł do wielkości pomarańczy dużej. Od roku pozostaje w tej samej wielkości. Chwilami chora doznawała niezmiernie silnych napadów bólu w guzie, przy czym przedramię a szczególnie palce drętwiały, traciły czucie a skóra na nich stawała się bardzo bladą. Takie napady były bardzo rzadkie, zaledwie kilka razy wszystkiego miały miejsce i o ile chora sobie przypomina, zwykle powstawały po utrudzeniu ręki pracą. W Sierpniu roku bieżącego chora przybyła na kurację do Warszawy i ponieważ klinika była zamkniętą podczas feryi, ulokowała się w oddziale zewnętrznym szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie ordynujący *Dr. Benni* zrobił jej kilka podskórnych wstrzyknień ergotyną, co zdaje się wpłynęło dobrze na usunięcie wspomnianych napadów bólu, gdyż przez kilka tygodni nie miała takowych ani razu. Wprawdzie niepracowała ręką przebywając w szpitalu i może temu raczej to niewracanie bólu przypisać trzeba. Zresztą guz sam żadnej nieuległ zmianie. W połowie Września kol. *Benni* zaprosił mnie na poradę. Wówczas guz przedstawiał się tej samej wielkości, kształtu i konsystencji, oraz w tych samych zostawał stosunkach do części otaczających jak i dzisiaj, a mianowicie był on wielkości pomarańczy dużej, powierzchnia jego gładka pokryta skórą cieńką nieprzyrośniętą do guza, koloru sinawego. Twardość dość znaczna, lecz nie wszędzie jednostajna, od strony zewnętrznej bliżej do podstawy guz znacznie jest miększy i w tym miejscu wyczuwa się chęłbotanie. Ująwszy guz ręką łatwo wykonywać się dają poruszenia na strony i mniej

wyraźne w górę i na dół. Szczególnie ruchomy jest guz przy zgiętym nieco łokciu. Guz zajmuje przegub łokciowy i objętością swoją zaledwie dozwala wykonać zgięcie łokcia do kąta prostego. Oprócz tego przedstawiał guz podówczas następujące cechy, których dziś brakuje: Okiem a lepiej jeszcze palcami wyczuwać się dawało rozszerzanie się i kurczenie guza rytmiczne i jednoczesne z tętnem arteryi ramieniowej, po przyciśnięciu której do kości przerywały się poruszenia w guzie. Uchem słyszeć się dawał wyraźny szmer (*bruit de souffle*), który znikał także gdy arteryja ramieniowa była przyciśniętą. Jak rozszerzanie się i kurczenie guza tak i szmer ów jakkolwiek były o tyle wyraźnymi, że żadnej wątpliwości o ich istnieniu nie było, znacznie jednak były słabszemi niż zwykle w tętniakach spostrzegać się dają. Ucisk bezpośrednio wywierany na guz tylko w bardzo małym stopniu zmniejszał objętość jego. Te okoliczności kazały przypuszczać, że tętniak posiadał następujące osobliwości: a) Ściany worka były mocno zgrubiałe przez wyformowanie się błon rzekomych ze skrzepów krwi, i b) Otwór pomiędzy tętnicą i jamą tętniaka był bardzo mały. W żadnym jednak razie guz z powodu objętych cech swoich nie mógł być uważanym za nic innego, jak tylko za tętniak. Etiologia zresztą jego tak pewna, przekonywała nas, że mamy do czynienia z tętniakiem traumatycznym następczym a mianowicie tak zwanym: *Aneurysma spurium circumscriptum seu sacciforme*. Uważałem wówczas za najstosowniejsze próbować za pomocą ucisku tętnicy ramieniowej palcem (*compressio digitalis*) wywołać skrzepnięcie krwi w całej jamie tętniaka i tym sposobem osiągnąć wyleczenie. Przy tej sposobności dowiedzieliśmy się, że chora przed rokiem była w kuracyi w Piotrkowie, gdzie *Dr. Wygrzywański* tę metodę bez osiągnięcia dobrych skutków zastosowywał. Gdyby powtórna próba pozostała również bezskuteczną, natenczas pozostałoby podwiązanie tętnicy ramieniowej. Chora jednak przed wykonaniem jakichkolwiek bądź manipulacyi wypisała się ze szpitala, obiecując po kilku tygo-

dniach powrócić do kliniki. W istocie już po dwóch tygodniach powróciła, z guzem zupełnie takim, jak go opisaliśmy wyżej, tylko niepulsującym, w którym najmniejszego rozszerzania się i skurczenia dostrzedz się nie dało, a zatem całkowicie wypełnionym skrzepami krwi. Oprócz tego palce wszystkie były zsiniałe, zimne i pozbawione zwykłego uczucia; szczególnie ostatnie stawy budziły obawę gangreny. Tętno w arterii promieniowej było tylko z wielką trudnością wyczuwalne. Chora podaje, że zmiana taka w guzie i objawy opisane na palcach powstały nagle, skutkiem trzymania przez pewien czas łokcia zgiętym i przyciśniętym do tułowia, co zdarzyło się podczas podróży odbytej w bryczce. Zrazu powstał gwałtowny ból w guzie, całym przedramieniu i ręku a następnie opisane zmiany. Chora od kilku dni pozostaje w klinice. Okłady aromatyczne ciepłe i wilgotne, stósowane na przedramię i rękę wpłynęły dobrze na przywrócenie żywszego obiegu krwi i już teraz obawa zgorzeli minęła. W samym guzie żadnej zmiany dotąd się nie dostrzega. Rzadki więc ten wypadek aneuryzmatu skutkiem puszczenia krwi powstały w tych czasach, kiedy operacja nie robi się jak dawniej szniperem, lecz lancetem, tem ciekawszym się stał, że będąc tak wielkich rozmiarów uleczony zdaje się zostanie samowolnie bez żadnej chirurgicznej operacji. Po skrzepnięciu bowiem krwi w jamie tętniaka, trwającym kilka dni, oczekiwać trzeba rozmiękczenia i powolnego wessania a zatem zmniejszania się stopniowego guza.

Następnie *Kosiński* pokazał towarzystwu rysunek przedstawiający podobiznę mężczyzny lat 58 mającego, nazwiskiem *Jankowski*, który znajduje się w klinice i któremu *Kosiński* zrobił operację wycięcia trzech rakowców powstałych na rozmaitych częściach twarzy. Jest to gospodarz wiejski, który przed 12 laty był uderzony w czoło, skutkiem czego powstał otwór prowadzący do zatoki czołowej, w który dziś jeszcze daje się wprowadzić koniec małego palca. Prócz tego na prawem uchu ma róg skórny

(Cornu cutanem) przed kilku laty operowany, lecz podstawa jego i dotąd pozostaje widoczną. Na całej twarzy *Jan-kowskiego* zwraca uwagę znaczne zgrubienie naskórka, miejscami szorstkie wyniosłości formujące. Z trzech wspomnianych rakowców pierwszy znajduje się w okolicy skroniowej lewej, powstał on w miesiącu Maja r. b., drugi na wardze dolnej, na środkowej jej części, zaczął się wytwarzać w Czerwcu a trzeci na policzku prawym powstawać zaczął przed miesiącem. Ostatni jest wielkości zaledwie grochu formy stożkowatej, twardy, bez owrzodzenia na powierzchni. *Jan-kowski* podaje, że i dwa inne zaczynały się od małego twardego guzika. Dziś guz na skroni przedstawia się w postaci grzyba mającego przeszło cal w średnicy z wyniosłościami i wywiniętymi brzegami, nieco wklęsniętym w środku dnem i powierzchnią owrzodzoną, przedstawiającą budowę zrazikową, z której dają się wyciskać słupki nabłonkowe. Guz na wardze jest wielkości wiśni, również z owrzodzoną powierzchnią przedstawiającą cechy charakterystyczne rakowca. Gruczoły limfatyczne na szyi i w okolicy podszczękowej nigdzie nie są wyraźnie dotknięte. *Kosiński* przed 10 dniami operował tego chorego. Po zachloroformowaniu wszystkie trzy rakowce jednocześnie były wycięte. Poczem rana na wardze połączona za pomocą szwu zagoiła się per primam intentionem—dwie inne rany goją się przez ropienie. Mikroskopowe badanie dokonane przez *Przesa* stwierdziło diagnostykę. Przypadek ten należy do największych rzadkości i podobnego w literaturze *Kosiński* nie spotykał. Również zasięgał wiadomości odnośnych u *Przesa*, i specjalnie nad tym przedmiotem pracującego *Przewóskego*, lecz żaden z nich nie spotkał opisu dwóch lub kilku pierwotnym sposobem powstałych rakowców, jak to miało miejsce w przypadku naszym. Trzeba więc ten wypadek uważać za unikat.

Wreszcie *Kosiński* zwraca uwagę kolegów na otwór w kości czołowej u tego samego chorego, który komunikuje z zatoką czołową. Historia zaś tego otworu jest na-

stępująca: Przed 8 laty skutkiem uderzenia w czoło, powstało zapalenie zatoki czołowej i ropienie odbywało się przez zatokę do nosa, dla oczyszczania rany zaprowadzono dren, który nieostrożny chory wtłoczył sobie do zatoki czołowej. Gdy po pewnym przeciągu czasu ropienie nie ustawało i obrzęk stawał się coraz większym, a *Kosiński* przypuszczał oddzielenie się kości, i dla położenia więc końca chorobie wykonał trepanację, zamiast znalezienia oddzielonej kostki, wykryto duży kawał drenu zapelniający zatokę czołową i podtrzymujący ropienie. Od tej pory otwór pozostał, którego brzegi stanowi przyrośnięta do kości skóra.

Trzeci przypadek opowiedziany przez *Kosińskiego*, dotyczy młodego człowieka lat 25 wieku liczącego, przybyłego z Litewskich Gubernii, z powodu utrudnienia w łykaniu, wydawaniu głosu i silnej duszności. Przy badaniu tego chorego, który miał głos czysty, co dowodziło, że struny głosowe były zdrowe, krtań była lekko wysuniętą na przód, wprowadzony palec do jamy ust wykrywał narośl dość znacznej wielkości, nierównej powierzchni, po za którą można było łatwo przejść do przełyku. Wprowadzona sonda żołądkowa z łatwością do przełyku przechodziła. Przy mocnym kaszlu chory wyrzucał cząstki nowotworu, który makroskopijnie oceniano jako rak rdzeniak. Niekiedy silne krwotoki z nowotworu miały miejsce. *Kosiński* za punkt wyjścia nowotworu uważał nagłośnię. Dla usunięcia wszystkich podanych przypadłości, a mianowicie coraz częściej powtarzających się krwotoków, postanowił *Kosiński* odciąć, choćby część guza pętlą galwanokaustyczną przez jamę ust z jednoczesnem wykonaniem tracheotomii z tamponadą tchawicy metodą *Trendelenburga*. Po dokonaniu tracheotomii w ciągu następnych 8 dni chory miał się znacznie lepiej, a 8-go dnia została dokonana operacja w celu jedynie paliatywnym, a wieczorem tegoż dnia chory zmarł nagle.

Sekcja wykazała mylność dyagnozy tylko pod względem punktu wyjścia nowotworu, gdyż guz nie na nagłośni, lecz na bocznej lewej ścianie gardzieli na wysokości gór-

nego brzegu chrząstki tarczowej był umiejscowiony na szerokiej szypule, nagłośnia okazała się zupełnie zdrową, lecz ciężarem guza przyciśniętą. Pozostała po operacyi część jeszcze przechodziła wielkość kurzego jaja. Badanie mikroskopowe nowotworu wykazało, że jest nowotworem mieszanym, a mianowicie rakiem rdzeniakiem z podścieliskiem sarkomatycznym (*carcinoma sarcomatodes*).

Gruzoły limfatyczne po lewej stronie guza również rakowato przeistoczone znaleziono.

Chwat czyni uwagę, że tamponowanie tchawicy jest operacją nader przykrą i chorzy z trudnością znoszą sam przyrząd przez *Trendelenburga* wymyślony, z tego powodu *Rose* zaleca operowanie w jamie ust w sposób, który żadnych nieprzedstawia trudności nawet u chloroformowanych. W tym celu kładzie chorego na stole operacyjnym na wznak, głowę zaś wysuwa poza brzeg stołu i mocno na dół przechyla; tym sposobem krew wyciekająca przy operacyi odpływa z jamy ust i niegrozi dostaniem się do tchawicy. W ten sposób *Rose* operował nawet chorego, który miał dwa napady apopleksyi mózgowej.

III. *Brunner* odczytuje opis czterech przypadków nerwicy nerwu błędnego, znanych głównie pod nazwą astmy nerwowej, w których zastosowanie prądu stałego przyniosło wielki pożytek. W trzech bowiem przypadkach astma zupełnie została usunięta, w jednym o wiele rzadszym i słabszym stały się napady tej choroby.

Jeden z tych przypadków dotyczył chorej lat 42 wieku liczącej, nieprzedstawiającej żadnych zбоceń fizycznych bądź w organach oddychania bądź też w organach cyrkulacji lub trawienia. Matka kilkorga dzieci, prawidłowo miesiączkowana, bez żadnych wiadomych powodów podlegała z początku rzadko, później coraz to częściej napadom astmy nerwowej, nieraz po dwie i więcej godzin trwającej, budzącej chorobę ze snu, i napadającej ją w najlepszym stanie zdrowia, bez wszelkiego zajęcia oskrzeli lub tchawicy, częstokroć po najmniejszym błędzie w dyecie, czę-

stokroć i bez tegoż. Gdy w ciągu lat kilku używane najrozmaitsze środki lekarskie żadnej ulgi nie przynosiły, chora w Czerwcu 1866 r. szukała pomocy w elektryczności i w tym celu zgłosiła się do sprawozdawcy. Siedm razy zastosowana galwanizacja n. błędnego chorobę usunęła w zupełności i chora do dnia dzisiejszego jest wolną od napadów astmy.

Drugi przypadek dotyczy osoby lat 38 liczącej, która pod wpływami moralnemi od lat kilku zaczęła doznawać napadów duszności i kurczów żołądka (cardialgia). Badanie fizyczne w czasie wolnym od napadów astmy żadnych zboczeń ani w płucach ani w sercu, ani też w organach trawienia nie wykryło. Regularność miewa prawidłowo, ze strony macicy żadnych objawów chorobnych nie wykryto. I w tym przypadku po kilkunastorazowem zastosowaniu galwanizacji obu n. n. błędnych nastąpiło zupełne uleczenie chorej przed 3ma laty.

Trzecią z kolei chorą była osoba leczona w roku zeszłym, dotknięta rozedmą płuc i rozszerzeniem prawej komórki sercowej. Osoba ta wątłej budowy i złego odżywienia przed 3ma laty skutkiem gwałtownej traumy moralnej zaczęła doznawać napadów bardzo silnej astmy nerwowej połączonej z nerwobólem żołądkowym (cardialgia) i biciem serca, po których dopiero wykształciła się rozedma płuc. Kilkanaście razy powtórzona galwanizacja n. n. błędnych usunęła podrażnienie takowych.

Nakoniec mężczyzna lat 42 wieku liczący bez wszelkich zmian anatomicznych perkussją lub auskultacją wykrywalnych, przychodziły napady astmy nerwowej z zaciśnięciem szpary głosowej, biciem serca i silnym nerwobólem żołądka i bólami w kiszka, był czwartym, u którego galwanizacja obu n. n. błędnych częstość napadów zmniejszyła, gdyż z kilkunastu na dzień do paru zaledwie ograniczyła.

Ponieważ szczegółowy opis tych przypadków umieszczonym będzie w jednym z tygodniowych pism lekarskich,

przeto tutaj ograniczamy się jedynie na podaniu samej metody leczenia. Polega ona na przeprowadzeniu prądu stałego przez n. n. błędne obustronnie (z wyjątkiem przypadków, w których jeden tylko nerw błędny okaże się podrażnionym). Biegun dodatni (anoda) umieszczony być winien o ile możliwości jak najbliżej punktu wyjścia n. n. błędnych, a więc najlepiej w dołku potylicowym (na szyi), gdy drugi ujemny bądź na jednym, bądź na drugim, bądź wreszcie na obu n. n. błędnych na przedniej stronie szyi jest utwierdzony, a to aby jak największą część nerwu w stan elektrotoniczny wprowadzić. Prąd musi być dość silny, by skutek swój wywarł, od 20 do 30 Elementów (Meidingera lub Siemens'a i Halske'go). Prąd należy stopniowo powiększać od 2, 4 do 20 lub 30 Elementów (schwellende Ströme), nagle bowiem zamknięcie prądu może być powodem groźnych następstw. Bardziej jeszcze należy być ostrożnym, stosując prąd na oba n. n. błędne jednocześnie, wtedy od najsłabszego prądu należy zaczynać posiedzenie, siłę tegoż stopniowo powiększać, bez żadnych gwałtownych oscylacji, najlepiej za pomocą reostatu. Przy końcu posiedzenia, które od 3—5 do 10 minut przedłużać należy, w taki sam sposób potrzeba siłę prądu zmniejszać, zanim elektrody od ciała odjęte zostaną. Elektrode ujemny najdogodniej stawiać na szyi, poniżej krtani, po bokach tchawicy, na wewnętrznym brzegu m. sutkowo-obojęzycznego, lekko wgniatając elektrodą skórę i usuwając mięsień na zewnątrz. Lekkie drgania elektrodu odpowiadające pulsowaniu tętnicy szyjowej, stanowią niezachwiany dowód znajdowania się elektrodu na przebiegu n. błędnego.

Raz zastosowany prąd stały 40 El. na rdzeń kręgowy, również napady astmy przerwał.

Po odczytaniu opisu *Brunnera*, który tutaj tylko w streszczeniu jest pomieszczony, powstała dyskusja nad rzeczonemi przypadkami, w której zabierali głos *Prezes, Lubelski, Rothe i Hering*.

Dr. M. Brunner.

Posiedzenie 18-te dnia 3 Listopada 1874 r.

PREZES: Brodowski.

TREŚĆ: I. *Klink*. O przechodzeniu rtęci do mleka karmiących.—
II. *Chwat*. Z kazuistyki chirurgicznej.

I. *Klink* odczytuje „Badanie nad przechodzeniem rtęci, przy wcieraniach szaruchy, do mleka karmiącej.“

Wątpliwość co do przechodzenia rtęci do mleka karmiących przy wcieraniach szaruchy, skłoniła *Klinka* do badania na drodze chemiczno-analitycznej mleka kobiety lat 27 liczącej, dotkniętej wysypką syfilityczną (*sypilis cutanea papulosa* i *condylomata plana*), która przybyła do szpitala Ś-go Łazarza z 9-cio miesięcznem dzieckiem przy piersi, nie przedstawiającem najmniejszych śladów wysypki syfilitycznej na skórze, tylko łepieże wrzodniejące na wargach sromych i około otworu stolcowego z obrzękiem gruczołów szyjowych i pachwinowych. Matce zalecono wcierania szaruchy ($\frac{1}{2}$ drachmy) codziennie, dziecku zaś kąpiele sublimatowe (po 5 gran.), które jednak musiano zaprzestać z powodu gwałtownie rozwijającej się biegunki. Matka po 25 frykcyach została uleczoną, również jak i dziecko nieużywające żadnej kuracyi. Z ostatniego rezultatu już można było nabrać przekonania o leczniczem działaniu mleka matki, a ztąd i o przechodzeniu rtęci do takowego.

Po przytoczeniu zdań różnych autorów, mówiących za przechodzeniem rtęci do mleka: *Gerhardta*, *C. Binza*, *Levalda* i *Schauensteina*, oraz podających w wątpliwość ten fakt jak: *Lehmann'a* i *Kühne'go*, *Klink* opisuje metodę badania, według której wspólnie z *Fudakowskim* w jego pracowni dokonał rozbiór mleka.

Zebrane mleko od 13 wcierania szaruchy w ilości 11 uncyi w ciągu dni 15-tu będące w stanie fermentacyi

kwaśnej traktowane było przedewszystkiem chloranem potażu i kwasem solnym w umiarkowanej temperaturze w celu zniszczenia ciał białkowatych. Po oddaleniu nadmiaru kwasu solnego przez parowanie, odciedzano płyn i poddano elektrolyzie przy działaniu 6 elementów *Bunsena*'a. W tym celu wylawszy płyn na dyalysator zanurzono w nim złotą blaszkę stanowiącą biegun ujemny (katoda); dodatni zaś biegun prądu galwanicznego stanowiła blaszka platynowa zamoczona w wodzie zakwaszonej kwas. siarczanym, na której pływał bębenek pargaminowy płyn badany zawierający. Po 6 godzinach wyjęta blaszka złota, pokryta była rtęcią metaliczną, o której naturze zwykłemi metodami się upewniono.

Doświadczenie to więc niewątpliwie wykazało przechodzenie rtęci do mleka, ztąd i skutki lecznicze u ssawców zupełnie zostają wyjaśnione. *Klink* dzieląc zdanie *C. West*'a i *Simon*'a sądzi, że *Bouchut* przecenił nieco wartość leczniczą mleka matek leczonych rtęcią. *West* bowiem jedynie przy łżejszych postaciach na takim leczeniu poprzestaje; w formach zaś cięższych zaleca podawanie rtęci i samemu dziecku.

Wyrzykowski jest zdania, że wykazywanie rtęci w wydzielinach nie wiele przedstawia trudności. *Mayençon* i *Bergeret* podają sposób, który również polega na elektrolyzie, lecz jest o wiele prostszym od użytego przez *Klinka*. W tym celu używają pręcika żelaznego zlutowanego z drucikiem platynowym, który się zapuszcza do płynu badanego. Po pewnym czasie wyjęty pręcik opłukuje się wodą, osusza i poddaje działaniu wolnego chloru, dla przemiany rtęci na chlornik, o którego naturze z łatwością już można się przekonać. W tym celu zalecają bibułę napojoną jodkiem potasu, przy dotknięciu której pręcikiem powstaje plama żółta od utworzonego związku rtęci z jodem (HgJ). Tym sposobem *Mayençon* i *Bergeret* wykrywali $\frac{1}{100,000}$ do $\frac{1}{150,000}$ gramów rtęci w moczu i w mleku. W ślinie nie mogli wykryć rtęci nawet przy ślinotoku. Zdaniem tych autorów można nawet do pewnego stopnia oznaczyć ilość rtęci w roztworach.

Fudakowski jest zdania, że wykazywanie rtęci mogło przedstawiać pewne trudności i dzisiaj je przedstawia, już dla tego, że rozdział jej w organizmie nie jest równy, drogi wydzielające nie jednakowo czynne. Mocz jest główną wydzieliną wydalającą nieużyteczne ciała. Wydalenie tą drogą jednak zależnem jest jeszcze od siły, z jaką tkanki innych narzędzi zatrzymują pewne ciała. Wreszcie być może, że wydzielające gruczoły nie z jednakową łatwością przepuszczają ze krwi rozmaite ciała.

Niedawno jeszcze z trudnością wykazywano rtęć w moczu. Po kilkunastodniowych wcieraniach szarej maści nie zdołano jej wykazać w moczu, gdy rtęć pojawia się w nim, już przy wprószaniu kalomelu w oko (*Kämmerer*).

Spotykamy wątpliwości, czy rtęć wydziela się w ślinie. W ślinie jednak gruczołu przyusznego, otrzymanej przez wprowadzenie rurki w przewód Stenona, wykazano rtęć i przeświadczone się, że gruczoł ten wydziela wówczas prawie podwójną, nawet potrójną ilość śliny, w stosunku do ilości prawidłowej (*Bernazky*).

Dostrzegano, że niektóre dostępne gruczoły przepuszczają tylko pewne ciała: ślinianka np. wydziela szybko związki jodu, bromu, niektóre alkaloidy—nie przechodzą zaś przez nią jakoby pewne związki żelaza. Wydziela ona zaś niekiedy rtęć z szybkością mało ustępującą szybkości wydzielania jej w moczu. Po 0,02 grammie sublimatu wykazywano rtęć, przy pomocy elektrolyzy, w 2 godziny w moczu, w 4 godziny w ślinie, w pocie zaś nie zdołano wykazać takowej (*Byasson*).

Chinina pojawia się szybko we wszystkich tkankach i we krwi; wykazać ją można w nich, opierając się na znacznej fluorescencji jej rozczynów. Największa jej ilość zdaje się wydzielać w moczu w pierwszych dwunastu godzinach, lecz trwa do 32 godzin. Można ją też wykazać w ślinie. W miarę wydzielania się, zmniejsza się natężenie fluorescencji w badanych cieczach i tkankach.

Atropinę przenoszą w przewodzie pokarmowym króliki w wielkich ilościach bezkarnie. Znane są zatrucia ich mięsem, mogą one bowiem żywić się liśćmi belladonny. *Fudakowski* wprowadzał w żołądek królików do 9,5 granów atropiny w łatwo rozpuszczalnym związku. Wydzielała się ona z moczem, w żrenicach jednak nie można było dostrzedz żadnej zmiany. Z moczu tegoż królika otrzymana i wprowadzona do jego oka, rozszerzała jego żrenicę. Wiadomo, że $\frac{1}{200}$ grana wystarcza, ażeby rozszerzyć żrenicę królika. Przechodzi więc zapewne w bardzo małych ilościach w mocz, gromadzi się zaś bardziej w mięśniach. 0,001—0,005 gramma atropiny u królika drażni końce nerwu błędnego, a 0,05—0,1 gramma poraża już ośrodek automatyczne w sercu—o ile w tej mierze wiary dać można twierdzeniom *Rossbacha* i *Fröhlicha*.

Gruzoł mleczny u kobiety podobnie ma się zachowywać w tej mierze jak ślinianka. Przedstawiono cały szereg ciał, które przepuszcza lub nie wydziela, do ostatnich należą: siarczany alkaliów i magnezyi, żelazo-cyanek potasu (cyanek żółty), jodek potasu (ma przechodzić powolnie), sublimat itp. W mleko kobiety mogą przechodzić ciała oddziaływające na ssawca. Mówcy udało się przeświadczyć dowodnie, że kwas chryzofanowy z liści senesu, przechodzi w mleko i działa przeczyszczająco na dzieci. Wykazać go można w takim mleku ługiem potażowym, z którym jego roztwór przybiera barwę czerwoną. Mleczan żelaza podawany kozie w ilości 1—3 gramów na dzień, podwaja w ciągu 48 godzin ilość żelaza w mleku; żelazo zadawane mamkom, poprawiać ma anemiczny stan ssawców (*Bystrow*).

Wiadomo już było, że rtęć, jak inne ciężkie metale, gromadzi się bardziej w niektórych tkankach, a jednak wydziela się w moczu i w ślinie. *Mayençon* i *Bergeret* w ubiegłym roku znajdowali rtęć w $\frac{1}{2}$ godziny we wszystkich organach, lecz najwięcej w wątrobie i nerce, mniej zaś w mięśniach, mózgu, kościach i we krwi, skoro wstrzykiwali sublimat podskórnice. W moczu wydziela się rtęć przez

4 dnie. Takież same wypadki, co do nierównego podziału rtęci, otrzymywał przed kilku laty *Riederer*, który dawał psu do spożycia 2,8 gramma kalomelu, w ciągu 31 dni: oznaczał on dokładnie ilości i znalazł że mocz wydzielił największą ilość rtęci; w wątrobie znajdowała się bardzo wielka, w mózgu zaś i mięśniach bardzo mała ilość rtęci. Przy pewnem zatruciu znaczną ilością sublimatu, znalazł też *Büchner* niemal w tymże czasie, rtęć tylko w wątrobie, nerkach, żołądku i dwunastnicy.

Mayençon i *Bergeret* znaleźli prawie jednakie ilości rtęci w mleku i moczu kobiety, której wcierano szaruchę w prawe podżebrze. Wiadomo zaś, że i oni sprawdzili, że przy jednorazowej dawce sublimatu, zadanej człowiekowi wewnątrz, wydziela się rtęć krótko (24 godzin) w moczu, po dłuższem zaś podawaniu (10—12 dni) wydziela się w ciągu podawania i kilka dni jeszcze po zaprzestaniu.

Mocz więc wprowadzie z różną szybkością lecz przed innemi wydała obce, bzużyteczne ciała. Niektóre tkanki zatrzymują z większą siłą pewne ciała. W innych wydzielinach mogą się one znaleźć lub nie pojawiają się wcale.

II. *Chwat* opowiedział historję kilku ciekawych przypadków obserwowanych w jego praktyce chirurgicznej.

1^o Dziewczyna lat 24 wieku licząca przybyła przed kilku dniami o pomoc lekarską z powodu silnego bólu w uchu, oświadczając zarazem, że od lat 18 na ucho bóla nie słyszy skutkiem zapuszczenia w ucho pestki bobu Ś-to Jańskiego. Badając ucho przy oświetleniu reflektorem *Chwat* dostrzegł w głębi przewodu słuchowego zewnętrznego rzeczywiście tkwiące ciało obce, o którego twardości należycie się przekonał metalowym zgłębnikiem. Przy mżolnej manipulacyi udało się *Chwatowi* wydobyć pół wspomnianej pestki, drugą zaś połowę wydobył dnia następnego. Przyłożony do ucha zegarek chora usłyszała z trudnością, powolnie jednak słuch zaczyna powracać.

2^o Miał w kuracyi dziewczynkę 8-o letnią, która przez figle włożyła sobie w ucho kamyczek okrągły, poczem

wkrótce ogłuchła. Po jakimś czasie przyprowadzono ją do *Chwata* dotkniętą wyraźnymi objawami podrażnienia mózgu i ogłuchłą na oba uszy. Wszelkie usiłowania w celu wyjęcia kamyka zostały bezskuteczne, zalecił więc *Chwat* częste szprycowania ucha, przy których po kilku miesiącach kamyk sam wyszedł, słuch jednak nie powrócił.

3^o Trzeci na koniec przypadek tego rodzaju wydarzył się u dziecka dwuletniego, które włożyło sobie w ucho kawałek zapalki. Przy badaniu ucha reflektorem *Chwat* widział dobrze to drewnienko, lecz krzyk dziecka wzbudzający litość matki niedozwolił na jego wydobyć. Zmuszony więc był *Chwat* ograniczyć się na zaleceniu szprycowania ucha, licząc, że tym sposobem drewnienko wypłynie z ucha. Na drugi dzień przywołany został do tego dziecka felczer, który tak długo w uchu manipulował, aż należycie silnie uwięziwszy rzeczne ciało widział się zmuszonym zawiesić swą czynność. We dwa tygodnie później znów widział *Chwat* to dziecko, lecz dotknięte zapaleniem tkanek otaczających ucho i chełbocącym już poniżej otworu usznego ropniem. Po otworzeniu ropnia zdołał *Chwat* wydobyć drewnienko przyczynę złego stanowiące.

Opierając się na opisanych przypadkach, jakoteż i na wielu innych, które w swej praktyce spostrzegał, *Chwat* jest zdania, że we wszystkich przypadkach, w których wydostanie ciała obcego z ucha przedstawia zbyt wiele trudności, lepiej rzecz pozostawić czasowi i ograniczyć się li tylko do szprycowań, aniżeli bezużytecznie w uchu manipulować.

Szokalski w zupełności podziela to zdanie *Chwata*. Sam bowiem wielokrotnie się przekonał, że w wielu razach daleko bezpieczniej jest pozostawić ciało obce w uchu, aniżeli przez zbyt forsowne manipulacje dążyć do jego wydobywania. O wiele jeszcze ostrożniejszym być zaleca wówczas, gdy ciało obce okiem nie może być dostrzeżone. Jako przykład przytacza przypadek, który obserwował podczas prowadzenia kliniki chorób usznych w b. Szkole Głównej

Warszawskiej. Dziecko 4-o letnie przybyło z krzykiem do matki, zapewniając że mu drugie włożyło kamyczek w ucho. Pierwsze próby w celu wydobycia kamyka rozpoczęła matka drutem od pończochy, następnie przywołany felczer też samo próbował uczynić łyżeczką, dopiero z porady lekarza przyprowadzono dziecko do kliniki. *Szokalski* zalecił tylko szprycowanie ucha i ciepłe okłady z powodu wielkiego obrzmienia ucha i całej okolicy. Gdy to niepomogło, udali się rodzice dziecka do innego lekarza, który uważając za stósowne rozszerzenie usznego przewodu rozciął go ku dołowi, sprowadziwszy silny krwotok, który zaledwie powstrzymano. Wkrótce potem dziecko dostało zapalenia opon mózgowych z silnem opuchnięciem okolicy skroniowej, a następny dobrowolny krwotok z ucha śmierć ostatecznie sprowadził. Przy sekcji wykryto próchnienie kości skalistej, przedziurawienie tętnicy dogłowej wewnętrznej (*carotis interna*) i zapalenie opon mózgowych, obcego zaś ciała żadnego nie znaleziono.

Z przypadków opowiedzianych przez *Chwata* i doświadczenia własnego, *Szokalski* wnioskuje, że jeżeli ciało obce widoczne tkwi blisko, należy go wyjąć, gdy daleko i niedość jasno widzieć się daje, lepiej czasowi rzecz pozostawić, ograniczając się jedynie na szprycowaniu przewodu usznego.

Kosiński stanowczo twierdzi, że gdy tylko ciało obce jest widoczne, należy takowe usunąć, lecz czynność ta tylko przez zręcznego lekarza dopełnioną być winna.

Chwat wspomina o dawno już zapomnianej metodzie operowania przepuklin z ułożeniem do góry nogami w ścisłem znaczeniu tego wyrażenia. W tym celu po ułożeniu chorego na łóżku pociąga się jego nogi, by takowe zupełnie po za poręczą zwisły. Następnie zaleca się pomocnikowi (okrakiem) schylonemu ze zgiętymi nogami założyć nogi chorego sobie na ramiona aż do kolan, a mocno ująwszy łytki rękami powstać na nogi, tym sposobem całe ciało chorego przyjmie położenie równi pochyłej o znacznym

spadku. Niedawno w praktyce miejskiej u chorego, któremu miał *Chwat* wykonać herniotomię, zastosował podany sposób operowania i uwięźgniętą przepuklinę z największą łatwością odprowadził. W szpitalu 4 razy takież sam rezultat otrzymał.

Dr. M. Brunner.

Posiedzenie 19-te dnia 17 Listopada 1874 r.

PREZES: Brodowski.

TREŚĆ: I. *Kosiński*. W kwestyi protokołu.—II. *Chomętowski*. Przedstawienie chorej. — III. *Brunner*. Opis przypadku nerwicy nerwu współczulnego. — IV. *Brodowski*. Przedstawienie okazów anatomo-patologicznych.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu poprzedniego posiedzenia, z okazji opowiedzianego przez *Chwata* sposobu operowania uwięźgniętych przepuklin metodą dawniej przez *Sharpe'a* używaną, *Kosiński* oznajmia Towarzystwu, iż takowa w ostatnich czasach wznowioną została przez amerykańskiego chirurga *Daniela Leasure* w „The Americ. Quart. Journ. of med. science 1874. April“ pod napisem „Tractile method of reducing strangulated hernia“, z której wyciąg zamieszczony został w „Centralblatt für Chirurgie“ N. 21. 1874 r.

Metoda operowania opisana w poprzednim protokole polega jak się zdaje przedewszystkiem na tworzeniu się pewnego rodzaju próżni w jamie brzusznej przez opadnięcie przepony (przy ułożeniu pacyenta nogami do góry) skutkiem czego zawarte w brzuchu trzewia opadają za przeponą a krezki pociągając za sobą kiszki, powodują wciągnięcie uwięzionej pętli kiszkowej z worka przepuklinowego.

Autor jako porównanie przedstawia przykład bardzo zwyczajny, mianowicie przewleczenie kawałka chustki od nosa przez dziurkę guzikową w ubraniu i powiada, że przechnięcie kawałka przesuniętego przedstawiałoby wiele trudności, gdy pociągnięcie chustki pozostałej z największą łatwością skutek sprowadza, toż samo się by działo z guzikiem. Pociąganie guzika prostopadle do dziurki jest również trudnem, gdy pociągnięcie na bok powoduje większe rozwarcie dziurki a tem samem i przeskoczenie guzika, tak też tłómaczy i łatwiejsze cofnięcie się pętli kiszkowej przy ukośnem pociąganiu pętli krózkami.

Przy operacyi wykonywanej w sposób podany dla spowodowania większej próżni w jamie brzusznej i sprawienia silniejszej trakcyi do wewnątrz, imitując fakt z guzikiem, *Leasure* po ułożeniu w wiadomy już nam sposób chorego, chwyciwszy ręką za worek przepuklinowy, o ile może, takowy wyciąga na zewnątrz, przy czem pętla kiszkowa z największą łatwością wsuwa się do jamy brzusznej. Tym sposobem udało mu się uleczyć kilku chorych, którym miał wykonać herniotomię. Pierwszy raz w ten sposób operował chorą dotkniętą przepukliną udową, w 1843 r. Drugi raz w 1853 r. wykonał w ten sposób odprowadzenie przepukliny mosznowej od 20 godzin uwięzniętej u chorego zachloformowanego już do herniotomii. Najpiękniejszy jest przypadek przepukliny udowej z 1858 r. Uwięznięcie trwało od 36 godzin, a gdy wszelkie usiłowania dla ręcznego odprowadzenia przepukliny okazały się daremnemi, z obawy że część uwięzionej kiszki mogła być zgorzeloną, wykonano otworzenie worka przepuklinowego, w którym gdy znaleziono część ileum pokrytą siecią (omentum), lecz jeszcze w stanie nie zagrażającym, sprobowano użycia w mowie będącej metody; skutek, jak w poprzednich przypadkach, był dobry. W tym jednak przypadku *Leasure* część omentum na zewnątrz wyciągnął, przyczem z hałasem kiszka do jamy brzusznej się wśliznęła. W taki sam sposób *Leasure* operował jeszcze innego chorego, przy czem uni-

kał wszelkiego wgniatania worka przepuklinowego, jedynie ograniczając się do pociągania za takowy. W podobny sposób wiele innych chorych operował z najlepszym skutkiem.

Chwat bynajmniej nie miał zamiaru przypisać sobie pierwszeństwa pomysłu, wspominał bowiem że *Sharpe* pierwszy tę metodę wymyślił, lecz *Chwat* pierwszy ją w ostatnich czasach u nas w użycie wprowadził.

II. *Chomętowski* przedstawia chorą Ruchłą S. lat 20 kilka liczyć mogącą przedstawioną już w Towarzystwie dnia 13 Czerwca r. b. przez *Brunnera*, która od kilku tygodni pozbawioną była możności wydawania głosu (aphonia), uleczoną jednorazowem zastosowaniem prądu galwanicznego stałego w ciągu 10 minut, przy użyciu 12-tu elementów Stöhrera. Przy tem nadmienia *Chomętowski*, że gdy chora do niego przybyła z wspomnioną utratą głosu, którą przypisuje porażeniu strun głosowych, jednocześnie dotkniętą była mocnym szczękosciskiem, skutkiem czego nie był w stanie użyć laryngoskopu dla przekonania się o stanie strun głosowych.

Dodaje też, że chora przed tem miała wykonane przez *Brunnera* przyżegnięcie kolumny kręgowej bez skutku.

Lubelski z okazji przedstawionego przypadku, czyni uwagę że podobne tracenie głosu u histeryczek nie należy do rzadkości, o czem każdy z kolegów doskonale wie z własnej praktyki. Sam miał możność sprowadzenia chwilowego uleczenia w podobnym przypadku faradyzacją. Zupełne jednak uleczenie chorej nastąpiło po podaniu morfiny przez Dra *Ehrlicha* w Płocku. Zachodzi pytanie, czy w tych przypadkach elektryczność działa jako nervinum rzeczywiście, czy też działa sposobem moralnym na chorą przez strach, jaki powoduje.

Chomętowski uleczenie bynajmniej wpływowi moralnemu przypisać nie chce.

Brunner w tym względzie zupełnie podziela zdanie *Chomętowskiego*; gdyby bowiem postrach uleczenie chorej mógł sprowadzić, to niezawodnie głębokie przypalenie roz-

palonem żelazem, które u tej chorej wykonał w celu usunięcia przekrwienia mlecza pacierzowego, byłoby musiało głos przywrócić, czego jednakże nie sprawiło. Że tylko elektryczność ten skutek sprawia, lecz nie tylko galwaniczna, jak to *Chomętowski* sądzi, lecz i indukcyjna, wnosić ztąd należy, że takowej działanie jest specyficzne jako nervinum.

Chwat podaje, że nie tylko u tej chorej, lecz u wielkiej liczby innych przebywających w szpitalu starozakonnych, widywał najrozmaitsze przypadłości nerwowe, które częstokroć ustępowały bez użycia jakich bądź środków lekarskich, tak dobrze, jak i bez żadnej wiadomej przyczyny występowały. Szpital starozakonnych w mniemaniu *Chwata* być może, że największego dostarcza kontyngensu podobnych chorych.

Brunner zabierając w dalszym ciągu głos oznajmia iż z zastosowaniem elektryczności u tej chorej w celu powrócenia jej głosu umyślnie się opóźniał, a to w celu powrócenia takowego przez usunięcie podrażnienia mlecza kręgowego będącego jego zdaniem powodem rozlicznych zaburzeń nerwowych u tej chorej, aby tym sposobem przekonać się czy przez usunięcie przekrwienia mlecza i głos powróci, aż nadto bowiem był pewny, że elektryczność zawsze powrót głosu sprawi, a opóźnienie tego skutku bynajmniej chorej nie było tak wielce przykrem, tembardziej, że z takowem mogło powrócić czkanie, które jej więcej przykrości niż bezgłos sprawiało.

Myslałem jednak że *Chomętowski* przedstawiając tę chorą, obeznawszy się dokładnie ze stanem uprzednim, do czego jeśli nie samo jej opowiadanie, to już rzecz podana o niej w protokóle z dnia 16 Czerwca r. b. posłużyć mogły, dokładniej obznajmi Towarzystwo z tą chorobą, którą uważałem i uważam obecnie za hysteria epileptiformis, tymczasem kolega *Chomętowski* ogranicza się jedynie do podania faktu przywrócenia głosu prądem stałym, upatrując w tymże jedynie zbawienne skutki, gdy należało jak się to

czyni pospolicie pierwiej spróbować użycia prądu indukcyjnego, a byłby się kolega niewątpliwie przekonał, że i takowy toż samo by zdziałał. Liczne moje przypadki dały mi możność przekonania się o tem, o czem wreszcie literatura nie zamilczała. Jeszcze w roku 1867 w mojem sprawozdaniu drukowanem w *Gazecie Lekarskiej* opisałem podobne przypadki bezgłosu (aphonii) i niemożności łykania (dysphagia) lub niemożności artykulowania mowy (alalia) u histeryczek, w którym wspominałem że jednorazowe zastosowanie faradyzacji jest częstokroć wystarczającym do usunięcia tych przypadłości nie raz od dawna trwających. Leczyłem bowiem nie tylko kobiety lecz i mężczyzn nerwowych histeryą dotkniętych, u których użycie faradyzacji nigdy mnie nie zawiodło. Leczyłem jedną osobę, pannę lat około 26 liczącą, u której bezgłos przy najmniejszym wstrząśnieniu moralnem się wydarzał, u której za każdym razem faradyzacja głos powracała. Przypominam sobie w tej chwili, że mi raz przywieziono tę pannę wieczorem w balowej toalecie, by idącej na bal na razie głos powrócić, który straciła z obawy że sukni na czas nie przyniosą. Po odzyskaniu po minucie lub dwóch głosu całą noc chora moja najswobodniej się bawiła i odtąd nigdy bezgłosem dotkniętą już nie była.

Innym znowu razem *Doktor Helbich* przywiózł do mnie starozakonnego chłopca lat około 12 liczącego, który dotkniętym był od dni 10 lub 11 niemożnością łykania, prawie zamorzonego zupełnie, u którego po jednorazowym zastosowaniu faradyzacji n. n. języko-gardzielowych łykanie natychmiast prawie (gdyż po 1 może minucie) powróciło i żadnemu już zboczeniu nie uległo. Takich przypadków mógłbym bardzo wiele przytoczyć, lecz i te wystarczają do poparcia mojego zdania, które wreszcie i kolega *Lubelski* podziela. Nie ma wreszcie zapewne ani jednego elektroterapeuty, który by sam tych faktów niespostrzegał.

Wracając do naszej chorej, którą kolega *Chomętowski* przedstawia, stanowczo przeczę, jakoby u niej aphonia po-

chodzić miała z porażenia strun głosowych, lecz jestem zdania, iż takowa spowodowaną była stanem kurczowym mięśni krtaniowych i przedstawiała się jako spasmus rimae glottidis, wynikała skutkiem podrażnienia n. n. krtaniowych górnych, tembardziej że, jak *Chomętowski* utrzymuje, chora zgłosiwszy się do niego, dotkniętą też być miała szczękosciskiem. U histeryczek objawy paretyczne nigdy prawie nie komplikują się z objawami spazmatycznymi, kurczowymi, w danym razie też tego nie było. Widziałem chorą na dwa lub trzy dni przed owym uleczeniem; przedstawiała te same objawy, o których *Chomętowski* wspomina, była wówczas pąsową prawie skutkiem utrudnionego odpływu żylnego, klatka piersiowa przedstawiała się wydętą, międzyżebra wygładzone, oddychanie było połączone z pewną trudnością, powietrze ze świstem dostawało się do płuc itd. — są to wszystko objawy skurczu szpary głosowej a nie porażenia mięśni krtaniowych. Użycie laryngoskopu dla przekonania się o naturze cierpienia, nie było niedokonane z powodu jakoby szczękoscisku, gdyż tego u tej chorej nie widziałem, lecz jedynie dla tego, że uważałem użycie tego narzędzia za zbyt cenne dla rozróżnienia aphonii paretycznej od spastycznej, co by też i każdy inny z kolegów uczynił, dwa bowiem te stany tak różne i tak charakterystyczne przedstawiają objawy, że laryngoskop zupełnie jest w tych razach zbędnym. Wreszcie nadmienić muszę, że u chorej przedstawionej przez *Chomętowskiego* utraconą czkawkę histeryczną i kurcze przeponowe, zastąpiło ustawiczne ziewanie, a zastosowanie żelaza rozpalonego na mlecz pacierzowy uczyniło nader rzadkimi napady epileptyczne.

IV. Następnie *Brunner* odczytał artykuł pod tytułem: „Przyczynek do kazuistyki chorób nerwu współczulnego.“ Pierwszy z przypadków, który przedstawia, dotyczy mężczyzny lat czterdzieści kilka liczącego, który od lat kilku cierpi silne pocenie lewego policzka i szyi tejże samej strony. Choroba wywiązała się wskutek wpływu zimnego powietrza, rozpoczynając się od silnego bólu lewej połowy głowy,

z utratą przytomności. Od dwóch lat przyłączyło się uczucie gorąca w lewej połowie twarzy i w uchu, ból oka, przekrwienie tegoż, zaczerwienienie policzka i czoła, a co najważniejsze obfite pocenie się tej strony twarzy, głowy i szyi; najmniejsze wzruszenie lub fatyga, wystarczają by pot strumieniami się sączył. Oko lewe nieco zmienione, powieka górna nieco obwisła, łzawienie powiększone, źrenica lewa zwężona, lecz jednakowoż z prawą oddziałująca na światło. Tętno skroniowe wydatne rozszerzone, lecz miękka, cała twarz wydaje się jakby pokryta kropkami rosy, skóra na szyi jakby wymacerowana, temperatura ucha lewego o wiele wyższa niż prawego, puls nie szczególnego nie przedstawia, również jak i serce. Uważając całe to cierpienie za zaburzenie w sferze nerwu współczulnego wynikłe w skutek stanu paretycznego włókien naczynio-ruchowych i cilio-spinalnych, znane pod nazwą *Hyperidrosis seu Ephidrosis unilateralis*, sprawozdawca wspomniał o obserwacjach *Verneuille* i *Ogle*, jakoteż o przypadkach zebranych przez *Nitzelnadela*, oraz o komunikacjach *Meschedego*, *Bergera*, *Wiedenmeistera*, *Chwesteka*, wreszcie *Eulenburgera* i *Gutmanna*, podał w krótkości cztery przypadki, które z całej liczby znanych, do tej kategorii zaliczyć się dają, jakkolwiek stanowią tylko powikłania innych ważnych chorób, a mianowicie *Tabes dorsualis*, *Diabetes mellitus*, choroba *Basedowa*, na koniec wysypka brody (*Sycosis*), w szczególności zaś, przedstawił przypadek obserwowany przez *Chwesteka* w Wiedniu, u 20-letniego kanoniera, który od lat 6-ciu podlegał silnemu poceniu się prawej połowy ciała, głównie zaś twarzy, która niekiedy nabrzmiewała, a po 4-ach latach, zaczął chory spostrzegać powiększenie się gruczołu tarczowego. Temperatura była blisko o stopień wyższą na stronie chorej, prawa źrenica węższą, jak również i szpara powiekowa; po kilku miesiącach kuracyi elektrycznością, chory został prawie w zupełności wyleczonym. Zestawiając ostatni przypadek ze swoim, sprawozdawca doszedł do wniosku, że zaledwie te dwa przypadki, stanowią jawny dowód

samodzielnego cierpienia włókien naczynio-ruchowych nerwu współczulnego, które pod miano *Hyperidrosis unilaterialis* podciągnąć można. Chorobę tę uważa jako porażenie włókien naczynio-ruchowych, ztąd większy napływ krwi do tętniczek gruczołów potowych i powiększenie wydzieliny potowej. Dobre skutki zastosowania prądu stałego, i w przypadku podanym przez sprawozdawcę, po kilku tygodniach osiągniętemi zostały, gdyż pocenie stało się jednakie z obu stron, temperatura i zabarwienie twarzy wyrównały się, wreszcie nastąpiło rozszerzenie źrenicy, co najdobitniej dowodzi restytucji czynności nerwowej, we wszystkich włóknach nerwu współczulnego, poprzednio w stanie porażenia będących.

Szokalski przypomina sobie, że podobne przypadki przed odkryciem wpływu nerwu sympatycznego szyjowego na naczynia, zrobionym przez *Claude Bernard'a* były już obserwowane, lecz natury ich nie umiano sobie wówczas wyjaśnić.

IV. *Włodz. Brodowski* przedstawiając Towarzystwu odnośne okazy patologiczne zwraca jeszcze raz uwagę oftalmiatrów na niebezpieczeństwo dłuższego pozostawiania w miejscu zwyrodniałych gałek ocznych, choćby takowe zdawały się zdążać ku zanikowi i nie pociągały za sobą żadnych miejscowych dolegliwości. W wilię posiedzenia dokonał on rozbioru zwłok 58-letniej kobiety dobrze zbudowanej, lecz mocno wycieńczonej, zmarłej w szpitalu Dzieciątka Jezus przy objawach ogólnej wodnej puchliny. Lewa gałka oczna w tych zwłokach na pierwszy rzut oka zdawała się w ten tylko sposób zmienioną, jak to ma miejsce przy staphyloma, i dla tego zrazu nie zwróciła na siebie baczniejszej uwagi, lecz już wykryte w niewielkiej ilości drobne, nie większe od ziarna konopnego, czarne guziczki miękkie w tkance łącznej podskórnej na klatce piersiowej rzucały wielkie podejrzenie na ową gałkę, jako na pierwotne źródło wymienionych guziczków. Podejrzenie to stało się jeszcze bardziej uzasadnionem, skoro podobne

nowotwory znaleziono w sercu, wątrobie, nerkach i gruczołach limfatycznych. Jakoż wzmiankowana gałka oczna, zmieniona w swej postaci, przedstawiała się całkowicie wypełnioną czarną jak węgiel masą i tak dalece zwyrodnioną, że ledwo szczątki tylko ścięćzalej twardówki rozpoznać się dawały. Sama zwyrodniała gałka była co najmniej o $\frac{1}{3}$ część zmniejszoną, nowotwór pomimo to, dostał się w kilku miejscach na zewnątrz i wystąpił w postaci również czarnych lub szarawych na rozkroju wyniosłości zwłaszcza ku tyłowi w pobliżu nerwu wzrokowego. Nerw ten blisko we dwójnasób zgrubiał, przedstawiał się na rozkroju również czarnym jak węgiel, zwyrodnienie to wszakże dochodziło tylko do otworu wzrokowego (foramen opticum), począwszy zaś od tego miejsca aż do skrzyżowania (chiasma) rzeczony nerw był blisko o połowę cieńszy od odpowiedniej części prawego nerwu wzrokowego i znacznie spłaszczony. Serce całe było zasiane kulistemi guzikami czarnemi, szczególnie zaś komórka lewa i przedsionek prawy, największe z nich dochodzące do wielkości orzecha laskowego wystawały mocno ponad osierdzie, nieco mniejsze wypuklały błonę wewnętrzną serca, najmniejsze dochodzące za ledwo do wielkości ziarnka konopnego znajdowały się wpośród mięśnia sercowego. Jeden z rzeczonych guzków sterczący do komórki lewej dał powód do wytworzenia się na nim skrzepu krwi za życia, który w większej swej połowie był już odbarwionym, a po części rozmiękczone. Prawdopodobnie w związku z tym zakrzepem (thrombosis) znajdowało się t. z. czerwone rozmięczenie na niewielkiej przestrzeni powierzchownej substancji szarej prawego wzgórka prążkowanego (corpus striatum). Wątroba cokolwiek powiększona, dość blada, również znaczną ilością guzów czarnych zasiana. Z nich największe i najczarniejsze dochodzące do wielkości jaja kurzego znajdowały się na powierzchni, zwłaszcza górnej; w głębi były mniej liczne, mniejsze, a niektóre z nich inaczej zabarwione, zwłaszcza u swego obwodu i mniej wyraźnie odgraniczone. Znacznie

mniejsze guziki, bo ledwo zbliżające się do wielkości ziarnka grochu i w mniejszej ilości znaleziono w istocie korowej nerek, które nadto nosiły na sobie wszystkie cechy do dość wysokiego stopnia posuniętej przemiany mączkowatej. W moczu dużo białka. Śledziona przedstawiała bez porównania wyższy stopień niż nerki przeistoczenia mączkowatego, w postaci znanej pod nazwą rozlanego.

Gruczoły limfatyczne zwłaszcza zaotrzewne zamienione na guzy czarne, dość miękkie, rozmaitej wielkości, niektóre z nich jak biodrowe dochodziły do wielkości jaja kurzego. Najmniejszy stopień odnośnego zwyrodnienia przedstawiały gruczoły śródpiersi; zewnętrzne wcale zmienione nie były. Z kości tylko wśród gąbczastej części sklepienia czaszki zdołano dojrzeć parę drobnych ognisk czarnych.

Śmierć w tym wypadku została przyspieszoną krupowem zapaleniem górnego płata płuca i ostrym wysiękiem opłucnej z tejże strony (pleuropneumonia).

Że w tym wypadku gałka oczna była siedliskiem pierwotnego nowotworu, to nie potrzebuje dowodzenia. Badanie mikroskopowe wykazało, że nowotworem był mięsak czarny (melanosarcoma), przeważnie składający się z miernej wielkości komórek wrzecionowatych, jakkolwiek nie były rzadkimi t. z. gwiazdowate, a nawet okrągławe zwłaszcza w zewnątrzgałkowej części nowotworu. Reszta nowotworów dla braku czasu nie była jeszcze badana, nie ulegała wszakże wątpliwości, że będą to nowotwory tej samej natury.

Poczem *Brodowski* przedstawia torbiasto z wyrodniałe jajniki przeszło pięćdziesięcioletniej kobiety zmarłej w szpitalu Dzieciątka Jezus na zapalenie płuc (pneumonia crouposa). Lewy jajnik doszedł do wielkości jaja gęsiego, cały składał się z znacznej ilości torbieli o zawartości surowiczej, bardzo różnorodnej wielkości, jedno bowiem z nich dochodziło do objętości jaja kurzego, inne równały się wielkości ziarnka konopnego — dużego grochu, wszystkie poprzedzielane grubemi i bardzo twardemi przegródkami. Na ścianach największej torbieli znajdowała się narośl kalafio-

rowata, z licznych tworów brodawkowatych złożona. Ku końcowi wewnętrznemu przy samym obwodzie wzmiankowany jajnik na przestrzeni 2 cm. w średnicy przedstawiał się jako złożony z bardzo zbitej, twardej jak chrząstka tkanki biało szarawej, w pośród której przy pilniejszym rozpatrzeniu się można było dostrzedz drobnutkie dołeczki okrągławe. Prawy jajnik mało co większy był od jaja gołębiego—cały także składał się z drobnych cystek.

Wzmiankowane torbiele z tego względu zasługują na uwagę, że wszystkie bez wyjątku, nawet i najdrobniejsze znajdujące się w pośród powyżej wspomnianego zbitego guzika, wyścielone są nabłonkiem migawkowym. Wiele z nich, zwłaszcza mniejsze, posiadały nabłonek wielowarstwowy, ma się rozumieć, że w takich razach tylko powierzchowna warstwa składała się z komórek migawkowych, głębsze zaś z okrągławych. Brodawki nadmienionej powyżej narodziła kalafiorowatej okryte były takimże wielowarstwowym nabłonkiem.

Przyczem *Brodowski* zwraca uwagę, że dotychczas znanych jest kilka tylko wypadków, w których postrzegano nabłonek migawkowy w torbielach jajnika; lecz że z wyjątkiem wypadku *Spiegelberga*, w którym nabłonkiem takim były okryte narodziła brodawkowate na ścianach torbieli jajnika, we wszystkich innych, zarówno *Luschki*, jak *Virchow'a* i *Friedreich'a* były to nowotwory bardzo złożone, w skład bowiem ścian ich wchodziła nie tylko skóra z włosami, gruczołami łojowymi itd. lecz częstokroć pierwiastki nerwowe, włókna mięsne poprzecznie prążkowane itd. i że w nich nabłonek migawkowy zwykle jedną z cyst wyścielał. Zapatrywano się więc na jego powstawanie bądź jako na skutek zabłąkania się i odwiązania, na początku rozwoju organizmu, wraz z innymi pierwiastkami anatomicznymi i tych, które miały dać początek nabłonkowi, jak wiadomo, migawkowemu, wyścielającemu kanał rdzenia kręgowego; bądź wreszcie jako na następstwo objęcia, podczas wzrostu odnośnych nowotworów, tych w pobliżu jajnika położonych

szczątków przewodu Wolff'a, które noszą nazwę parovarii, a które także migawkowym są wysięczone nabłonkiem. Otóż żaden z tych wykładów nie da się zastosować do wypadku przedstawionego przez *Brodowskiego*. Tym razem mamy do czynienia z jednym z takich torbielaków (cystoma) jajnika, na powstawanie których obecnie zapatrują się powszechnie jako na wynik mniej lub więcej rozległego zboczenia w rozwoju jajników. Zboczenie to, jak wiadomo, na tem polega, że powstające z nabłonka zarodkowego (Keimepithel—Waldeyer) twory nabłonkowe jajnika mające dawać początek pęcherzykom Graaf'a wraz z zawartem w każdym z nich jajem pozostają na tym niższym stopniu rozwoju, który po raz pierwszy przez *Pflüger'a* był dostrzeżony, a w którym wzmiankowane twory do gruczołów śluzowych torebkowatych *Lieberkühn'a* (cryptae mucosae Lieberkühnaniae) są zbliżone. Podobieństwo staje się tem zupełniejszym, że również, jak ostatnie, zaczynają śluz wydzielać i zamieniać się tym sposobem na zamknięte torebki o zawartości śluzowatej. Drugą ważną cechą w mowie będącego zboczenia, jest w każdym razie rozleglejsze, niż przy normalnym rozwoju jajników a niekiedy rzecz można bezgraniczne bujanie nadmienionych tworów nabłonkowych, i co zatem idzie, mnożenie się i zlewanie z sobą wspomnianych torebek, których zawartość niekiedy z śluzowej na surowiczą zmieniać się może.

Otóż w wypadku *Brodowskiego* zamiast nabłonka stożkowatego wysięcającego pospolicie takie torbiele, a pochodzącego z również stożkowatego wyżej wspomnianego nabłonka zarodkowego wytworzył się nabłonek migawkowy. Przy tej sposobności *Brodowski* zwraca uwagę na tę okoliczność, że w mowie będący wypadek świadczy przeciw panującemu dziś prądowi w nauce zmierzającemu do bezwzględnego poddawania rozwoju tkanek patologicznych prawom rządzącym rozwojem tkanek prawidłowych, który więc z tego względu możnaby nazwać embryologicznym. Wypadek ten jak najdotykalniej dowodzi, że przy niezwy-

kłych warunkach wzmiankowanego rozwoju zachodzą zбочenia w czynnościach twórczych pierwiastków anatomicznych nie tylko pod względem ilościowym, lecz i jakościowym.

Dr. M. Brunner.

Posiedzenie 20-te dnia 1 Grudnia 1874 r.

PREZES: Brodowski.

TREŚĆ: I. *Brodowski*. Dodatek do przeszłego protokołu. Niezwykły początek naczyń krwionośnych. II. *Chomętowski*. Choroba Basedow'a.

I. *Brodowski Włodz.* po przeczytaniu protokołu z przeszłego posiedzenia, w którym jest wzmianka o pierwotnym mięsaku czarnym gałki ocznej i następnych wątroby, nerek, serca, gruczołów limfatycznych, donosi, że dokładniejsze badanie mikroskopowe nowotworów następnych, które dla krótkości czasu nie mogło być dokonane przed posiedzeniem poprzedzającym, nie w zupełności potwierdziło wypowiedziane na niem przypuszczenie co do budowy nowotworów następnych. Wyniki tych badań są z wielu względów wielce pouczające, rzecz można, jedyne w swoim rodzaju. Okazało się bowiem, że nowotwory następne każdego z wymienionych narzędzi odrębną posiadały budowę, a nawet do rozmaitych należały działów powszechnie przyjętej obecnie klasyfikacji. W wątrobie i nerkach były to czarne raki (melanocarcinomata), składające się z bardzo drobnych komórek, odmiennie w każdym z tych narzędzi w ciała rakowe ugrupowanych: w wątrobie ciała te nosiły na sobie charakter przeważnie rozrosłych beleczek komórkowych miąższu wątroby, w nerkach zaś—zdrobniałych,

w najrozmaitszy sposób pogiętych i poplątanych kanalików nerkowych. Pierwotne powstawanie wzmiankowanych ciał rakowych w wątrobie z komórek mięszu tejże, w nerkach — z ich kanalików, nie ulegało w tym razie wątpliwości. W jednym tylko sercu guzy czarne składały się przeważnie z komórek wrzecionowatych, wielce podobnych do tych, które stanowiły główną składową część nowotworu galki ocznej, zwłaszcza wypełniającego jej wnętrze. Co się zaś tyczy gruczołów limfatycznych, to w tych miały miejsce melanolymphomata.

Jest to, o ile nam wiadomo, jedyny wypadek, w którym nowotwory następce po większej części, bo z wyjątkiem tylko nowotworów serca, tak znacznie się różnią od pierwotnego. Zasluguje zaś przedewszystkiem z tego względu na uwagę, iż wbrew panującym poglądom na pasożytnicze tak powiem pochodzenie nowotworów następnych, dowodzi możności powstawania takowych jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie z miejscowych pierwiastków anatomicznych. Nigdy może sprawa powstawania nowotworów następnych nie miała tyle rysów wspólnych jak w danym wypadku ze sprawą zapłodnienia. Jużciż zdaje się nie ulegać wątpliwości, że i tutaj rozpraszanie się pierwiastków anatomicznych pierwotnego nowotworu za pośrednictwem naczyń krwionośnych po rozmaitych narządach dało początek sprawom następным; lecz tutaj wzmiankowane pierwiastki względem miejscowych grały rolę zapładniających i owoc zapłodnienia stósownie do zapłodnionej tkanki wypadł rozmaicie, wszędzie wszakże nosi na sobie cechy zarówno macierzystej t. j. zapłodnionej tkanki, jak i ojczystej t. j. zapładniającej. Tej ostatniej właśnie wszystkie nowotwory następce winny były swoją czarną barwą.

Poczem *Brodowski* przechodzi do zaznajomienia Towarzystwa z jedynym jak dotąd wypadkiem zboczenia rozwoju tętnic biorących początek z serca. Zboczenie to było przyczyną bardzo wysokiego stopnia cyanozy wrodzonej;

a wkrótce i śmierci nastąpionej na 5-ty dzień po urodzeniu. W tym wypadku, bez wszelkiego śladu t. zw. situs transversus mutatus, aorta dość znacznie rozszerzona, brała początek z prawej komórki serca, znajdującej się w wysokim stopniu hypertrophiae excentricae, zajmowała miejsce i zachowywała początkowy kierunek tętnicy płucnej, znajdując się na pierwszym planie. W dalszym ciągu z łuku aorty biorą początek tętnice w tym samym porządku jak w aorcie normalnej t. j. biorącej początek z komórki lewej, z tą wszakże różnicą, że otwór pnia bezimiennego (trunci anonymi) tworem niteczkowatym jakby jakim szczątkiem przegrodki rozdzielony na dwie równe części. Isthmus aorty mocno odznaczony półksiężycowatą wyniosłością, po za którą znajdował się otwór wolnego kanału Botala. Tętnica płucna blisko o połowę zwężona znajdowała się tuż za aortą i przedstawiała się tak jakby brała początek z komórki lewej, ujście jej wszakże było najzupełniej zarosłe, podział na dwie główne gałęzie miał miejsce jak zwykle. Wyżej wspomniany kanał Botala łączył lewą gałąź tętnicy płucnej z aortą. Duży otwór jajowaty (foramen ovale) znajdował się w przegrodzie międzyprzedsionkowej, lewa komórka była tak małą, że zaledwie duże ziarnko grochu zmieścić w sobie mogła, przegroda międzykomórkowa nie istniała.

Że w tym wypadku możliwem było życie przez przeciąg 5 dni po urodzeniu, to zależało tylko od tego, że obok zarośnięcia ujścia tętnicy płucnej (prawdopodobnie na skutek zapalenia podczas życia wewnątrzmacicznego błony wewnętrznej serca—endocarditis), kanał Botala pozostał wolnym. W przeciwnym bowiem razie, gdyby przy takim początku głównych pni tętniczych, wykształciła się przegroda międzykomórkowa, jak się należy, tętnica płucna pozostała wolną a przewód Botala się ściągnął, mielibyśmy w tak zwanem większem kole krążenia poczynajacem się i kończacem w komórce prawej (circulus major) krew wyłącznie żyłą wcale nie utlenioną, w małym zaś kole zamkniętem między komórką lewą i płucami mielibyśmy krew

tętniczą, z której cały organizm wcaleby nie korzystał. Że w takim wypadku życie zewnątrzmaciczne nie mogłoby trwać ani jednej chwili, to się samo przez się rozumie. W naszym wypadku aorta prowadziła krew mieszaną, a to dla tego, że pewna jej ilość przez kanał Botala udawała się do tętnicy płucnej (która z powodu zarośnięcia swego ujścia żadnej innej krwi nie prowadziła) a ztąd do płuc; zkład utleniona krew wracała żyłami płucnymi do przedsionka lewego, następnie przez komórkę lewą z powodu braku przegrody i t. d.

II. *Chomętowski* przedstawia kobietę lat 36 wieku liczącą dotkniętą chorobą Basedowa. Osoba ta od lat 8 spostrzegła zgrubienie szyi i zaczęła doznawać mocnego bicia serca. Prawa źrenica jest bardziej zwężona, niż lewa i exophthalmus prawego oka znaczniejszy niż lewego. 16 razy zastosowany prąd stały 12 elementów Stöhrera po minucie na zwoje najwyższe nerwu sympatycznego szyjowego spowodził w stanie chorej znaczną poprawę.

Lubelski, znający tę chorobę dość dawno, nadmienia, że po połogu struma u niej znacznie się zmniejszyło.

Thieme, który tej chorej pomocy udzielał przy porodzie 48 godzin trwającym a następnie leczył ją od febris puerperalis, strumy u niej nie spostrzegał.

Szokalski nie widzi u tej chorej opadania powiek, ani też wysadzenia oczów; różnica w źrenicach jest również prawie niedostrzegalną.

Brunner w danym wypadku nie dostrzega widocznej różnicy w źrenicach. Wysadzenia gałek ocznych również nie widzi, a gruczoł tarczowy, jakkolwiek nieco powiększony z lewej strony, wcale nie zdaje się przemawiać za chorobą Basedowa, nie tętni i żadnych oznak strumy naczyniowej nie przedstawia. Bicie serca nieco przyspieszone samo jedno nie wystarcza do przyjęcia go za jednego z współobjawów choroby Basedowa. Nie może też się zgo-

dzień na to, aby 16 posiedzeń po 1-ej minucie chorobę do tego stopnia usunęło, by jej objawy stały się prawie zupełnie niedostrzegalnymi.

Dr. M. Brunner.

Posiedzenie administracyjne dnia 15 Grudnia 1874 r.

PREZES: Brodowski.

I. *Prezes* odczytuje dokument złożony na jego ręce przez wychowalców wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z roku 1873/4, który brzmi jak następuje:

My niżej podpisani obowiązujemy się niniejszem, po upływie lub w ciągu lat pięciu, licząc od dnia 1 Stycznia 1875 r. złożyć do Kassy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, dobrowolne ofiary jednorazowe po Rub. sr. pięćdziesiąt, przeznaczając zebrać się mającą z tychże ofiar sumę, rubli srebr. *trzy tysiące* na fundusz stały, przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem istnieć mający pod nazwą: „Funduszu Wychowalców Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu z roku 1873/4“, od którego procent ma być przeznaczony peryodycznie według uznania Towarzystwa Lekarskiego i stosownie do skreślić się mających przez nie w tej mierze przepisów, jako nagroda konkursowa za najlepszą rozprawę treści kliniczno-lekarskiej, w języku polskim, w ciągu okresu konkursowego napisaną i temuż Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu we właściwym terminie przedstawioną. W przedmiocie ogłaszania konkursu i przyznawania nagród ostatecznie decydować będzie Tow. Lek. Warsz. Wyrażamy tylko życzenie aby w każdym okresie konkursowym *jedno* dzieło lub rozprawa nagrodzoną została; oraz aby w razie nieprzyznania nagrody żadnej z przedstawionych

rozpraw lub nienadesłania takowych, procent powyższy użyty został na wydanie dzieła lub rozprawy również treści klinicznej, z obcego języka na polski przetłómaczonej a to według zalecenia Towarz. Lekar. Warszawskiego.

Uwaga. W razie rozwiązania Towarzystwa Lek. Warsz. fundusz powyższy ma być oddany do rozporządzenia Uniwersytetowi Jagiellońskiemu w Krakowie.

Dokument ten jest podpisany przez 60 b. studentów Uniwersytetu Warszawskiego z roku 1873/4.

II. *Prezes* uprasza *Lebiedzińskiego, Chwata, Dorantowicza, Langowskiego, Dudrewicza Leona, Liebchena* do zrewidowania rachunków Towarzystwa za rok 1874.

4. *Sekretarz stały* porusza kwestyę rozpraw konkursowych. W roku 1872 w m. Lutym Towarzystwo Lekarskie ogłosiło w pismach publicznych następujące temata do konkursu na nagrody po 150 rs. z funduszu pozostałego po wzniesieniu nagrobka dla ś. p. Dr. Br. Choynowskiego: 1) Wykazać za pośrednictwem doświadczeń, o ile w jednej z zakaźnych chorób np. diphtheritis, zapalenia puerperalne, septicaemia, nauka o pasożytnem jej pochodzeniu jest uzasadnioną lub nie? i 2) Rozebrać wpływ zimnych kąpiei na przebieg chorób gorączkowych, na zasadzie własnych spostrzeżeń.

Termin złożenia obu tych rozpraw był wyznaczony na dzień 1 Marca 1874 r. Ponieważ dotychczas nie nadesłano żadnej rozprawy *Szokalski* proponuje wyznaczenie nowych dwóch tematów a *Prezes* uprasza *Baranowskiego, Chałubińskiego i Rosego* o przedstawienie odpowiednich tematów.

5. *Bibliotekarz Koźmiński* uwiadamia Towarzystwo, że co się tyczy pozbycia duplikatów książek znajdujących się w bibliotece Towarzystwa, prowadzi w tym względzie korespondencyę z Towarzystwami Lekarskimi prowincjonalnemi, czyby takowe nie chciały ich nabyć lub też wymienić.

Bibliotekarz zawiadamia również Towarzystwo, iż drukuje się katalog dodatkowy do katalogu poprzedniego ułożonego przez *Portnera*.

W końcu proponuje utworzenie katalogu kartkowego dla biblioteki Towarzystwa, i przedstawia odpowiedni szemat, prosząc Towarzystwo o wyznaczenie funduszu na wydrukowanie potrzebnej liczby egzemplarzy podobnych kartek. Towarzystwo uznaje zalety przedstawionego kartkowego katalogu i zgadza się na wydrukowanie potrzebnej ilości egzemplarzy.

Co do prenumeraty gazet to Prezes zamiast *Deutsche Klinik* proponuje zaprenumerować *Berliner Klinische Wochenschrift*. Towarzystwo wniosek Prezesa przyjmuje.

Chomętowski proponuje zaprenumerowanie pisma z dziedziny nauk przyrodniczych i wymienia pismo tygodniowe w Berlinie wychodzące p. t. „*Der Naturforscher*.“ Postanowienie co do zaprenumerowania tego pisma ma zapaść na jednym z przyszłych posiedzeń, skoro *Chomętowski* przedstawi Towarzystwu egzemplarz tego tygodnika.

Kosiński proponuje zaprenumerowanie pisma od niedawna wychodzącego w Lipsku „*Centralblatt für Chirurgie*“. Towarzystwo wniosek *Kosińskiego* przyjmuje.

Rozenthal Jakób proponuje zamiast *Allgem. Wiener Medic. Zeitung* zaprenumerowanie *Wiener Medic. Wochenschrift*. Towarzystwo wniosek *Rozenthala* przyjmuje.

Orłowski proponuje aby gazety mniejszej objętości krócej niż na dni 5 pozostawiać u członków, gdyż przy dzisiejszym stanie rzeczy gazety z Sierpnia otrzymuje się w Grudniu, mianowicie jeżeli pismo ma wielu czytelników. Towarzystwo uznaje słuszność wniosku a *Sekretarz stały* przyrzeka urządzić kursowanie pism między członkami wedle ich żądania.

6. *Szokalski* przedstawia plany i anszlag na mającą się budować oficynę dwupiętrową w dziedzińcu domu To-

warzystwa przy ulicy Niecałej; dodając, że na wybudowanie tej oficyny ma być zaciągnięta pożyczka z kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy. *Towarzystwo* potwierdza plany, anszlag i projekt pożyczki.

7. *Brodowski Włodz., Jodko, Girsztowt, Tyrchowski i Pląskowski* przedstawiają jako wnioskodawcy piśmienny i podpisany przez nich projekt Stowarzyszenia emerytalnego dla lekarzy przy Towarzystwie lekarskiem wypracowany przez p. Maleszewskiego, żądając aby stosownie do § 26 w dziale IV ustawy Towarzystwa projekt ten był oddany pod rozpatrzenie specjalnego na ten cel wybranego Komitetu.

Prezes proponuje komitet złożony z *Rothe'go, Lubelskiego, Liebchena, Langowskiego i Kościńskiego*. *Towarzystwo* skład komitetu potwierdza.

w zast. *E. Klink.*