

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych.

Napisał

Dr. Jan Andrzejewski (z Ufy).

(Dokończenie).

Spostrzeżenie III. Na początku roku szkolnego 1887 proszono mnie o wypowiedzenie zdania w kwestyi, czy może prowadzić dalej nauki chłopiec 11-letni, który zaledwie przed 4-ma miesiącami miał objawy suchot płucnych z szybkim przebiegiem, z »niewątpliwymi« objawami rozpadu tkanki płucnej i wbrew wszelkim oczekiwaniom zupełnie, jak się wydawało, wyzdrowiał? Przytem podano mi następującą pouczającą historję choroby. Lato i jesień roku poprzedniego chory przebył na młynie wodnym i kilkakrotnie zapadał na gorączkę, która ustępowała po niewielkich dawkach chinu. Na zimę chłopca przywieziono do miasta w celu przygotowania do gimnazyum. Wyraźnych napadów gorączkowych chory tutaj nie miewał, jakkolwiek często uskarżał się na ból głowy oraz ogólne niedomaganie, któremu, zdaje się, towarzyszyły niezbyt wysokie i nie stwierdzone dokładnie podniesienia ciepłoty.

Jednocześnie coraz wyraźniej występowały u chłopca objawy anemii. Wszystko to składano na karb przeciążenia pracą umysłową. W końcu chłopiec dostał uporczywego su-

czego kaszlu, który przy użyciu środków narkotycznych zmniejszał się lub nawet ustępował zupełnie na przeciąg 2 — 3 dni, lecz wkrótce zjawiał się znowu, pomimo wszelkich ostrożności. Wielokrotne badania chorego dawały wynik, na pozór zupełnie ujemny. Kaszel zaczęto już uważać za »nerwowowy«, kiedy pewnego popołudnia (w początku kwietnia) chłopiec bez widocznego powodu dostał *krwioplucia*. W przeciągu blisko godziny chory utracił conajmniej $\frac{1}{2}$ szklanki czerwonej, pianistej krwi.

Potem krwioplucie ustało tak samo nagle, jak nagle się zjawilo i zarazem ustał zupełnie kaszel. W ciągu dwóch dni następných chory odpluwał od czasu do czasu (prawie bez kaszlu) ciemno-czerwone skrzepy krwi. Trzeciego dnia, również koło wieczora, znowu wystąpił suchy, męczący kaszel i wkrótce potem wznowiło się krwioplucie. Pomimo wytrwałego stosowania przeróżnych środków hemostatycznych, krwioplucie trwało tym razem *w przeciągu prawie trzech tygodni!* Podczas pierwszych dni krwioplucia gorączki nie było, lecz już w końcu pierwszego tygodnia zjawila się gorączka z podniesieniami wieczorowemi ciepłoty do $39,5^{\circ}$ C. (rano około 38° z ułamkiem). W ciągu tego czasu chorego kilkakrotnie badano, odbywano narady lekarskie i w rezultacie wygłoszono opinie, że chłopiec cierpi na gruźlicę i że przyczynę uporczywego krwioplucia stanowi »zniszczenie naczynia krwionośnego gdzieś w głębi płuca«. Wobec takiego poglądu na chorobę chłopca, nie zwracano uwagi na pewne osobliwości przebiegu choroby, jak ta naprzykład, że codziennie i stale o tej samej godzinie wieczorem, kaszel i krwioplucie tak się wzmagaly, że na ten czas zawczasu szykowano lód, ol. martis, a w końcu i środki podniecające na wypadek kollapsu, który coraz więcej zagrażał choremu o tej porze!... O tej mianowicie godzinie chory odpluwał czystą krew z pianą (czasami blisko $\frac{1}{2}$ szklanki ogółem), podczas gdy w innych godzinach spluwał krew tylko w postaci skrzepów i w dużo mniejszej ilości. Dopiero po 3 tygodniach, kiedy stan chorego był prawie

beznadziejny i ledwo wyczuwało się tętno, krwiopłucie ustało.. samo przez się. Chory był na tyle osłabiony, że nie był w stanie podnieść ręki i prawie stale znajdował się w stanie nawpół przytomnym. Zjawił się obrzęk skóry na twarzy i koło kostek; w moczu znaleziono białko. Całą uwagę zwrócono teraz na podtrzymanie sił oraz na odżywianie chorego. Jak tylko stało się to możliwym, zalecono mu arszenik i tran, przyczem stan gorączkowy stopniowo zaczął się zmniejszać; jednakże trwał jeszcze w ciągu tygodnia po ustaniu krwiopłucia. Kaszel z niewielką ilością żółtawej lub szarej płwociny, którą chory z łatwością odpluwał, trwał jeszcze blisko miesiąc.

Badając chłopca *w połowie sierpnia*, znalazłem, że jest na swój wiek, wzrostu średniego, ma cienką, bladą skórę, pozbawioną prawie tkanki tłuszczowej i wiotkie mięśnie. Chłopiec miał wygląd jeszcze bardzo blady, lecz rzeźki. Na nic się nie uskarżał, jedynie przy bieganiu i przy wchodzeniu po schodach uczuwał brak tchu i bicie serca. Wogóle męczył się łatwo i obficie pocił się. Tętno małe, dość słabe, do 84; przy najmniejszym ruchu przyśpiesza się do 100 i więcej. Sen, apetyt i czynność przewodu kiszkiowego zupełnie prawidłowe. Po rozebraniu dziecka, przedewszystkiem uderzały na powierzchni ciała wyraźne plamy zimnicze skóry w postaci pojedynczych plam okrągłych, bladofioletowej barwy, wielkości grochu, których kontury na tle bladości otaczającej skóry wyraźnie się odznaczały. Kiedy zwróciłem uwagę otoczenia na te plamy, objaśniono mnie, że stanowią one zaledwie »małą resztkę« tego, co było na skórze chorego w ciągu poprzedniej jego choroby, kiedy cała »skóra tułowia wydawała się jakby pstrą, a dłonie stale były sine i chłodne«. Mówiąc inaczej, chłopiec miał wybitną »livedo mechanica« dłoni i wybitną »marmurowość skóry« zimniczą, o których wartości klinicznej i pochodzeniu pisałem w pracy »o malaryjnych piałnach skóry«. Osluchywanie klatki piersiowej wykryło dość zaostrozony wdech i wydłużony, szorstki wydech pod obydwoma

obojczykami, w okolicach nadgrzebieniowych i na przestrzeni międzyłopatkowej. Rzężeń u szczytów płuc wcale nie było. Opukiwanie okolic nadłopatkowych i między łopatkami dało wynik ujemny. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej można było zauważyć lekkie stłumienie opukowe w lewej okolicy podobojczykowej i na lewym obojczyku. Na pozostałej przestrzeni klatki piersiowej zarówno osłuchywanie, jak i opukiwanie dało wynik zupełnie ujemny. Chory wcale nie kaszłał. Szmerów w sercu nie było. Wątroba nie była powiększona. Śledziona natomiast występowała na szerokość dwóch palców z pod łuku żebrowego, tak, iż *obrzemie zimnicze śledziony* można było jeszcze teraz stwierdzić *nawet za pomocą macania*. Biorąc zaś pod uwagę, że chory przebył część lata na wsi, w miejscowości stosunkowo zdrowotnej i w ciągu niemal dwóch miesięcy brał arsenik, można było twierdzić stanowczo, że obecny stan śledziony również stanowił tylko »małą resztkę« tego stanu, w jakim znajdował się przed kilku miesiącami!... Bólu w okolicy nerek przy ucisku, białkomoczu, ani obrzęków u chłopca nie znaleziono.

Z danych badania przedmiotowego, zgodnych całkowicie z danymi wywiadów, wynikał ten niewątpliwy wniosek, że choroba, którą przebył chłopiec, polegała na przewlekłym *zatruciu zimniczem*, które, *pozostawione własnemu losowi*, spowodowało głębokie zaburzenia w układzie krwionośnym przeważnie w narządach oddechowych. Z początku cierpienie zimnicze naczyń oskrzeli oraz płucnych wywoływało peryodyczne przekrwienie błony śluzowej oskrzeli (uporczywy, peryodyczny suchy kaszel), a zakończyło się zaburzeniami w odżywianiu ścian naczyń włosowatych, t. j. doprowadziło do rozwoju miejscowej krwotoczności zimniczej, która stanowiła przyczynę usposabiającą do powstania uporczywej *bronchorrhagiae*. Istota tej ostatniej, oczywiście, była identyczna z istotą opisanych powyżej krwotoków nosowych. Stan gorączkowy, stwierdzony u chorego, miał oczywisty związek z powyższym krwotokiem oskrzelowo-płucnym: powodował go, zapewne, roz-

wój zapalenia nieżytowego w płucach, które stanowi zwykle następstwo krzepnięcia wylanej krwi w alweolach oraz drobnych oskrzelach, jak to wykazał w swoim czasie Niemeyer (w znakomitych »Wykładach klinicznych o suchotach płucnych«), a prof. Gluziński dowiódł doświadczalnie na zwierzętach ¹⁾.

Stwierdzone badaniem przedmiotowym stwardnienie szczytów płucnych wskazywało na umiejscowienie sprawy zapalnej, która pozostawiła po sobie rozrost tkanki łącznej w szczytach. Oczywiście było, że chłopiec nie pozbył się jeszcze całkowicie śladów przewlekłego zatrucia zimniczego: świadczyły o tem plamy zimnicze na skórze, znaczne obrzmienie śledziony (zaburzenia w miejscowym krwiobiegu), oraz zapewne zaburzenia w miejscowym krwiobiegu w szczytach płucnych, jako stały objaw przebytej *sprawy śródmiąższowej zimniczej w szczytach* («szczyty bagienne» francuzów). Wszystko to wymagało, oczywiście należytej uwagi i racjonalnego obchodzenia się z chorym, lecz nie zmuszało do zaprzestania nauki, którą poprzednio zdecydowano już zupełnie porzucić.

Spostrzeżenie IV. W połowie czerwca 1897 r. przybyła ze wsi do ambulatoryum lecznicy Tow. dobrocz. włościanka M., lat 30, z objawami niezmiernej anemii, która, jak się okazało, była następstwem *krwawienia macicznego*, trwającego prawie od $\frac{1}{2}$ roku. Wywiady wykazały, że krwotok rozpoczął się w początku ciąży (czwartej z rzędu) i trwał z przerwami kilkodniowemi prawie 3 miesiące, póki nie nastąpiło wreszcie poronienie — w środku kwietnia. Ale i po poronieniu krwawienie było tak silne, że w ciągu dwóch tygodni chora nie była w stanie podnieść się z łóżka.

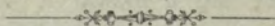
Następnie chora zaczęła wstawać, mogła z biedą chodzić po izbie i nawet próbowała zabrać się do pracy gospodarskiej, jakkolwiek krwawienie od kwietnia do chwili badania nie przerywało się ani na jeden dzień. Ponieważ chora nie

1) „Przegląd lekarski“, 1893 r., VI/24 i VII/1—3.

zgadzała się zostać w lecznicy, zabrano się więc do badania ginekologicznego, które wykryło wybitne zwiotczenie roztwarnej i skróconej portionis vaginalis, której światło wypełniały całkowicie skrzepy krwi. Dną macicy wyczuwało się w prawej połowie jamy brzusznej, na szerokość dwóch palców ponad spojeniem łonowym i było bardzo wrażliwe na ucisk. W innych narządach zmian poważniejszych nie znaleziono.

Uporczywy krwotok oraz wymiary macicy i jej wrażliwość nasuwały przedewszystkiem myśl o nowotworze w jamie macicy. Ale ponieważ znaleziono u chorej: po 1-e) znaczne powiększenie śledziony, a po 2-gie) okazało się, że krwawienie bywało najsilniejsze nie w ciągu dnia, kiedy chora chodziła i pracowała, a zawsze w nocy, przytem zwykle miewała dreszcze i często bóle głowy, więc zalecono jej 3 proszki po 8 gr. chinini hydrochlorici z 3 gran. ergotyny: brać na noc po jednym proszku co drugi dzień i, o ile możności, stale leżeć. Po tygodniu chora miała przyjechać powtórnie do lecznicy w celu dokładniejszego zbadania. W oznaczonym dniu chora nie przybyła sama, lecz przysłała swoją sąsiadkę, która zawiadomiła, że zaraz po pierwszym proszku krwawienie zaczęło się zmniejszać, a po trzecim ustało zupełnie. Zupełnie zniknął jakoby i »guz« bolesny w dole brzucha. Wskutek tego chora poszła w pole do żniwa, prosząc o przysłanie »tego samego lekarstwa«. Posłano jej jeszcze dwa proszki, poczem chora nie zgłaszała się więcej do lecznicy.

Sierpień, 1903 r., Ufa.



Z klin. chirurg. wydz. Uniwersytetu Warszawskiego.

II. Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa.

(amputatio interscapulo-thoracica).

Napisał

Kazimierz Niedzielski.

(*Ciąg dalszy.*)

Drugi, operowany przez Berger'a przypadek (10 marca 1897 r.), dotyczył osobnika z guzem złośliwym ramienia prawego. Nowotwór (myxoma) miękki, rozlany, o powierzchni nierównej, szerzył się ku przodowi, do przyczepów mięśnia piersiowego większego, zlewając się od tyłu z m. najszerszym grzbietu i z większym mięśniem obłym (teres maior). Guz sięgał również dna dołu pachowego i wypierał ku górze tętnicę (a. axillaris), utrudniając nader wybitnie sprawność ramienia, a zwłaszcza ruchy odsiebne. Prócz tego na zewnętrznej powierzchni barku na pewnej przestrzeni stwierdzono znieczulenie, zależne od ucisku nerwu zagiętego (n. circumflexus). Bóle, które istniały tu od dni kilku, były tak nieznośne, że chory nie sypiał wcale. Okres pooperacyjny przebiegał tak pomyślnie, że osobnik ów (28-letni mężczyzna) podniósł się z łóżka już po upływie dni pięciu, a po trzech tygodniach opuścił szpital z raną zagojoną najzupełniej. Operowanego zaopatrzone na drogę w sztuczną kończynę górną, przymocowaną do obejmującego klatkę piersiową pancerza ze skóry. I ten osobnik żyje dotąd (lat 6) wolny od nawrotu.

Wraz z demonstracją chorego, operowanego w r. 1893 (mięsak ramienia, wynik dobry), dr. Nasse przytacza odnośną statystykę v. Bergmann'a z lat ostatnich; ze źródła tego dowiadujemy się, iż ostatni ten chirurg wykonał amputację omawianą w 14 przypadkach. Statystyka ta przekonywa

o zupełnej niewinności operacji, która z pobieżnego rzutu oka wydać się może niejednemu olbrzymią niemal i nader ryzykowną. Do 14 spostrzeżeń tych v. B. dołącza 2 jeszcze, gdzie amputacja ramienia dokonana była wcześniej i dopiero w jakiś czas usunięto łopatkę oraz obojczyk. Jedna chora tylko zmarła skutkiem zabiegu (1889 r.), lecz mięsak wrastał tu w pnie naczyniowe i zwyrodniał górną żyłę czczą (vena cava sup.). Chcąc uniknąć zejścia niepomysłnego w następstwie krwotoku, podwiązano żyłę po częściowem wycięciu mostka. Guz, zresztą, był nie do usunięcia. Wszyscy pozostali pacyenci znieśli operację bez najmniejszych, wzbudzających obawę objawów, a w niektórych razach otrzymywano wyzdrowienie już po upływie 2 — 3 tygodni; w innych przypadkach, w miejscu zakładania drenów, pozostawały małe przetoki, które opóźniały zagojenie nieco, jak również niekiedy niewielkie kawaleczki powięzi ulegały zgorzeli.

Z uwagi, że i dziś jeszcze, pomimo wspaniałych wyników operacji Berger'a, która zyskała sobie licznych bardzo stronników wśród francuskich, angielskich, amerykańskich i niemieckich nawet (A delmann, Neubeck (21), Nasse) chirurgów, jednoznaczności w ocenie jej niema dotąd jeszcze i nie brak głosów, zaznaczających rzekomą »ciężkość urazu« operacyjnego (Delorme, Kirmisson (22), Quénu). Dla tego też opublikowanie coraz nowszych spostrzeżeń odnośnych wydaje mi się rzeczą bardzo ważną. W ten sposób rzuca się światła coraz więcej na sprawę, zajmującą nas w tem miejscu, na sprawę, co do której mogą istnieć do chwili obecnej dwa zdania. Do takich, nader ciekawych obserwacji, zaliczyć wypadnie ogłoszony w r. 1895 przypadek prof. A. Koehler'a. Chory, 34-letni wyrobnik, który narzekał od 10 miesięcy na bóle w zajętej przez nowotwór okolicy lewego stawu barkowego, zwrócił się do autora z prośbą o pomoc chirurgiczną. Guz, wielki jak głowa dziecka, miejscami dawał uczucie chłobotania i na powierzchni swej posiadał gęstą siatkę żyłaków; stwierdzono nadto samoistne, na skutek istnienia guza, złamanie

w górnej części ramienia. Operacji dokonano według metody Berger'a. Rana zagoiła się per primam; górny nawet odcinek rany operacyjnej, gdzie brzegi cokolwiek rozeszły się, zaciągnął się blizną po upływie $2\frac{1}{2}$ miesięcy, przyczem stan ogólny operowanego był wyborny. Prof. K. nie pozostawił w płatach skóry tkanki mięsnej, pomimo to zgorzeli brzeżnej nie zauważono wcale. Guz — śluzomięsak okolicy nadbarcza i ramienia, szerzył się w tym razie i po sąsiednich tkankach miękkich, po torebce i przyczepach mięśniowych. Doszczętna zatem amputacja była tu całkiem na miejscu.

W ogłoszonej przez d-ra Kōnitzer'a pracy w »Deut. Zeitschr. für Chir.« w ciągu r. 1899 znajdujemy pięć dotyczących omawianego przez nas tematu spostrzeżeń. Przypadki te spostrzegano na klinice prof. Häckel'a w szpitalu Bethanien w Szczecinie, a dotyczyły dwóch mężczyzn i trzech kobiet. Wiek mężczyzn nie przewyższał lat 50, wiek kobiet — 12, 28 i 63 lat. W czterech z przypadków tych operowano na skutek rozwoju mięsaka, w jednym — w obec sięgającej daleko sprawy gruźliczej. Chory z gruźlicą prawego stawu ramieniowego, która istniała już od lat kilku, miał, prócz tego, pod większym mięśniem piersiowym ropień zimny, pod prawą pachą — powiększone gruczoły zserowaciałe, a nadto — rozległą sprawę destrukcyjną pochewek ścięgniętych pod więzem napięstkowym poprzecznym (lig. carpi transversum). Gdy przekonano się za pomocą cięć próbnych, jak stoi rzecz cała i jak daleko się szerzy, nie zwlekano wówczas już dłużej z dokonaniem amputacji międzyłopatkowo-piersiowej, poczem w stanie ogólnym operowanego wystąpiła znaczna poprawa. Rany operacyjne zagoiły się po upływie trzech miesięcy, [osobnik zmarł jednak po upływie roku na cierpienie niewiadome. Co się tycze mięsaków, długość okresu ich trwania przed operacją była różną: 12 tygodni, 3 miesiące, 6 miesięcy i rok prawie. W przypadku pierwszym, u 63-letniej operowanej kobiety wykryto, prócz mięsaka barku, prawostronne zapalenie opłucny i niezbyt oskrzeli. Operacja ciągnęła się około 50

minut i chorą kosztowała krwi bardzo mało; exitus letalis nastąpił tu, wszelako, w trzy godziny po zabiegu. W 3-ch pozostałych za to przypadkach K. stwierdził wynik nader pomyślny przy doskonałym przebiegu gojenia, bez odczynu; operowani opuścili szpital stosunkowo wcześniej (11 — 28 dni) z blizną dobrą, bez śladu nawrotu. O dalszym losie pacjentów zasięgano wieści nieustannie. Jeden z nich, 50-letni mężczyzna, zmarł po upływie 4 $\frac{1}{2}$ miesięcy na skutek przerzutów w płucach i dużego, jak jabłko, nawrotu w bliźnie; druga chora, 12-letnia dziewczyna, umarła 9-go miesiąca po operacji i tu na oględzinach pośmiertnych znaleziono liczne w płucach oraz w gruczołach oskrzelowych przerzuty. Na bliźnie recydywy nie było. Wyzdrowienie stałe stwierdzono u jednej tylko 28-letniej kobiety, która żyje do chwili obecnej, ciesząc się pomyślnym stanem zdrowia ogólnym.

W końcu pracy swej dr. K. dołącza wiadomości, zaczerpnięte ze statystyki Schultz'a, ogłoszonej w r. 1896. Autor ten, uzupełniając wykazy Berger'a, zebrał 29 spostrzeżeń; z liczby tej w 24-ch wykonano operację z przyczyny guzów (sarcoma, chondroma, chondrosarcoma, osteosarcoma, myxosarcoma). U 23-ch osobników operowanych otrzymano zagojenie rany doszczętne, *jeden tylko umarł* wkrótce po rękoczynie. Na owe 23 przypadki naliczono 5 takich, gdzie *wyzdrowienie trwało lata*; pewna, 19-letnia, operowana kobieta *była wolną od recydywy jeszcze po upływie lat 9-ciu* (przyp. Helferich'a). Do tejże kategorii zaliczyć należy przypadki Wanach'a (1895; wyzdrowienie, stwierdzone po upływie 14 miesięcy) i Barling'a (1898; 15 m-cy). Dalej, w 5 innych przypadkach nawrót zjawiał się wkrótce po amputacji, w 8 znowu nie zauważono nawrotu w ciągu kilku miesięcy, roku nawet. Co do reszty S. nie daje wskazówek.

Zwróciwszy się teraz do dawniejszej, lecz ułożonej przez Adelmanna'a arcysumiennie statystyki (1888 r.), widzimy następujące dane: A. zestawił przypadki odnośnie od r. 1808 do 1888 i podał przebieg 70 spostrzeżeń. Oczywiście, wclu-

czono tu i przypadki takie, gdzie nie operowano ściśle sposobem Berger-Bergmann'a, gdzie nie wykonano l'amputation totale d'emblée, u niektórych bowiem chorych pas barkowy usuniętym został na dwóch, trzech i więcej posiedzeniach; dokonano więc zrazu eksartikulacyi ramienia, potem — w czas jakiś, z uwagi na nawrót, wycięto łopatkę; lecz i takie przypadki należy tu uwzględniać, istota rzeczy pozostaje, przecie, ta sama. Nadto porównanie wyników amputacyi Berger'a, dokonywanej na posiedzeniu jednym z odnośnymi, lecz operowanymi kilkakrotnie przypadkami, pouczy, o ile właściwszą jest metoda pierwsza, która oszczędzi choremu cierpień moralnych i fizycznych, związanych z koniecznością wykonywania operacyi wtórnej.

Wzorem chirurga francuskiego Adelmanna podzielił również zestawione przezeń spostrzeżenia na trzy rodzaje; zaliczył tedy do kategorii pierwszej: a) *amputacje na skutek urazów kończyny górnej*, obejmując pod temiż: α) rany postrzałowe — 3 przypadki, zakończone wyzdrowieniem, β) złamania kości — 7 przypadków, w 2-ch wyzdrowienie, w 5-ciu wynik niepomyślny, γ) rany szarpane — 4 przypadki i 4 wyzdrowienia. Reasumując dane statystyki tej, autor przychodzi do tychże, co i B., wniosków: amputacja międzyłopatkowo-piersiowa — jednoczesne usunięcie barku i łopatki, dokonane lege artis, nie powiększa ani trochę wynikającego dla pacyenta niebezpieczeństwa z omawianej interwencyi chirurgicznej. Dalej: b) *amputacje w obec mniej złośliwych spraw chorobowych* — tu należą 2 przypadki próchnienia kości i 1, dotyczący zapalenia szpiku kostnego. Wszyscy trzej operowani wyzdrowieli. Wreszcie: c) *amputacje w przypadkach nowotworów, dających nawroty* — razem spostrzeżeń 50, z których 26 przypada na mięsaki. U 25 chorych wykonano operację odrazu (10 wyzdrowień, 15 wyników złych), podczas jednego seansu; z pozostałych 25-u 19 operowano dwukrotnie (10 wyzdrowiało, 9 zmarło), u 4-ch chorych w trzy tempa (3 wyzdrowienia, 1 śmierć), 2-ch, w końcu, poddawano operacyi sześć razy. Jeden z oso-

bników tych wyzdrowiał, drugi zmarł na recydywę—otrzymuje się więc 24 przyp. z dobrym i 26 ze złym wynikiem. Pamiętać trzeba, mówi Adelman z naciskiem, że z owych 25 spostrzeżeń kategorii pierwszej (l'amputation d'emblée) w 3-ch tylko stwierdzono stałe, lata ciągnące się, wyzdrowienie, a mianowicie: 1) w przypadku R. D. Mussey'a (osteoid-carcinoma), operowanym w r. 1845. Stan operowanego był dobrym jeszcze po upływie lat dziewięciu; dalej, 2) znany już nam przypadek Berger'a (enchondroma 1882), gdzie tenże wynik notowano po upływie lat ośmnastu, oraz przyp. 3) Ollier'a (sarcoma 1884), w którym obserwacja chorego następcza, prowadzona w ciągu 18 miesięcy po zabiegu, nie wykryła ani śladu nawrotu. Do trzech tych spostrzeżeń należy dołączyć, rzecz prosta, jedno jeszcze, t. j. drugą Berger'a 4) amputację (myxosarcoma 1897 z 2 blisko lata trwającą euforyą). Przypadku tego Adelman nie mógł już, naturalnie, brać w rachubę (16% wyzdowień trwałych, bez nawrotów).

Z drugiej grupy przypadków (operowanie na dwóch i więcej posiedzeniach) prof. A. przytacza 5, uwieńczonych wynikiem pomyślnym niezłomie. 1) w r. 1837 Mussey usunął kostniak ramienia i łopatki; operowany żył jeszcze potem lat 30. Tu dalej zaliczyć wypadnie amputacje 2) Rigaud'a—1842 r. osteosarcoma (mięsak kostnawy), wyzdrowienie ciągnęło się przez trzy lata; 3) Conant'a—1842 r., rak barku i łopatki, nawrotu nie było w ciągu 20 lat po operacji. Dalej—przypadki 4) Busch'a 1861 r., osteosarcoma, z brakiem nawrotu w ciągu lat sześciu i drugi, wreszcie, 5) przyp. Rigaud'a (1869 r.)—osteoma z 6-letnim również wynikiem trwałym.

Co się tycze owych 15 przypadków amputacji międzyłopatkowo-piersiowej o rezultacie niepomyślnym, to w 7 tylko ten ostatni nastąpił wcześniej i zależnie bądź od operacji samej, bądź od zmian, wytworzonych w narządach innych; u 8 innych osobników, u których rana operacyjna zagoiła się doszczętnie, za przyczynę śmierci uważać należy sprawę nawrotową, resp. przerzuty w płucach, np. w kręgosłupie i t. p.

W każdym razie, operacja, w mowie będąca, niewątpliwie przedłużyła życie pacjentów na czas jakiś ($3\frac{1}{2}$ miesiąca minimum, w przyp. Obalińskiego, aż do lat 2-ch). Z liczby 9-ciu spostrzeżeń, zakończonych śmiercią po operacji dwukrotnej, w jednym z nich exitus letalis był nader wczesnym (wieczorem po operacji) skutkiem wyczerpania chorego, w 2-ch przypadkach śmierć zabrała chorych po upływie dni 7 i 18 (sprawy zakaźne). Do statystyki A. dodaje jeszcze jedną obserwację, ustnie zakomunikowaną mu przez d-ra C. Reichera z Petersburga. W tamtejszej lecznicy prywatnej operowano pewnego, 53-letniego, mężczyznę z przyczyny guza, który zwyrodniał nadbarcznie lewe od roku prawie. Po upływie 3-ch tygodni zaszczepiono, według metody Thiersch'a, na powierzchni przyrannej naskórek, zapożyczony od człowieka i żaby. Operowany wyzdrowiał; pomimo to, w rok niemal, otrzymano zejście niepomysłne dzięki przerzutom w płucach.

W ogłoszonej w roku 1898 pracy Berger'a znajdujemy również statystykę, która zawiera 46 przypadków doszczętniej amputacji doraźnej, oraz 23 przypadki wycięcia kości łopatkowej, dokonanego wtórnie, t. j. w czas jakiś już po wyłuszczeniu barku (*amputations pathologiques consécutives*). I z tych danych łatwo przekonać się, iż amputacja międzyłopatkowo-piersiowa, wykonana wcześniej i dokładnie, z uwzględnieniem drobiazgowym wymagań aseptyki, nie może być uważana za niebezpieczną, gdyż dwa razy tylko (przyp. Kennet'a 1867 r. i v. Bergmann'a 1889 r.) wynik zły odnieść wypadnie na rachunek operacji owej; w pozostałych 44 przypadkach osiągnano zawsze wyzdrowienie czasowe lub *à la longue*, choć nie raz wypadło walczyć z ciężkimi dla operowanego powikłaniami, jak np. ze wstrząsem pooperacyjnym, z wtórnem z tętnicy podobojczykowej krwawieniem (przyp. Chavassé'a), z ropieniem nader obfitem i t. p. Pierwotna ta amputacja, mówi Berger, jest mniej dla chorego niebezpieczną, niż wtórne wycięcie łopatki, podejmowane zazwyczaj w obec powstania nawrotu w jakiś czas po wyłuszczeniu barku. Opera-

cyą w dwa tempa daje wyższą odsetkę śmiertelności; z 23 tego rodzaju spostrzeżeń zauważono w 4-ch wynik zły, zależny od rękoczynu wyłącznie.

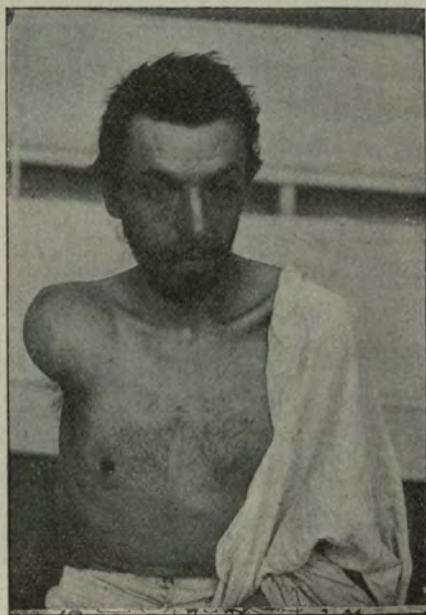
Jeżeli, oparci na tej ostatniej statystyce, zadamy sobie pytanie, która z obu metod zabezpieczy pewniej chorego od nawrotu, to i pod tym względem pierwsza z nich wykaże widoki lepsze. Mianowicie: w 13 przypadkach »amputacyi doraźnej« nie otrzymano dalszych wieści o losie operowanego, w 14 zauważono recydywę po upływie mniej lub więcej dłuższego czasu (najpóźniej po 15 miesiącach), w 17, wreszcie, otrzymano wyzdrowienie, stwierdzone powyżej lat dwóch (przypp. Roth'a, Houzel'a, Bergmann'a, Berger'a), które, słusznie poniekąd, uważać należy jako stałe, zatem 36% przypadków operacyjnych z wykluczeniem prawdopodobieństwa nawrotu. Porównywając wyniki te z następstwami metody w dwa tempa, widzimy, co następuje: z 23 operacyi takich otrzymano w 4-ch bezpośrednio wynik niepomyślny; w 6 przypadkach — niewiadomo, co stało się później, w 10 — nawroty zauważono po upływie 3 do 25 miesięcy. Pozostają 3 zatem przypadki o wyniku trwałym, t. j. 13% (36:13) — wynik odmienny od obliczeń Adelmanna, bo też uczony ten opierał się na spostrzeżeniach przeważnie dawniejszych. Stanowczo zatem porównanie wypada na niekorzyść operowania wtórnego, gdzie rokowanie jest gorszem, a recydywa — częstszą.

Spostrzeżenie własne.

Kończąc uwagi powyższe, mniemam, że nie będzie od rzeczy poświęcić słów kilka spostrzeżanemu przezemnie przypadkowi odnośnemu na klinice prof. Kuzniecowa w szpitalu św. Ducha. Na klinikę ową w styczniu r. 1903 zapisał się 30-letni Aleksy P. ze wsi Dołbniewicze, gm. Kozłowo, pow. Słonimskiego, g. Grodzieńskiej. Z wywiadów przekonałem się, że lat temu dwa blisko osobnik ów zauważył na powierzchni wewnętrznej i tylnej ramienia prawego, nieco poniżej pachy, wytworzenie się jakichś guzów. Te ostatnie stopniowo po-

większały się, nie miękły jednak i nie dawały ropienia. Guzy stworzyły zwolna bryłę jedną, dużą jak pięść, która, choć wymiarem swym znaczna, nie tamowała ruchów w stawie, wywołując jedynie bóle mocne. W Listopadzie 1901 r. w szpitalu wileńskim dokonano choremu wysokiej amputacji ramienia (na poziomie szyi chirurgicznej). Po operacji pozostała blizna, ciągnąca się na obwodzie widocznej dziś guzowatości. Rana zagoiła się prawidłowo i operowany osobnik wypisał się ze szpitala na pozór zdrowy zupełnie. W sierpniu r. z. guzowatość zaczęła jednak wyrastać w obrębie kikuta amputacyjnego; guz powiększa się coraz bardziej, ostatnio zaś powstały tamże nader przykre bóle promieniujące.

Podczas badania stwierdziłem, co następuje: chory wzrostu wysokiego, mocnej budowy ciała, z dość lichą podściółką tłuszczową, z umięśnieniem średnim. Na pierwszy rzut oka uderza brak prawej kończyny górnej, z której pozostała tylko główka ramieniowa. W miejscu ramienia prawego widzi-



my guz okrągły, duży jak głowa dziecka rocznego, o jednostajnej, dość zbitej spistości i powierzchni gładkiej. Na przedniej powierzchni nowotworu, w kierunku linii pionowej, przeprowadzonej od szczytu wyrostka barkowego (acromion) ku dołowi, przebiega blizna rysowa, zabarwiona nieco, dochodząca do dołu pachowego. Środek obojczyka, oś przeprowadzona odeń na dół ku klatce piersiowej, żebro czwarte tworzą dolną granicę guza; granica tylna przebiega w kierunku prostej,

idącej od środka osi łopatkowej (spina scapulae) ku dołowi pionowo. Górna granica guza tworzy linię, która łączy osę tę z częścią środkową obojczyka. Nowotwór okala całą tegoż połowę zewnętrzną oraz tęż połowę spinae scapulae. (Patrz dołączone do pracy zdjęcia fotograficzne), zwyrodnia część górną zewnętrznego brzegu łopatki, dół podgrzebieniowy (fossa infraspinata), sięgając na dół do połowy długości łopatki. Podczas skurczów m. kapturowego i podnoszenia nadbarcza ku górze guz porusza się w tymże kierunku in toto.



Guz pozostaje w ścisłym z łopatką związku i z obojczykiem, przyczem ruchy bierne łopatki udzielają się nowotworowi wyraźnie. Fossa supraspinata, odpowiednio do wewnętrznej swej części, nie jest przez guz zajęta, który nie przyrasta do górnych trzech żeber i przesuwają się z łatwością po nad niemi podczas posuwania ku górze łopatki prawej. M. serratus ant. nie jest w sprawę wciągnięty. Wy-

miary guza: obwód przez dół pachowy, największy, nie przewyższa 45 ctm., gdy takiż obwód zdrowego ramienia lewego równa się 36 ctm. Średnica guza poprzeczna 15 ctm., podłużna 11. Guz na dotyk jest niebolesnym, z wyjątkiem odcinka dolnego, na wysokości fossae axillaris, gdzie pacjent doznaje bólu mocnego, jeżeli uciśniemy kant sterczący, t. j. resztkę kości ramieniowej. Wrażliwym jest również na ucisk odcinek guza, dotykający środka zewnętrznego brzegu łopatki. Tętnienie art. axillaris wyczuwa się dobrze. Narządy wewnętrzne są zdrowe. Rozpoznałem arcoma periostale regeneratum.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

69. Federmann. **O zapaleniu wyrostka i o zachowaniu się białych ciałek krwi.** (Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chirur. Band 12. 3 — 4 Heft, 1903). Odczyn białych ciałek krwi w pierwszej linii, jak wiadomo, wyraża, że otrzewna jest zakażoną, a w drugiej linii wskazuje na zmiany, które zaszły w wyrostku. Mając to na uwadze, autor rozróżnia: po pierwsze zapalenie wyrostka bez udziału otrzewny albo zapalenie wyrostka z wylewem surowiczowo-włóknistym (Appendicitis simplex); po drugie, zapalenie wyrostka, połączone z umiejscowionem ropnem zapaleniem: a) zupełne umiejscowienie (Appendicitis perforativa), b) częściowe umiejscowienie (Peritonitis progressiva fibrinosa purulenta); c) zapalenie wyrostka z udziałem zapalenia ogólnego postępowego otrzewny (Appendicitis gangraenosa). Ostatni rodzaj zapalenia autor omawia szczegółowo pod względem anatomo--patologicznym i pod względem objawów, a przeważnie pod względem leukocytozy, która u każdego z tych rodzajów przedstawia się jako swoista krzywa i zależy od rodzaju zakażenia, od miejsca zakażonego i od ogólnego stanu zdrowia chorego. Osiągnął on następujące wyniki: Znacznie powiększona ilość białych ciałek krwi odróżnia początkujące zapalenie otrzewny od okluzyi kiszek nie skomplikowanej; ogromnie i bardzo wczesnie powiększona ilość białych ciałek krwi 40—50,000 zdaje się być swoistą dla ginekologicznego łagodnego zapalenia otrzewny. Podczas łagodnego przedziurawienia z prędkiem umiejscowieniem zmniejsza się powiększona ilość białych ciałek krwi znacznie już na trzeci dzień, jednocześnie zmniejsza się ciepłota i inne objawy, przy postępującem swobodnem zapaleniu otrzewny (peritonitis purulenta diffusa) ilość białych ciałek krwi też się zmniejsza, lecz inne objawy kliniczne stają się coraz cięższymi. Powiększona ilość białych ciałek powyżej 20,000 po czterech dniach i jednocześnie ciężkie objawy kliniczne przemawiają za niezupełnem umiejscowieniem ze skłonnością do dalszego rozwoju. Wszystkie te same objawy przy końcu pierwszego tygodnia albo później wskazują z pewnością na

mniej lub więcej umiejscowione sprawy. Powiększona ilość białych ciałek przedstawia sama przez się dobry znak, zmniejszona ilość lub brak białych ciałek, połączone z innymi ciężkimi objawami, przeciwnie, wskazują na ogólne zatrucie i dają złe rokowanie. Nawet i w tych przypadkach zabieg operacyjny jest wskazany.

W. Biehler.

70. Gibbons. **Niebezpieczeństwo, związane z postępowaniem wyczekującym w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Journ. of. the amer. med. assoc. 29, 1903). Dr. G. potępia ostro metodę zwlekania, przeczekiwania napadu pierwszego i operacji w wolnym od obostrzenia sprawy okresach czasu. Każde zaognienie sprawy zapalnej w wyrostku jest już samo przez się cierpieniem ciężkim z wybitnymi w wyrostku robaczkowym zmianami anatomicznymi. Opacznie też tłumaczymy sobie przykre objawy poprzedzające, które w rzeczywistości warunkują się istniejącymi już w narządzie tym zboczeniami od normy. To też już w pierwszym okresie napadowym proc. vermicularis bywa tak chorym, że o powrocie do stanu pierwotnego nie może być mowy, a zdrowiu właściciela wyrostek taki zagrażać może tylko. Należy więc osobnika takiego operować bezzwłocznie.

Dalej autor występuje w obronie poglądu, że wyrostek robaczkowy nie jest, bynajmniej, bezpożytecznym, zwyrodniałym przydatkiem, lecz posiada również własności wydzielnicze i utrzymuje śliskimi skłonne do stwardnień masy kałowe. Appendicitis powstaje nie skutkiem zaparć przewlekłych, lecz te ostatnie, właśnie są objawem, który zdradza wcześniej upośledzoną czynność, a więc chorobę wyrostka.

K. Niedzielski.

71. Ekehorn. **O zwykłych postaciach niedrożności jelit (ileus) z uwzględnieniem mechanizmu sprawy.** (v. Langenbeck's Archiv. Bnd. LXXI. Hft 2). Przypadki wytwarzania się węzła pomiędzy pętlami kiszek są dość rzadkie; zadzierzgnięcie powstaje najczęściej w kątnicy esowatej i dolnym odcinku jelita cienkiego. Warunkiem niezbędnym bywa tu wydatna długość zagięcia kiszkowego (flexura), spoczywającego na wąskiej a wysokiej krezce (mesosigmoideum); krezka кишки cienkiej musi być nadto tak długą, by dolna część tej ostatniej mogła skrzyżować się z kątnicą. W większości razy

długość jelita cienkiego, wzięta in toto, przewyższa normę, to też zdarza się nader często, iż najbardziej posunięta ku dołowi pętla кишки biodrowej spoczywa po za otrzewną. Gdy więc ostatni odcinek, skutkiem skrzywienia się kątnicy ku górze, ku jamie brzucha, zawiśnie ponad podstawą zagięcia, mamy już wówczas skrzyżowanie, niezbędne ku powstaniu węzła kiszkiowego pomiędzy dwiema pętlami. Zależne od stanu takiego wrota znajdują się wśród obu pętli kiszkiowych, krezek tychże i tylnej ściany brzucha.

Z powyższego ułożenia się stosunków najprostsza droga do węzła prowadzi w ten sposób, że kątnica, która, na skutek ciężaru własnego, opuszcza się do miednicy, przeciska się poza krzyżującym jelitem biodrowem przez wrota owe, wyłaniając się poniżej pętli na prawo od własnego odcinka stolcowego. W większości razy następuje teraz skręcenie w kierunku jednej lub drugiej strony dokoła osi krezki. Węzeł taki zrazu bywa dość luźny, niebawem jednak pętla niedrożna zaczyna pęcznieć, a im wzdęcie to wzmacnia się więcej, tem mocniej węzeł zaciska się.

Objawy niedrożności występują tu zwykle prędzej, niż w innych postaciach strangulacji. Wybuch cierpienia, zazwyczaj nader nagły, może mieć miejsce zarówno wśród zajęć dziennych, jak i spoczynku nocnego. Leczenie sprowadza się, rzecz prosta, do podjęcia laparotomii wczesnej i rozwikłania węzłów, lubo dotychczasowe, przynajmniej, wyniki nie są zbyt zachęcające.

K. Niedzielski.

72. Mc. Arthur. **Badanie krwi w obec zamierzonych zabiegów chirurgicznych.** (Annals of. surg. IX, 1903). Badanie krwi w przypadkach natury chirurgicznej skierowane być winno ku określeniu: a) zawartości hemoglobiny, oraz b) zmniejszeniu się lub c) powiększeniu ilości bezbarwnych kulek krwi. Zdaniem autorów niektórych, operacji nie należy dokonywać u osobnika takiego, który zdradza odsetkę hemoglobiny niższą od 30. Pogląd ten jednak dotyczyć musi tylko cierpień przewlekłych: rak żołądka, nowotwory maciczne i t. p. Zmniejszanie się białych ciałek krwi, stwierdzone w obec gorączki przepuszczającej, gruźlicy i duru, może być spożytkowane np. dla odróżnienia ostatniej tej sprawy od ropnia; nie samo jednak, lecz w związku z objawami klinicznymi, które przemawiałyby na korzyść istniejącego ropienia

wewnątrz. Nagły spadek ilości leukocytów po uprzednim przyroście tychże jest wymownym objawem pogorszenia się. Dr. A. uważa za błąd wielki pominięcie badań krwi w odpowiednich przypadkach chirurgicznych, za błąd równoznaczny nie zbadaniu moczu u chorych, którzy mają obrzęki.

K. Niedzielski.

73. J. L. Faure. **Rak w części piersiowej przelyku. Wyluszczenie nowotworu drogą śródpiersia tylnego.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXIX, p. 122). Autorowi przypadła w udziale zasługa usunięcia przez śródpiersie, po raz pierwszy na człowieku żywym, nowotworu złośliwego, który usadził się w odcinku piersiowym przelyku. Również Faure pierwszy zastosował tu pewne, niepraktykowane dotąd, szczegóły techniczne, jak 1) jednoczesna rezekcja żebra pierwszego, co umożliwiała wygodniejszą do kręgosłupa drogę, oraz 2) dodanie przedniego cięcia na szyi, celem obnażenia części przelyku górnej.

Przypadek dotyczył 52-let., dość zbiedzonego osobnika, któremu po dokonanej uprzednio, trzy tygodnie temu, gastrostomii, wypadło wykonać jeszcze częściowe wycięcie przelyku (oesophagectomia): po ułożeniu pacjenta na plecach poprowadzono długie na 10 ctm. cięcie podłużne na wysokości brzegu przedniego mięśnia zginacza głowy, odsunięto mięsień i naczynia większe na stronę, poczem pomiędzy mięśniem wspomnianym i łopatkognykowym odszukano tchawicę, oddzielono ją od przelyku, a ten ostatni od kręgosłupa. Z tyłu przelyku, na poziomie wejścia tego narządu do jamy piersiowej, przeprowadzono dwie podwiązki, aby zawiązać je w tym razie, gdy wyluszczenie raka wyda się możliwem. Na 2 ctm. poniżej nitek operujący wymacał palcem brzeg górny nowotworu. Po usunięciu zwyrodniałego na pozór jednego z gruczołów chłonnych okolicy nadobojczykowej wypełniono ranę szyi gazą, ułożono chorego na boku lewym dla poprowadzenia cięcia drugiego.

To ostatnie przebiegało pomiędzy brzegiem środkowym łopatki i linią wyrostka ciernistego, od dolnego końca łopatki do brzegu górnego mięśnia kapturowego aż do kości. Po oddzieleniu okostny z pierwszych sześciu żeber i wyrostków kręgowych poprzecznych, wycięto długie na 5 do 6 ctm. kawałki żeber, od drugiego do szóstego, oraz 2 ctm. kawałek

z pierwszego żebra. Zranienia opłucny nie dało się jednak uniknąć; stwierdzona, wszelako, odma piersiowa mało na razie zdradzała objawów. Gdy operujący przeciął żebro pierwsze, ramię chorego mocno opadło na zewnątrz i pomocnik musiał je podtrzymywać dobrze, by nie uległ rozerwaniu splot barokowy; w dalszym ciągu przecięto w poprzek naczynia i nerwy przestrzeni międzyżebrowych, oddzielono na tępo od kręgosłupa opłucną żeber i znów na pewnej przestrzeni rozdarło worek opłucnowy. Nowotwór, umiejscowiony po za dolnym odcinkiem tchawicy i rozwidleniem, zdawał się być dość łatwym do usunięcia; zawiązano tedy na węzeł owe dwie, nałożone uprzednio nitki, rozcięto między nimi przelyk żegadłem i, po wydobyciu na zewnątrz części przeistoczonej, dokonano rezekcji omawianego narządu.

Wycięty kawałek przelyku miał 11 ctm. długości. Z kolei rzeczy założono do śródpiersia dwa dreny, trzecie żebro przymocowano drutem srebrnym w miejscu właściwym do wyrostka poprzecznego, mięśnie i skórę zaszyto. Operacja trwała 1½ godziny, osobnik zmarł po upływie 18 godzin. W drugim takim przypadku d-ra F. operowany zmarł również wkrótce, a w obu razach przyczyny zejścia niepomyślnego szukać chyba wypadnie w wikłającej rękoczyn odmie piersiowej.

K. Niedzielski.

74. Dr. H. Wagner. **Leczenie ran skóry ziarninujących.** (Zentralbl. für Chirurgie. Nr. 50, 1903). Stoczony na początku siódmego lat dziesiątka w stuleciu ubiegłym spór naukowy (Krönlein contra Volkmann) co do metody »otwartego« ran leczenia, zakończył się, jak wiadomo, porażką stronników tejże; dziś do kwestyi, rozwiązanej na pozór, autor powraca na nowo, a omawiając ją z innego, niż chirurgicy lat dawnych, punktu widzenia, nadaje jej aktualność również nową.

Jeżeli mamy do czynienia z dużą powierzchnią przyrananą już ziarninującą, najwłaściwszem jest pokrycie tejże za pomocą szczepienia według sposobów Krause'go lub Thiersch'a. Idealny jednak rękoczyn ten zawodzi nieraz, to też nader często chirurg tegoczesny, zgodnie z przepisami dominującej obecnie techniki opatrunkowej, stosuje celem wcześniejszego osiągnięcia gojenia maść lapisową. Lecz sposób taki mało właśnie odpowiada celowi, jak poucza baczna przebiegu gojenia drogą tą obserwacya.

Po usunięciu z rany granulującej gazy z maścią, widzimy, co następuje: cała powierzchnia, poddana działaniu maści, jest wilgotną zależnie od wydzieliny przyrannej i sekrecyi gruczołów potowych; otrzymujemy wrażenie, tylko nie w znaczeniu ogólnem, jak gdyby członek dany lub część ustroju przebywały w łaźni, bo też i grubsza warstwa maści nie dopuszcza powietrza do rany zupełnie.

Na wolnym tej ostatniej brzegu spostrzegamy białawy, jakby napęczniały nabłonek, bynajmniej, do epidermizacji nie pomocny; przeciwnie, występuje tu nieraz zgorzel naskórka. W niektórych razach na powierzchni ziarninującej stwierdzić można wysepki naskórkowe—pozostałość zniszczonego nabłonka lub też wytwory nabłonkowe z gruczołików łojowych albo potowych. Gdy jednak ilość wydzieliny staje się bardzo znaczną, wysepki takie idą na marne, a i zgrubiały ów rąbek naskórka trzyma się bardzo lichy podłoża. Nie na tem kończy się tylko ujemne dla sprawy gojenia działanie ośrodowiska wilgotnego: ziarnina przerasta tu zwykle szlak nabłonkowy i mechanicznie wprost utrudnia jego nawarstwianie się; natomiast ułatwionym być musi w warunkach tego rodzaju rozwój drobnoustrojów, bo działanie wgląb dodanego do maści antyseptyku nie jest wielkie, a wilgoć i ciepło sprzyja mnożeniu się bakteryi wybitnie.

Jeżeli teraz ranę taką wystawimy na wpływ powietrza, na różnicę wyglądu nie poczeka się długo. Przedewszystkiem, maleje znacznie ilość wydzieliny; pod wysuszającym działaniem powietrza ziarnina ściąga się, a rana cała — kurczy, o ile tkanki okoliczne nie uległy zwyrodnieniu przez blizny. Powstawanie pokrywającej ranę błonki delikatnej również zauważa się wkrótce. Gdy zarodki są jeszcze czynnymi, pod błonką ową wytwarza się strup wtórny; niewątpliwie jednak suchość oddziaływa zgubnie na czynniki zakaźne i, jeżeli postępowanie powyższe trwa dalej, objawy retencyjne ustają niebawem, znika owo spęcznienie nabłonka, narasta wzamian rąbek przezroczysty. Tenże, zazwyczaj już z upływem godzin 12-tu, posuwa się widocznie dla oka, wciąż naprzód w kierunku dośrodkowym, przyczem wymiar rany zmniejsza się stale.

Na mocy przeprowadzonych w ciągu lat pięciu spostrzeżeń, dr. W. nakreśla odmienną całkiem metodę dogajania ran. Co rano należy zdjąć opatrunek, brzegi i części przyległe oczyścić starannie eterem, zważając pilnie, by chory ubranie

nie dotykał rany. Powietrze w pokoju, w którym procedura powyższa odbywa się, musi być suche; porą letnią trzyma się ozdowieńca z obnażoną powierzchnią ziarninującą w baraku. Widzimy wówczas, jak coraz mniejsze braki nabierają stopniowo postaci kolistej; jak wielkie szczyrby podłużne pokrywa żwawo narastająca jęczyczkowata błona, jak błony te, zlewając się wzajemnie, rozczłonkowują powierzchnię przyraną na kilka odcinków.

Na noc opatrunek nakłada się znowu i przysypuje powierzchnię przyraną jednym z proszków odkażających; zaciągnięcie naskórkiem, gdy tkanki okalające są zdrowe, następuje w ciągu dni 8 lub 10. W obec istniejących np. owrzodzeń podudzia sprawa posuwa się, naturalnie, wolniej, lecz i w tym razie stosujący metodę, opisaną powyżej, otrzyma w końcu wyniki zadowalniające. Niejednokrotnie autor goił dwie istniejące współrzędnie powierzchnie przyranne maścią lapi-sową i obnażaniem rany, a zawsze drugi ten sposób był więcej skutecznym.

Powstrzymując się na razie od uwag natury teoretycznej, dr. W. omawia jeszcze kwestyę przedostania się do ran nieprzykrytych infekcyi. Zabiegu omawianego, rzecz prosta, nie wykonywa się tam, gdzie obok leży chory z różą; niebezpieczeństwo wtargnięcia zarazków z powietrza nie jest tak wielkiem, jak sądzono dawniej, co udowodniły też ostatnie prace odnośnie Sestini'ego, Bergonzini'ego, Noetzel'a i innych. Sam, zresztą, autor nie stwierdził w licznych spostrzeżeniach swoich zakażenia tą drogą, ani razu.

K. Niedzielski.

II. Choroby uszu.

75. Hong. **Działanie anestetyzny w zapaleniach przewodu słuchowego zewnętrznego i przy przekłuciu błony bębenkowej.** (Archiv f. Ohrenheilk., T. LVIII, Czerwiec. 1905). Anestetyzna jest to proszek biały, bardzo delikatny, w wodzie prawie nie rozpuszczalny, natomiast — w alkoholu, eterze, olejach i tłuszczach.

Stosowana w postaci kropli do ucha, wpływa na zmniejszenie się najsilniejszych nawet bólów przy wrzodziankach

w przewodzie słuch. zewn. Działanie to występuje po 2—5 minutach i trwa zazwyczaj w przeciągu 2 godzin.

Przepisywać a. można w sposób następujący: 1) Anesthesini 1,0, Ol. Olivar. 5,0; 2) Anesthesini 4,0, Alcoholi, Glycerini ac. 25,0; 3) Anesthesini 5,0—10,0, Gelatin. 10,0, Glycerini neutr. 80,0 (w czopkach).

Na sam przebieg zapalenia a. nie wpływa, dlatego dobrze jest dołączyć jakikolwiek środek antyseptyczny: Phenoli 1,0, lub ac. salicylic., Anesthenini 2,0, Alcohol. Aq. destillat. ana 20,0, Glycerini 10,0.

W miejsce kw. karbolowego można wziąć 0,01 gr. ty-molu lub mentolu, co nadaje się bardzo dobrze przy ostrej i przewlekłej pryszczycy (eczema), jakoteż przy swędzeniu w przew. słuch. zewn. u osób nerwowych i artrytycznych. (Przeciw swędzeniu z doskonałym winikiem stosuje: Mentholi 0,10, ol. amygdal. dulc. 20,0.—Przyp. ref.).

Jako środek znieczulający, w najsilniejszym roztworze nawet, a. na błonę bębenkową nie działa, i dla tego, w razie potrzeby przekłucia błony, nie należy oczekiwać lepszych wyników, niż od kokainy, ortoformu i t. d. Wdmuchiwanie do nosa proszku czystej anestetyzny działa bardzo dobrze w choroby vasomotorica.

A. Heiman (syn).

76. Suckstorf. **Liczba białych ciałek krwi w przebiegu zapaleń ucha i przy powikłaniach wewnątrz-czaszkowych.** (Zeits. f. Ohrenheilk., Wrzesień, 1903). S. przeprowadził badania podobnie Curschmann'owi, który w 1901 r. ogłosił drukiem swe spostrzeżenia nad wartością dyagnostyczną liczby białych ciałek krwi, w przebiegu zapaleń ropnych ślepej kiszki. Według badań S., chorych podzielić należy na dwie grupy, stosownie do ich wieku, gdyż, jak wykazał Schwinge, normalnie liczba leukocytów jest większą u dzieci do lat 10, niż w wieku starszym i u osób dorosłych.

Spostrzegając pewną liczbę zapaleń ucha środkowego, autor skonstatował, iż w ostrych nieżytach i przewlekłych ropieniach — leukocytozy nie było, natomiast w ostrych ropieniach dało się zauważyć niewielkie powiększenie liczby białych ciałek krwi, co jednak nie upoważnia jeszcze do jakichkolwiek wniosków.

Gorączka wpływu nie wywierała na liczbę leukocytów, po ustąpieniu zaś zapalenia, zauważono zmniejszenie się ich liczby, aczkolwiek bardzo słabe.

W ostrych zapaleniach wyrostka sutkowego wzmagają się liczba biał. ciał. krwi, lecz także w niewielkim stopniu, przytem więcej u dzieci, niż u dorosłych. W zapaleniach wyrostka sutkowego z powikłaniami wewnątrzczaszkowymi otrzymano wyniki różnorodne, jako to: w jednym przypadku leukocytoza była bardzo wyraźna, w drugim zaś wcale nie.

S. jest zdania, że liczba obserwowanych przez niego przypadków jest zbyt mała, aby ztąd można było wyciągać jakie wnioski pozytywne, lecz kwestyą tą należy się zająć.

A. Heiman (syn).

77. Frey. **Środki znieczulające przy rękoczynach w uchu.** (International Centralblatt f. Ohrenheilk. T. I, Nr. 6, 1903). Przy znieczulaniu błony bębenkowej roztwory wodne 10%—20% kokainy, zastosowane najpierw przez Kirchner'a i Hedin'ger'a, dały wyniki nie bardzo pomyślne. Działanie kokainy występowało daleko silniej, gdy dołączono do jej roztworu mentol lub kwas karbolowy krystaliczny w częściach równych, co też znane jest pod nazwą »płynu znieczulającego Bonain'a«. Płyn ten posiada pewne własności drażniące, lecz, nie bacząc na to, cieszy się uznaniem, gdyż prawie zawsze wywołuje znieczulenie.

Następujące jeszcze płyny, w roztworze z kokainą, były stosowane przez: 1) Hang'a—Rp. Cocain. muriat. 1,5—3,0, Aq. destillat., Glycerini ana 10,0, Steril. adde alcohol. 10,0; 2) Hecht'a—Rp. Acid. phenyl. liq. 0,3, Spirit. vini 0,5, Cocain. muriat. Mentholi aä 1,0, 3) Gray'a—Rp. Cocain. muriatici. 5,0, Ol. anil., Spir. vin. dilut. aä. 15,0.

Chlorek etylu, tak bardzo chwalony przez Brieger'a, w praktyce zastosowania mieć nie może, gdyż często wywołuje sprawy zgorzelinowe.

Mc. Auliffe dla wywołania znieczulenia na błonie bębenkowej wprowadzał przez trąbkę Eustachiusza do jamy bębenkowej wodne roztwory kokainy.

Przy znieczulaniu jamy bębenkowej roztwór kokainy działa energiczniej i nawet należy w tych razach dać mu pierwszeństwo przed »płynem Bonain'a«, gdyż w niektórych przypadkach ten ostatni wywołuje często bardzo przykre miejscowe powikłania.

Zamiast kokainy stosowano z mniej lub więcej dobrym wynikiem tropokokainę i eukainę.

Nareszcie w ostatnich czasach poczęto łączyć kokainę z adrenaliną i na zasadzie wielu spostrzeżeń należy przypuszczać, iż tym sposobem uzyskano doskonały środek znieczulający. (Badania, przeprowadzone przezemnie, dały wynik ujemny, co też ogłosiłem drukiem w »Gaz. Lek.« w r. bieżącym. Jeszcze raz zwrócić muszę uwagę, że adrenalina w chorobach uszu jest środkiem bez wartości. Przyp. ref.).

Przy rękoczynach na wyrostku sutkowym znieczulenie za pomocą kokainy jest niewystarczające, chyba za wyjątkiem przypadków Alexander'a, który otrzymał zupełne znieczulenie, stosując, co prawda, sposób Schleich'a.

A. Heiman (syn).

78. Bloch. **Narkoza za pomocą skopolaminy w chirurgii chorób ucha.** (La Presse Oto-Laryngologique, Nr. 12. 1903). W praktyce psychiatrycznej skopolamina często jest stosowana, jako środek nasenny i uspokajający. Do narkozy zastosował ją pierwszy 3 lata temu Schneiderlin, później znów wypróbował ją Korff i otrzymał jaknajlepsze wyniki. Według Korffa, stosowanie chloroformu, eteru i t. d. staje się zbytecznym, ponieważ narkoza skopolaminowa wystarcza w zupełności, żadnych przypadłości nie zauważono, na organizm skopolamina działa bez szkody, Asystent, prowadzący narkozę, nie potrzebuje śledzić uspiętego i może zająć się czemś innym. Po operacji chory natychmiast może otrzymać posiłek, sen zaś trwa niekiedy przez parę godzin jeszcze po uspieniu.

Zachęcony wynikami, otrzymanymi przez Korff'a, B. zaczął także stosować narkozę za pomocą skopolaminy i używał mieszaniny, wskazanej przez tegoż: Scopolamini hydrochlorici 0,012. Morphii hydrochloric. 0,12, Aq. destillat. 10,0.

2 godziny przed operacją wstrzykiwano za pomocą strzykawki Prawatz'a 5 cent. sześć. pod skórę ramienia lub uda, po godzinie jeszcze 4 cent. sześć. i na tem uspienie kończono.

Oprócz działania nasennego, występowało jeszcze w bardzo wysokim stopniu rozszerzenie źrenic, co trwało zazwyczaj do dnia następnego po operacji. U niektórych osób występowało bardzo silne przekrwienie skóry na głowie, a podczas operacji dało się zauważyć silne krwawienie z okostny. Tętno było zazwyczaj przyśpieszone, liczba oddechów spadała do 8—9 na minutę. Uczucie silnego zasychania w ustach i gardle zniewalało chorych do ciągłego zaspokajania pragnienia. W za-

dnym przypadku sen nie był spokojny, jak przy stosowaniu chloroformu, przytem nigdy nie można było uzyskać bezbolesności na skórze przewodu słuchowego zewnętrznego.

Z tych i innych powodów B. zaczął łączyć tę narkozę z narkozą pod chloroformem. W tych razach okazało się, że po kilku wdechach chorzy zasypiali zupełnie, tak, że w żadnym przypadku nie użyto więcej, nad kilkanaście cent. sześć. chloroformu. Nigdy zaś przy tej skombinowanej narkozie nie wystąpiły wymioty, a chociaż zdarzali się chorzy z wadami serca, chronicznem zapaleniem nerek i gruźlicą płucną, żadnego wpływu szkodliwego na zdrowie tych osobników nie spostrzegano.

Ztąd B. wyciąga wnioski, że w przypadkach ostrych zapaleń wyrostka sutkowego narkoza skopolaminowa wystarcza w zupełności, w przypadkach zaś t. zw. »operacyi doszczętej« należy stosować także i chloroform, lecz tutaj wystarczają dawki tak małe, że wszelkie niebezpieczeństwo jest wykluczone.

A. Heiman (syn).

79. J. Babiński. **Leczenie cierpień ucha za pomocą przekłucia łądźwiowego.** (Z Tow. Lekarzy Szpitalnych m. Paryża, 1903). W kilku przypadkach głuchoty, połączonej z szumami usznymi i zawrotami głowy, B. spostrzegł po jednokrotnem już przekłuciu łądźwiowem i wypuszczeniu około 6—8 ccm. płynu rdzeniowego polepszenie słuchu i ustąpienie zupełne szumu. Głuchota trwała niekiedy lat kilka, a pomimo to, przekłucie łądźwiowe wpływało na znaczną poprawę słuchu, w niektórych tylko przypadkach poprawy nie udało się uzyskać. B. jednakże sądzi, iż rękoczyn ten wykonywać należy stale u osób z przewlekłym cierpieniem uszu.

A. Heiman (syn).

(Na zasadzie tych spostrzeżeń B. przypuszczać należałoby wzmoczenie ciśnienia we wszystkich przypadkach chorób ucha, co jest rzeczą bardzo wątpliwą, a ztąd zdawać by się mogło, iż wyniki, osiągnięte przez B., znajdują się w sprzeczności z rzeczywistością. Lecz faktów, rozumie się, przesądzać nie należy, jedynie dodać trzeba, że przekłucie łądźwiowe nie jest znów tak niewinnym rękoczynem, aby nim szafować można. Przyp. ref.).

III. WIADOMOSCI TERAPEUTYCZNE.

80. Rosenbaum. **O leczeniu róży metakrezolantolem.** (Centralbr. f. Bacteriol., 1903). Autor stosował metakrezolantol w 3% roztworze; roztworem tym przy pomocy grubego pędzla z włosia smarował chorą powierzchnię, oraz około 5 cm. zdrowej skóry na obwodzie. Pędzlowanie szło w kierunku chorego miejsca od zdrowego co 2 godziny przez 10 minut. Żadnego ubocznego działania ani na skórę, ani na narządy wewnętrzne nie spostrzegano. Z 59 przypadków róży, leczonych tym środkiem, w 28 było niewątpliwe polepszenie.

H. Kucharzewski.

IV. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 18-go Maja 1903 r.

1. Chodźko przedstawił 2 przypadki **stwardnienia rozsianego** (Sclerosis „en plaques“).

I. Chora F. Z., lat 26, niezamężna włościanka, przybyła na oddział Ch. w szpitalu św. Wincentego w Lublinie po raz pierwszy dnia 15 grudnia 1902.

Wywiady: Matka chorej zmarła po porodzie; ojciec żyje dotychczas, dużo pije; z siedmiorga rodzeństwa — sześcioro umarło, żyje dotychczas jedna siostra, która jest zdrową. Chora ma dziecko nieślubne, urodzone przed 3-ma laty. Choroba terazniejsza zaczęła się przed 3-ma laty bólami w prawem kolanie, które wystąpiły nagle; bóle te trwały rok cały, przez ten czas chora mogła jednak chodzić. Trzy tygodnie temu chora zaczęła uczuwać cierpienie i mrowienie w prawej ręce, od kwietnia 1902 r. zauważyła pewną trudność wymowy.

Uskarża się na znaczne osłabienie ogólne.

Status: (15 grudnia 1902 r.). Chora wzrostu niskiego, budowy niezłej, odżywienia umiarkowanego. Błony śluzowe zabarwione prawidłowo. Narządy wewnętrzne bez zmian widocznych. Tętno 68 prawidłowe dobrego napełnienia. Żrenice oddziałują na światło — przy badaniu wziernikiem (Dr. Zajdenman) lekki zanik skroniowych części obu tarcz ocznych („Temporale Abblassung“). Wy-

mowa niewyraźna z odcieniem nosowym; płacz i śmiech przymusowy. Siła mięśniowa i czucie bez zmian widocznych. Odruchy kolanowe znacznie wzmożone; lekkie drganie stopy z lewej strony. Umiarkowany Romberg — przy chodzeniu niezborność typu mózdkowego („titubation cerebelleuse“). Po parumiesięcznym pobycie w szpitalu chora wypisała się z pewnem pogorszeniem wymowy.

Taż chora przybyła na oddział powtórnie d. 6 maja 1903 r., uskarżając się na bóle w krzyżu, cierpięcie prawej ręki, ciężar nóg, szczególniej prawej i drżenie w nogach, trućność wymowy.

Badanie przedmiotowe: W narządach wewnętrznych zmian widocznych niema. Tętno 136, prawidłowe, łatwo uciskalne. Wyraz twarzy chorej tępy, oczy ruchliwe, niespokojne, błyszczące; prawie stale podczas rozmowy chora śmieje się — śmiech ten ma charakter urywany, spazmatyczny, bardzo często przechodzi w płacz — i śmiech i płacz ten nie jest dostatecznie umotywowany i chora zapanować nad nim nie może. Wymowa utrudniona, wyraźnie skandowana — zwykle ostatnia sylaba każdego wyrazu jest mniej wyraźną, niż pierwsze sylaby. Żrenice jednakowe, oddziałują na światło. Nyctagmus rotatorius et oscillatorius przy ruchach gałek we wszystkich kierunkach. Chora opowiada, że, kiedy czyta książkę, przed oczyma jej przesuują się krążki, zabarwione żółto, niebiesko i zielono. Krążki owe przesuują się jedynie w kierunkach bocznych: naprawo i nalewo. Drżenie włókienkowate w m. orbicularis oculorum et oris. Język czysty, drga włókienkowato. Kończyny górne: siła mięśniowa w prawej ręce znacznie mniejsza, niż w lewej — dynamometr Collin'a wykazuje: ręka prawa — 20,15; ręka lewa — 55,45. Największe osłabienie znajdujemy w palcach prawej ręki — podczas, gdy zginanie palców może być wykonanem dobrze, ruchy wyprostne palców są bardzo utrudnione i, pomimo wszelkich usiłowań chorej, 2-gi, 3-ci i 4-ty palec ręki prawej pozostaje stale w położeniu półzgięcia; najtrudniej jest prostować dla chorej 3-ci palec. Wyraźny zanik drobnych mięśni dłoni prawej. Napięcie mięśni prawej ręki wzmożone, w lewej nie zmienione; odruchy z kończyn górnych wzmożone. Drżenia rąk niema. Ruchy czynne ręki prawej wykonywane są bardzo niezgrabnie; w obu rękach drżenie zamiarowe. Kończyny dolne: siła mięśniowa nogi prawej znacznie mniejsza, niż lewej. Zaników mięśniowych niema. Napięcie mięśni nogi prawej większe, niż lewej. Ruchy czynne obu nóg zachowane. Odruchy kolanowe znacznie wzmożone w obu nogach. Odruchy podeszwowe: z prawej strony wyraźny (Babiński), z lewej strony odruch niewyraźny (lekko zaznaczony Babiński). Drgania stopowego

niema. Odruchy brzuszne zachowane. Przy staniu z zamkniętymi oczyma — lekkie chwanie. Chód — spastyczno-mózdkowy; chora uskarża się przy chodzeniu na uczucie ciężaru w nogach, szczególnie w prawej: przy chodzeniu występuje bardzo wyraźnie drżenie głowy. Czucie bólowe, dotykowe i ciepłikowe cokolwiek słabiej zaznaczone w prawej połowie ciała (Hemihyphaesthesia dextra). Cech histerycznych wykryć nie można. Inteligencya chorej jest niewątpliwie osłabioną.

Leczenie polegało na podawaniu jodku potasu; kąpeli ciepłych chora nie mogła znoś, gdyż już podczas pierwszej uległa tak silnemu uderzeniu do głowy, że trzeba ją było jaknajprędzej wyjąć z wanny. Próba podawania bromku hyoscyny wywołała pewne pogorszenie przedmiotowe.

II. Chora D. B., lat 20, niezamężna włościanką, przybyła na oddział dnia 27 kwietnia 1903 r.

Wywiady: Rodzice i sześcioro rodzeństwa żywi i zdrowi, pięcioro starszego rodzeństwa zmarło; sześć lat temu chora nie mogła chodzić — leczyła się w Busku kąpielami i jodem, poczem znacznie się poprawiła. Choroba terazniejsza zaczęła się na 2 tygodnie przed Wielkanocą r. b. bólem głowy, zawrotami, wymiotami; wymioty trwały przez tydzień po przybyciu do szpitala; chodziła z trudnością; łaknienia nie było; peryody zatrzymały się.

Badanie przedmiotowe wykazało: Chora wzrostu niskiego, budowy dobrej, odżywienia miernego; błony śluzowe zabarwione prawidłowo. Tętno serca czyste. Tętno 92, prawidłowe; inne narządy wewnętrzne bez zboczeń widocznych. Wyraz twarzy tępy, źrenice równe, oddziałują na światło i akomodację; nystagmus oscillatorius przy skierowaniu gałek naprawo; zanik skroniowy części tarczy nerwu wzrokowego prawego („temporale Abblassung“); chora uskarża się też, że prawem okiem nie rozróżnia dokładnie przedmiotów, znajdujących się w prawej połowie pola widzenia tegoż oka; lewym okiem widzi zupełnie dobrze; chora opowiada, że podczas leczenia w Busku również widziała źle. Drganie włókienkowate m. orbicular. oculor. et oris. Język czysty, drga włókienkowato. Wymowa nosowa jednostajna. Kończyny górne: siła mięśniowa zachowana — dynamometr Collin'owski podaje: ręka prawa 65, ręka lewa 50; zaników mięśniowych niema; ruchy czynne obu rąk — prawidłowe; napięcie mięśni nie wzmożone; odruchy z kończyn górnych nie zaznaczone. Drżenie zamiarowe występuje silniej w ręce prawej, niż w lewej. Kończyny dolne: siła mięśniowa obu kończyn dolnych wybitnie zmniejszona; zaników mięśniowych

niema; napięcie mięśni nie wzmożone; odruchy kolanowe zachowane; drgania stopowego niema; odruchy podeszwowe: obustronny Babiński, (Paraparesis inferior). Odruchów brzusznych wywołać niepodobna. Przy staniu z zamkniętymi oczyma chora silnie się chwieje. Chód niepewny, zbliżony do mózdkowego. Wszelkie rodzaje czucia bez zmian widocznych. Cech histerycznych wykryć nie można.

Przebieg: Po ustaniu wymiotów chora długo uskarżała się jeszcze na zawroty głowy tak silne, że nie mogła wstawać z łóżka. Stopniowo objaw ten zaczął ustępować i pozostało jedynie pewne osłabienie nóg; drżenie zamiarowe również znacznie osłabło.

Leczenie: Podawanego z początku jodku potasu chora znosić nie mogła, nawet już po ustaniu wymiotów; przeważnie przyjmowała Natr. Salicyl. w dawkach zwykłych i brała kąpiele słone, które znosiła bardzo dobrze.

Oba powyżej opisane przypadki stwardnienia rozsianego nie mogą być zaliczone do zupełnie typowych: w obu przypadkach występują objawy niezborności przy staniu z zamkniętymi oczyma; w pierwszym przypadku mamy rzadki objaw wyraźnego zaniku mięśni dłoni prawej, połowiczne osłabienie siły mięśniowej (postać hemiparetyczna stwardnienia rozsianego) i połowiczne osłabienie czucia; w drugim przypadku niezwykle jest przebieg cierpienia, wskazujący na możliwość kilkuletniej nawet remisji w stwardnieniu rozsianem; nieczęsto też spotyka się, aby i samo cierpienie to i jego recydywa rozpoczynały się wśród objawów ostrych (w danym razie wymioty i zawroty głowy).

2. Chodźko przedstawił jeszcze jeden przypadek **drżączki porażennej** (Paralysis agitans).

Chora T. Cz., lat 80, przybyła na oddział Ch. w szpitalu św. Wincentego 30 kwietnia 1903 r.

Wywiady: O rodzicach swoich i rodzinie chora nie może udzielić żadnych szczegółów; przed chorobą terażniejszą podobno nigdy nie chorowała; zamężna dwukrotnie, miała 3 dzieci, z których dwoje żyje; poronień nie było. Drżenie, któremu podlega w tej chwili, trwa już podobno 5—6 lat; w jakich okolicznościach choroba rozpoczęła się, nie może wskazać — mówi jedynie, że drżenie zjawiało się z początku w obu rękach odrazu, a później rozszerzyło się na nogi.

Uskarża się na bóle w rękach i nogach i na kaszel.

Badanie przedmiotowe: chora wzrostu średniego, budowy miernej, lichego odżywiania: błony śluzowe w stanie lekkiej sinicy. To-

ny serca czyste, tętno 104, miękkie, prawidłowe. Płuca: pudełkowy ton opukowy, przy wysłuchiwaniu wielka ilość rzężeń suchych, kaszel. W innych narządach wewnętrznych zmian wybitnych nie znaleziono. Ruchy głowy czynne i bierne — ograniczone w skutek sztywności mięśni szyjnych; bardzo lekkie drżenie głowy; bardzo wyraźne stałe drżenie dolnej szczęki, rytmicznie się powtarzające (od 9 — 12 drgań w 5 sekund). Twarz bez wyrazu, nieruchoma, oczy żywe. Żrenice równe, oddziałują na światło. Język drży en masse, zlekka zbacza naprawo. Tułów zgięty i pochylony ku przodowi. Kończyny górne: obie kończyny zgięte w stawie łokciowym i przysunięte — do bocznych powierzchni tułowia — z trudnością udaje się je wyprostować, i chora uskarża się wtedy na silny ból. Siła mięśniowa obu rąk — wybitnie zmniejszona. Ruchy czynne są zachowane, ale nadzwyczaj ograniczone. Przy ruchach biernych napotykaemy wszędzie na znaczny opór wskutek sztywności mięśni (rigiditas). Znaczny zanik mięśni, a w szczególności drobnych mięśni obu dłoni. Z odruchów można wywołać jedynie odruch łokciowy ręki lewej. Palce obu rąk, oprócz wielkiego, znajdują się w stanie przykurczenia zgiętego, a mianowicie są zgięte w stawie napięstkowo-członkowym i pierwszym międzyczłonkowym; w drugim stawie międzyczłonkowym palce są wyprostowane; w tej pozycji wszystkie palce są ze sobą zsunięte i przyciśnięte do wewnętrznej powierzchni dłoni: najsilniej przyciśniętym jest do dłoni mały palec, najmniej — wskazujący. Wielki palec jest lekko zgiętym w stawie międzyczłonkowym i przyciśniętym do powierzchni bocznej wskazującego swoim brzoścem. Drżenie, które występuje w obu rękach, odbywa się nie tylko w stawach samych palców, ale i w stawie przegubowym, a nawet czasami rozszerza się na staw łokciowy i ramieniowy; drżenie to jest stałym; przy wysiłkach fizycznych znacznie się potęguje, szybkość jego może się zmniejszać, albo powiększać, daje od 15 — 18 wahań w ciągu 5 sekund; wielki palec nieustannie przesuwają się po bocznej powierzchni wskazującego, wykonywując ruch nawlekania nici. W lewej ręce drżenie występuje daleko wyraźniej, niż w prawej. Kończyny dolne: obie kończyny dolne znajdują się w stanie przykurczenia zgiętego w stawach kolanowych i miednicowych; ruchy czynne są bardzo ograniczone, ruchy bierne prawie niemożliwe wskutek bardzo wybitnej sztywności mięśni (rigiditas). Zanik mięśni nie tak wyraźny, jak w rękach. Odruchów kolanowych nie udaje się wywołać. Odruchy podszwowe — nieokreślone. Palce nogi lewej są stale przykurczone i mianowicie zgięte w stawach międzyczłonkowych, oraz do-

sunięte jeden do drugiego. W palcach obu nóg, ale szczególnie lewej, występuje bardzo wyraźne drżenie takiegoż charakteru, jak w kończynach górnych; drżenie to rozszerza się i na staw skokowy. Skóra na powierzchni grzbietowej stóp jest suchą, lśniąca, zanikową; na gołeniach złuszcza się drobno, na podszewkach wielkimi płatami. Stać, ani chodzić chora zupełnie nie może wskutek przykurczeń i sztywności kończyn dolnych. Czucie bólowe i dotykowe zachowuje się prawidłowo. Pod względem umysłowym u chorej zauważyć można: osłabienie znaczne pamięci, nastrój przygnębiony, ciągły niepokój, uwidoczniający się w bardzo częstych żądaniach zmiany pozycyi.

Przebieg i leczenie: od pierwszych dni pobytu swojego w szpitalu chora otrzymywała hyoscynę według formuły: Hyoscini hydrobr. 0.008 — Aq. Chloroform. 200.0 M.D.S. 2 łyżeczki na dzień; wskutek omyłki, popełnionej przy podawaniu tego leku (mianowicie podano zamiast łyżeczkę — 3 łyżki stołowe), pewnego dnia wystąpiły u chorej objawy zatrucia: silne rozszerzenie źrenic, suchość języka i dziąseł, utrata mowy dowolnej przy zachowanej przytomności i zdolności rozumienia wyrazów słyszanych, wreszcie *całkowite ustanie drżenia*, trwające dobie; po odstawieniu leku chora szybko powróciła do dawnego stanu i późniejsze podawanie hyoscyny wywierało na przebieg choroby wpływ nieznaczny. Przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedma płuc, występujące u chorej, były leczone środkami zwykłymi. *(Streszczenie własne).*

3. A. Majewski przedstawił chorego, u którego z powodu rozszerzenia żył sznurka nasiennego (**varicocoele**) zrobił **wycięcie moszny** (resectio scroti).

Jan W., lat 28, czeladnik w młynie parowym, od 4 miesięcy doświadczał bólów w lewym sznurku nasiennym, bóle te promieniowały do krzyża i do członka; przy chodzeniu lub staniu zwiększały się. Przed miesiącem po skoku z dość znacznej wysokości bóle się nagle znacznie zwiększyły; chory poczuł zgrubienie sznurka. Badanie wykazało wydłużenie lewej strony moszny; przy jądrze — podłużny miękki guz, z rozszerzonych pokurczonych żylnych splotów złożony.

Zabieg polegał na tem, że po energicznem odsunięciu jąder ku kanałom pachwinowym, M. wyciął całą wolną część moszny ($\frac{3}{4}$ moszny), poczem, przewiązawszy jeszcze katgutem największe żyły, zeszył skórę moszny kilkoma pojedynczymi szwami materacowymi z crin de Florence i ponad nimi ciągłym szwem katgutowym. Rychłozrost bez odczynu miejscowego.

4. Tenże pokazał preparat guza jajnika (torbieli) wyluszczonego przed 2-ma dniami.

5. Radomyski odczytał sprawozdanie z działalności pracowni miejskiej chemiczno-bakteryologicznej w roku 1902. W ciągu 1902 r. w Laboratorium Hygienicznym miejskim dokonano 453 rozmaitych analiz, a mianowicie:

170 chemiczno-mikroskopowych i bakteryologicznych analiz moczu, płwocin, kału, nasienia, żeńskiego pokarmu i patologicznych wysięków.

46 chemicznych i bakteryologicznych analiz wody do picia, chemicznych analiz przedmiotów technicznych i domowego użytku. (W 12 przypadkach woda okazała się niezdatną do picia).

181 analiz produktów spożywczych, a mianowicie: mąki, masła, mleka, śmietany, lodów, gazowych i owocowych wód. (W 71 przypadkach znaleziono zafałszowania).

56 sądowych analiz, a mianowicie: 49 chemicznych (w 16 przypadkach znaleziono trucizny) i 7 chemiczno-mikroskopowych (w 6 przypadkach znaleziono krew).

6. Jednogłośnie wybrano kolegę Stanisława Korczaka na członka czynnego Towarzystwa.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

REGULAMIN

Towarzystwa Lekarskiego gubernii Lubelskiej,

zatwierdzony przez ogólne zebranie w d. 4 Maja 1903 r.

DZIAŁ PIERWSZY.

Władze i organy Towarzystwa.

1. Zebrania ogólne.

- § 1. Posiedzenia Towarzystwa odbywają się 2 razy na miesiąc 4-go i 18-go każdego miesiąca. W razie świąt, posiedzenia odkładają się na dzień następny.
- § 2. Corocznie w dniu 4 Lipca odbywa się doroczne zebranie, na którym, oprócz wyborów i ogólnego sprawozdania, wyznacza się budżet podług projektu, wypracowanego na posiedzeniu Zarządu.
- § 3. Przerwa wakacyjna zebrań ustanawia się corocznie za pomocą uchwały w dniu 4 Lipca.

- § 4. Sprawy administracyjne Towarzystwa załatwiają się przeważnie na posiedzeniach w dniu 18-ym, w razie braku tychże posiedzenie 18-go staje się naukowem.
- § 5. Posiedzenie każde zaczyna się punktualnie o godzinie 6-iej bez względu na ilość obecnych, jeżeli Prezes innej godziny z powodów szczególnych w danym wypadku nie wyznaczy

2. Zebrania Zarządu.

- § 6. Do składu Zarządu należą: Prezes, Wiceprezes, kasyer, sekretarz, bibliotekarz, jak również pomocnicy sekretarza i bibliotekarzy, (ci ostatni z głosem doradczym).
- § 7. Regularnie co 3 miesiące, nadto zawsze w razie potrzeby, Prezes naznacza za pomocą kurendy dzień i miejsce dla zebrania Zarządu Towarzystwa.
- § 8. Dla powzięcia uchwał konieczną jest obecność przynajmniej 2 członków Zarządu z prezesem lub wiceprezesem na czele.
- § 9. Czynności tych zebrań są następujące:
- a) Układanie budżetu i bilansu Towarzystwa.
 - b) Decydowanie co do wydatków, objętych budżetem.
 - c) Decydowanie co do wysyłania wezwań o zaległości.
- Uwaga:* Członek czynny, nie uiszczający przez 2 lata opłaty składkowej, może być przez Towarzystwo wykluczonym z listy członków. Zanim jednak to nastąpi, winien być przez Zarząd 2 razy wezwany o zapłacenie zaległości i nie prędzej, niż w miesiąc po drugim wezwaniu, z decyzji zarządu może być z listy członków wykluczony, o czym piśmiennie zawiadomić go należy. W wyjątkowych okolicznościach prezes mocen jest zaproponować czasowe lub zupełne uwolnienie którego z członków od składek, co większością głosów na posiedzeniu administracyjnem Zarządu rozstrzygane będzie. W sprawozdaniu kasowem nazwisko zwolnionego od opłaty członka nie wymienia się.
- d) załatwianie korespondencji i telegramów, o ile szczególna ważność tychże nie wymaga zwoływania nadzwyczajnego zebrania.
 - e) Sprawdzanie w ciągu roku czynności pojedynczych urzędników i decyzje administracyjne w ich dziale zachodząc mogące.
 - f) Układanie ogólnego sprawozdania rocznego.
 - g) Czuwanie nad archiwum Towarzystwa.
 - h) Proponowanie tematów naukowych członkom Towarzystwa.
- § 10. W sprawozdaniu rocznem mają się znajdować następujące dane:
- a) Lista urzędników i komisji Towarzystwa.
 - b) Lista członków honorowych, rzeczywistych i korespondentów.
 - c) Spis członków, którzy w roku sprawozdawczym przybyli i ubyli.
 - d) Wykaz posiedzeń stałych za rok ubiegły.
 - e) Dosłowny wypis z księgi uchwał wszelkich postanowień Towarzystwa.

- f) Sprawozdanie z obrotu funduszków Towarzystwa.
- g) Bilans.
- h) Wspomnienie pośmiertne o członkach w roku ubiegłym umarłych.
- i) Protokoły komisji rewizyjnej.
- k) Uwagi w przedmiocie wykonania budżetu.
- l) Sprawozdanie szczegółowe z czynności naukowych Towarz.
- m) Sprawozdanie o stanie biblioteki i czytelnii.
- n) Sprawozdanie komisji bibliotecznej o dokonaniu rewizji biblioteki.

3. Członkowie Zarządu.

- § 11. Prezes przewodniczy na posiedzeniach ogólnych i posiedzeniach Zarządu, reprezentuje na zewnątrz Towarzystwo, podpisuje wszelkie korespondencje, asygnuje wszelkie wydatki, odbiera wszelkie przynależności i wpływy na rzecz Towarzystwa i z odbioru kwituje.
- § 12. Wiceprezes zastępuje prezesa w razie nieobecności lub choroby z wszelkimi jego prawami, nadto przewodniczy we wszystkich stałych lub czasowych komisjach (oprócz komisji rewizyjnej).
- § 13. Sekretarz prowadzi i odczytuje protokoły, układa porządek dzienny zebrań, przygotowuje korespondencje na posiedzenia— prowadzi książkę protokółów i książkę uchwał i przygotowuje materiał do druku.
- § 14. Kasyer inkasuje pieniądze za kwitami z kwitariusza i wypłaca za asygnacjami, podpisanymi przez prezesa. Kasyer prowadzi książki buchalteryjne Towarzystwa i składa listę zaległości, bilans i budżet Towarzystwa. Kasyer ma obowiązek przedstawić te dane na posiedzeniu Zarządu, a Zarząd formuje dopiero wnioski na ogólne zebranie.
- § 15. Bibliotekarz jest gospodarzem biblioteki i lokalu Towarzystwa, należy do komisji bibliotecznej z urzędu, przestrzega wykonania regulaminu bibliotecznego i czytelnianego i zdaje sprawozdanie o stanie biblioteki na posiedzeniach Zarządu i na ogólnym rocznym posiedzeniu 4 Lipca.
- § 16. Sekretarz i bibliotekarz mają prawo, za zgodą Zarządu, dobrać sobie z członków Towarzystwa pomocników. Pomocnicy ci zasiadają na posiedzeniach zarządu z głosem doradczym.

4. Komisje.

- § 17. *Komisja rewizyjna* składa się z 3 członków czynnych Towarzystwa, nie należących do składu zarządu i komisji bibliotecznej, wybieranych na rocznym posiedzeniu na lat 3. Corocznie jeden z nich ustępuje; z początku za pomocą balotowania, a w następstwie kolejną starszeństwa.
- § 18. Przynajmniej raz do roku, a nadto ile razy zechce, komisja obowiązana jest dopełnić rewizji rachunkowości i funduszków Towarzystwa.

- § 19. Przy każdej rewizji kasyer obowiązany jest złożyć komisji cały zasób gotówki, dowody depozytowe, papiery procentowe i przedstawić książki rachunkowe buchalteryjne wraz z kwitaryuszami.
- § 20. Raport z dokonanej rewizji składa komisya na piśmie prezesowi przynajmniej na tydzień przed odczytaniem go w Towarzystwie.
- § 21. *Komisya biblioteczna* składa się z wiceprezesa jako przewodniczącego, bibliotekarza jako sekretarza i 3 członków z wyboru na lat 3, z których co rok jeden ustępuje (według porządku, spisane go w § 17).
- § 22. Do prawomocności uchwał wymaga się obecność 3 członków komisji bibliotecznej.
- § 23. Czynności komisji bibliotecznej są następujące:
- a) decydowanie w ostatecznej instancyi co do zakupu nowych książek i prenumeraty pism w granicach objętych budżetem Towarzystwa.
 - b) kontrolowanie przynajmniej raz do roku (bez udziału bibliotekarza, ale w jego obecności) stanu księgozbioru i katalogów;
 - c) wypracowanie sprawozdania na walne zebranie w dniu 4 Lipca i protokołu rewizji bibliotecznej;
 - d) komisya biblioteczna obowiązana jest do zbierania się przynajmniej 3 razy do roku, nadto zawsze na wezwanie przewodniczącego.
- § 24. *Komisje czasowe* winny mieć ściśle określone zadanie i przekraczać jego zakresu nie mogą; składają się przynajmniej z 3 członków i wiceprezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego.
- § 25. Członków komisji czasowych proponuje Prezes, a wybiera zebranie Towarzystwa za pomocą głosowania.
- § 26. Prezes oznacza termin ukończenia prac komisji. W razie przekroczenia terminu prezes mocen jest wyznaczyć nowy wybór komisji.
- § 27. Prezes ma być zawiadamiany o każdym posiedzeniu każdej komisji i może asystować wszelkim obradom z głosem doradczym. Każdej komisji wolno jest przybierać biegłych z głosem doradczym bądź z pośród członków Towarzystwa, bądź nawet osób po za jego obrębem stojących.

5. Członkowie czynni.

- § 28. Członkowie czynni płacą roczną składkę w ilości rb. 10 półrocznymi ratami, i wpisowe w ilości rb. 5.
- § 29. Pragnący zostać członkiem, winien przedstawić curriculum vitae, pracę naukową lekarską, dysertację doktorską lub też już drukowaną pracę; winien zamieszkiwać przynajmniej rok jeden w Lublinie lub gubernii Lubelskiej.
- § 30. Nowowstępującemu członkowi przewodniczący wręcza dyplom, egzemplarz ustawy i katalogu biblioteki, nadto oddaje do przejrzania książkę uchwał na przeciąg 7-dniowy dla obeznania się z regulaminem i postanowieniami Towarzystwa.

- § 31. Podawanie przez członków Towarzystwa wiadomości do jakichkolwiek pism o sprawach administracyjnych Towarzystwa, bez zezwolenia Prezesa, jest stanowczo wzbronione. Wiadomości naukowe mogą być zamieszczane jedynie w pismach lekarskich.
- § 32. Na posiedzenia naukowe członkowie mają prawo wprowadzać gości, obowiązani są jednakże przedstawić ich prezesowi, który, w myśl § 25 Ustawy, przedstawia ich Towarzystwu.

DZIAŁ DRUGI.

Porządek posiedzeń.

1. Porządek dzienny.

- § 33. Na posiedzeniach Towarzystwa mogą podlegać obradom tylko przedmioty, objęte porządkiem dziennym.
- § 34. Porządek dzienny układa Sekretarz Towarzystwa z tematów, podanych przez Zarząd lub członków na 4 dni przed każdym posiedzeniem i rozsyła go za pomocą kurendy wszystkim członkom.
- § 35. Prezes ma prawo dopuścić do przedstawienia chorych po za porządkiem dziennym, ale pod warunkiem, aby objaśnienia ustne przedstawiającego trwały nie dłużej nad 10 minut. Dyskusya w tych wypadkach dopuszcza się li tylko za wyraźną zgodą obecnych, osiągniętą przez jawne głosowanie.

2. Obrady i dyskusya.

- § 36. Obradom przewodniczy prezes, a w jego nieobecności wiceprezes, a w razie nieobecności i tego ostatniego przewodniczy wybrany jeden z członków obecnych, w tym jednak ostatnim wypadku żadne uchwały administracyjne zatwierdzane być nie mogą.
- § 37. Prezes otwiera formalnie i zamyka każde posiedzenie przez zadzwonienie i wyrzeczenie: „posiedzenie otwarte“, „posiedzenie zamknięte“.
- § 38. Przewodniczący rozdaje głosy według porządku zgłaszania się mówców, streszcza rozprawy i kieruje nimi.
- § 39. W razie ogólniejszego nieporozumienia prezes mocen jest zawiesić lub zamknąć posiedzenie.
- § 40. Przewodniczący mocen jest odebrać głos mówcy, jeżeli ten odbiega od przedmiotu, używa nieparlamentarnych wyrażań lub dotyka w nieodpowiedni sposób osobistości.
- § 41. W razie nadmiernego przedłużenia się debat, wolno jest każdemu członkowi postawić wniosek o zamknięcie dyskusyi, po przyjęciu którego, już tylko poprzednio zapisani na liście mają głos — nie zapisuje się zaś nowych.
- § 42. Każdemu mówcy służą w jednym przedmiocie 2 głosy czyli odezwania. Po za tą liczbą mówca może tylko za specjalnem pozwoleniem Prezesa brać jeszcze po raz trzeci udział w debatach; przyczem porządek powinien być w ten sposób zachowany, iż prelegent ma głos ostatni po wszystkich oponentach.

3. *Wnioski.*

- § 43. Wnioski, zmieniające Ustawę lub Regulamin Towarzystwa, mogą zapadać na każdym administracyjnym zebraniu, przy zachowaniu następujących warunków:
- a) wniosek musi być na piśmie zredagowany, obszernie umotywowany, przeczytany na posiedzeniu i rozesłany członkom z oznaczeniem daty głosowania i dyskusji;
 - b) wniosek taki może być odesłany do opinii komisji;
 - c) głosowanie odbywa się na 4 posiedzeniu od daty przeczytania wniosku;
 - d) konieczną jest do powzięcia uchwały obecność $\frac{1}{3}$ członków, a zgoda $\frac{2}{3}$ obecnych.
 - e) w braku kompletu stawia się wniosek ponownie na porządku dziennym, dopóki w potrzebnym komplecie pod głosowanie poddany nie będzie.
- § 44. Wnioski, nie zmieniające Ustawy lub Regulaminu, zapadać mogą na każdym zebraniu, o ile zapisane są na porządku dziennym.
- § 45. W wypadkach nieprzewidzianych, a naglących, może być wniosek — nie zmieniający Ustawy ani Regulaminu — postawiony nawet wtedy, gdy nie jest objęty porządkiem dziennym; w takim jednak wypadku członkowie obecni winni przez głosowanie najprzód rozstrzygnąć, czy wniosek za taki uważają.
- § 46. Każdy wniosek winien być sformułowany na piśmie i przez Prezesa odczytany.

4. *Głosowanie.*

- § 47. Głosowanie tajne jest bezwzględnie koniecznym we wszystkich sprawach, mających, choćby pośrednio, charakter osobisty. Oprócz tego, odbywa się ono zawsze na żądanie jednego z członków.
- § 48. Głosowanie jawne odbywa się zawsze przez powstanie. W każdym wypadku musi być określoną liczbą za i przeciw i do protokołu wniesioną.
- § 49. Jeżeli wniosek zawiera kilka paragrafów, to głosuje się najprzód za przyjęciem wniosku w zasadzie, potem nad oddzielnymi paragrafami, na koniec nad przyjęciem wniosku w ostatecznej redakcji.

5. *Wybory.*

- § 50. Wybory na członków czynnych odbywają się na zebraniach administracyjnych w 6 tygodni po przedstawieniu przez kandydata rozprawy, — za pomocą tajnego głosowania, prostą większością głosów.
- § 51. Wybory na urzędników Towarzystwa odbywają się 4 Lipca na uroczystym zebraniu za pomocą tajnego głosowania — na rok 1 — (z wyjątkiem bibliotekarza, komisji rewizyjnej i bibliotecznej, których kadencja jest 3-letnią).

- § 52. Przy wyborach członkowie wybierają prezesa wyborów, którzy wraz z 2 przez siebie dobranymi asesorami kieruje wyborami, oblicza kartki — i ogłasza rezultat wyborów.

6. *Protokoły.*

- § 53. Protokoły zawierać mają możliwie obiektywne streszczenie wszelkich wykładów rozpraw, demonstracji i dyskusji, jakie miały na posiedzeniu miejsce.
- § 54. Prelegent i oponenci mogą za zgodą Sekretarza formułować swe zdania za pomocą autoreferatów. Jednakże Sekretarzowi przysługuje prawo dla jednolitości protokółu uczynić pewne zmiany w tychże.
- § 55. Nie wchodzi do protokółu:
- a) odstępiania od przedmiotu, objętego porządkiem dziennym;
 - b) sprawy, które wskutek doraźnej decyzji większością obecnych członków wejść do protokółu nie powinny.
- § 56. O tych opuszczeniach w protokóle referuje sekretarz na następnem zebraniu przed przyjęciem i ostatecznym podpisaniem protokółu.
- § 57. Potokół posiedzenia powinien być odczytany na następnem posiedzeniu. Członkowie mają prawo żądać wykreślenia lub uzupełnienia protokółu. Po przyjęciu go przez Towarzystwo podpisuje go Prezes i wszyscy obecni na posiedzeniu członkowie.

6. *Książka Uchwał.*

- § 58. Książka Uchwał zawiera: 1) Ustawę, 2) Regulamin, 3) Wszelkie uchwały. Książka ta ma się znajdować na każdym posiedzeniu i każdemu członkowi na żądanie winna być okazywana.

DZIAŁ TRZECI.

Biblioteka i czytelnia.

1. Porządek w czytelnii i przy wypożyczaniu książek.

- § 59. Biblioteka i czytelnia bywa otwartą w poniedziałki i piątki od godziny 6-ej do 8-ej po południu. W innym czasie może być oddawaną do użytku członków tylko za osobistym porozumieniem się z bibliotekarzem.
- § 60. Każdy numer tygodnika lub dwutygodnika będzie się znajdował w czytelnii przez tygodni 4, miesięcznika przez miesiące 3; po upływie tego czasu pojedyncze numery dostają się do zbiorów bibliotecznych i mogą być wypożyczone.
- § 61. Atlasy, encyklopedye i słowniki nie podlegają pożyczaniu, a znajdują się w szafie otwartej i są dostępne dla każdego w dniach bibliotecznych.
- Uwaga:* Wyjątki mogą być robione na osobistą odpowiedzialność bibliotekarza i wyłącznie w dni niebiblioteczne.
- § 62. Członek Towarzystwa, zabierający samowolnie czasopisma z czytelnii, traci prawo do dalszego z niej korzystania, o czem na przedstawienie bibliotekarza Zarząd decydować będzie.

- § 63. Książki mogą być wypożyczone najwyżej w liczbie 10 na raz tomów, termin zaś zwrotu upływa w przeciągu miesiący 3-ch od chwili wydania egzemplarza. Wypożyczenie to może być przedłużone na dalsze 3 miesiące, o ile w tym czasie nie było zapotrzebowania na to samo dzieło ze strony innych członków.
- § 64. Członek, wypożyczający dzieła lub czasopisma, winien wynagrodzić wszelkie szkody, jakie biblioteka przez niego ponieść by mogła.
- § 65. Zapotrzebowanie na książkę wyraża członek Towarzystwa bądź to ustnie w oznaczonych dniach bibliotecznych, bądź też za pomocą notatki, wrzuconej do specjalnie na ten cel urządzonej puszkii.
- § 66. Członek, opuszczający na 2 miesiące lub więcej Lublin, winien zwrócić do biblioteki wszystkie książki bez względu na to, jak dawno je pożyczył.
- § 67. Przed rozpoczęciem rewizji biblioteki wszystkie dzieła winny być zwrócone, a podczas rewizji biblioteka zamknięta.

2. Katalogi i książki biblioteczne.

- § 68. Bibliotekarz obowiązany jest prowadzić następujące katalogi:
- 1) Katalog alfabetyczny kartkowy książek zawartych w księgozbiornie.
 - 2) Katalog inwentarzowy bieżący do wpisywania książek w porządku ich przybywania pod numerami.
 - 3) Katalog umiejętnościowy do wpisywania książek przybywających podług działów i
 - 4) księgę kontroli dzieł wypożyczonych.
- Uwaga:* 3 ostatnie księgi są sznurowe z podpisami prezesa komisji bibliotecznej, bibliotekarza i z pieczęcią Towarzystwa.
- § 69. Zaprowadzona także być winna księga żądań, do której członkowie zapisują tytuły dzieł przez siebie do zakupu żądane. Książka ta ma się znajdować na każdym posiedzeniu Towarzystwa w miejscu widocznym — a postulaty w niej wyrażone przyjmuje komisja biblioteczna pod uwagę przy zakupowaniu dzieł dla biblioteki.

DZIAŁ CZWARTY

E t y c z n y.

1. Sąd y p o l u b o w n e.

- § 70. Jeśli członek Towarzystwa lub nie należący do Towarzystwa, w sporze ze stosunków zawodowych wynikającym odwołuje się do sądu polubownego Towarzystwa, sąd ten ustanawia się na następujących zasadach:
- § 71. Każda ze stron przedstawia na piśmie pretensje do strony przeciwnej oraz piśmienne zarcęzenie, że się wyrokowi sądu bez zastrzeżeń podda, i wymienia 2 arbitrow z liczby członków

Towarzystwa. Arbitrowie podani przez strony wraz z prezesem Towarzystwa, jako superarbitrem, stanowią sąd polubowny i ostatecznie sądzący.

§ 72. Sędziowie, po dokładnem rozpoznaniu sprawy, albo wyrok wydają albo uchylają się od wyroku, pozostawiając stronom swobodę dochodzenia wzajemnych pretensyi na drodze właściwej.

2. Korporacyjne kary.

§ 73. W razie zażalenia na jednego z członków Towarzystwa lub też i na nienależącego do Towarzystwa lekarza — o wykroczeniu przeciw uczciwości, obowiązkom powołania lub koleżeństwa, zażalenie takie powinno być przynajmniej przez 3 członków Towarzystwa podpisane i podane Prezesowi, ten zaś wzywa dla wyjaśnienia sprawy oskarżonego kolegę na posiedzenie komitetu sędziowskiego.

§ 74. Komitet sędziowski składa się z prezesa, wiceprezesa i z 3 przez nich dla każdej sprawy wybranych członków czynnych Towarzystwa.

§ 75. W razie, jeśliby wyjaśnienia oskarżonego, poparte należytych dowodami, Komitet większością głosów za dostateczne uznał, to sprawę umarza, decyzyę uniewinniającą na akcie oskarżenia spisuje i zawiadamia o takowej na piśmie oskarżonego i pierwszego z podpisanych na akcie. Oryginał aktu oskarżenia z decyzyą uniewinniającą przechowywany ma być w archiwum Towarzystwa.

§ 76. Jeśli zaś usprawiedliwienie Komitet sędziowski uważać będzie za niedostateczne, to prezes przedstawia akt oskarżenia wraz z decyzyą Komitetu na posiedzeniu administracyjnem.

§ 77. Towarzystwo, po wysłuchaniu oskarżenia, przystępuje bez dyskusyi do głosowania tajnego przy komplecie nie mniejszym niż $\frac{1}{3}$ liczby członków i rozstrzyga prostą większością fakt winy oskarżonego.

§ 78. Jeśli oskarżony kolega jest członkiem Towarzystwa, to następuje dalej głosowanie nad rodzajem kary.

§ 79. Kary są następujące:

- a) napomnienie ustne,
- b) napomnienie z zapisaniem do protokołu,
- c) wykreślenie z listy członków Towarzystwa.

§ 80. W razie, jeśli oskarżony nie jest członkiem Towarzystwa, a uznany został za winnego — spisuje się odpowiedni protokół, zawiadamia się o treści jego wszystkich członków Towarzystwa i samego oskarżonego nieczłonka Towarzystwa.

§ 81. W razie niestawienia się oskarżonego po dwukrotnem zawiadomieniu go i udowodnieniu, że dwukrotne wezwanie doręczone mu zostało — uważa się winę za dowiedzioną, członek Towarzystwa podlega wtedy wykreśleniu z listy członków.

§ 82. Wszelkie akty sprawy zachowują się pod tajemnicą w archiwum, a odpis wyroku doręcza się oskarżonemu.

Kronika bieżąca.

W kwestyi badań nad rakiem otrzymujemy list następujący. Za pośrednictwem Sz. Redakcyi ośmielamy się przypomnieć Sz. Kolegom, że z dniem 15 lutego r. b. mamy zamiar zamknąć ankietę w sprawie rozpowszechnienia raka w Królestwie Polskiem i przystąpić do zgrupowania licznie nadesłanych danych statystycznych. Tych Sz. Kolegów, którzy dotychczas odpowiedzi nie nadesłali, najuprzejmiej prosimy, by ze względu na tak ważną sprawę zechcieli to uczynić w czasie najkrótszym. Nadmieniamy, że oczekujemy odpowiedzi nie tylko od tych kolegów, którzy w czasie około 15 I opiekowali się chorym na raka, ale też i od tych, którzy w tym czasie takich chorych nie mieli. W ostatnim razie wystarcza odpowiedź na pocztówce. Dr. St. Serkowski, Dr. J. Maybaum. Adres. Laboratorium: Łódź, ul. Piotrkowska Nr. 120.

Szpitalnictwo u nas i zagranicą. Podczas, gdy u nas od lat kilkunastu liczba miejsc w szpitalach mimo podwojenia się ludności prawie nie wzrosła, we Francyi szpitale rozwijają się stale, dowodem następujące dane. Zarząd szpitali (Assistance publique) w Paryżu, mieście, mającem wedle spisu z r. 1901 mieszkańców 2660559, ma do rozporządzenia następujące szpitale i schroniska: Andral (100 łózek), Baudelocque (łózek 178), Beaujon (624 łóżka), Bicêtre (1817 łózek dla starców męczyzn, 1387 dla obłąkanych i epileptyków), Bichat (195), Boucicaut (231 i 25 kołysek), Bretonneau (256), Broca (296), Broussais (270), Charité (663), Cochin (561), Enfants-Malades (742), Enfants-Assistés (908), Herold (228), Hôtel-Dieu (669 i 211 w gmachu dodatkowym), Laënnec (618), Lariboisière (968), Maison municipale de santé (333), Maison-Ecole d'accouchements (497), Midi (256), Necker (480), Pitié (740), St. Antoine (901), St. Louis (1305), Salpêtrière (3883), Tarnier (216), Tenon (919), Trousseau (254), de la porte d'Aubervilliers (262), Bastion 29 (120 łózek i 16 kołysek), Bastion 27 (100 łózek), d'Jvry (2323), Maison de retraite des Ménages (1462), Maison de retraite de la Rochefoucauld (247), S-te Périne (287), Fondation Alquier-Debrousse (216), Fondation Charion-Lagache (160), Fondation Rossini (55), w Berck-sur-mer (718), St. Michel (196), de la Reconnaissance (354), de Forges-les Bains (224), Galignani (100), Brévannes (974), de la Roche-Guyon (111), sanatorium dla suchotników w Angicourt (148 łózek) — razem około 30000 łózek. Kiedy my dojdziemy choćby do czwartej części tej liczby?

(hk) **Akademia medycyny praktycznej.** W Niemczech powstał projekt założenia akademii dla medycyny praktycznej. Akademia taka ma mieć 5 oddziałów: 1-o oddział chirurgiczny, 2-o oddział wewnętrzny, 3-o oddział ginekologiczny, 4-o instytut higieniczny wraz z oddziałem dla chorób zakaźnych, 5-o instytut anatomopatologiczny, oraz dla medycyny sądowej, policyjnej i socyalnej. Do dwóch głównych lekarskich działów mają być dołączone poddziały dla chorób ocznych, nosa, gardła, krtani, uszów, chorób dzieci,

skóry, chorób nerwowych, oraz chorób, spowodowanych nieszczęśliwymi wypadkami. Akademie mają w pierwszym rzędzie zająć się wykształceniem uczniów medycyny, następnie wyrobieniem lekarzy na odnośnych specjalistów. (Deut. Med. Woch., 1904).

(hk) **Akademia wojskowo-lekarska** W Londynie ma powstać akademią wojenno-medyczna (Royal army medical College). Zakład ten naukowy ma się składać z dwóch oddziałów: patologicznego i higienicznego. W obydwóch oddziałach mają być liczne pracownie, prócz tego projektowana jest biblioteka, muzeum, kasyo i t. d. (Deut. Med. Woch.).

(hk) **Lekarze kolejowi.** Proponują w Cesarstwie wprowadzenie stałych lekarzy kolejowych, którzy towarzyszyliby pociągom, przebiegającym dłuższe przestrzenie. Analogię do tego stanowią lekarze okrętowi.

(hk) **Zjazdy.** 25 Zjazd Balneologów obradować będzie w marcu r. b. w Akwizgranie pod przewodnictwem prof. Liebreich'a.

(hk) **Pierwszy międzynarodowy zjazd dla higieny szkolnej** zbierze się w początkach kwietnia r. b. w Norymberdze. Na ogólnych zebraniach zjazdu mają być wygłoszone następujące odczyty: 1-o Prof. H. Cohn (Wrocław) „Co zrobiła dotąd okulistyka dla higieny szkolnej i co zrobić jeszcze powinna“. 2-o Prof. Axel Johannesen (Chrystiania) „Stan higieny szkolnej w Norwegii“. 3-o Dr. Le Gendre (Paryż) „O higienie i chorobach nauczycieli w stosunku do uczniów“. 4-o Radca szkolny Dr. Siekinge (Mannheim) „Organizacja dużych szkół ludowych w zależności od wrodzonych zdolności dzieci. 5-o Prof. Liebermann (Budapeszt) „O zadaniach i wykształceniu lekarzy szkolnych“. 6-o Prof. Hüppe (Praga) „Zabezpieczenie szkoły od chorób zakaźnych“. 7-o Prof. Eulenburg (Berlin) „O samobójstwie wśród młodzieży szkolnej“. (Deut. Med. Woch., 1904).

(hk) **Zebrania.** Roczne zebranie British medical Association zbierze się pomiędzy 26 i 29 lipca r. b. w Oxfordzie.

Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że dnia 1 października r. b. opuści po raz pierwszy prasę „**Rocznik Literacko-Artystyczny**“ encyklopedyczny na rok 1905, zawierający: dokładne biografie, oraz adresy wszystkich polskich literatów i dziennikarzy, artystów dramatycznych, śpiewaków, malarzy, rzeźbiarzy, muzyków, rysowników, profesorów muzyki, śpiewu, deklamacji, malarstwa, rzeźby, rysunków i t. p., oraz informacje z dziedziny literatury, dziennikarstwa, sztuki i sztuki stosowanej.

Nadto „Rocznik“ obejmować będzie wszelkie informacje dotyczące składu osobistego wszystkich teatrów polskich, oraz instytucji muzycznych, naukowo-artystycznych polskich i zagranicznych, bibliografię za rok bieżący, przeglądy wystaw sztuk pięknych etc., etc. Wydawnictwo „Rocznika Literacko-Artystycznego“ na rok 1905. Warszawa, Szpitalna 10.

Uprasza się pp. literatów, dziennikarzy, artystów i t. p. o nadsyłanie krótkich życiorysów swoich z wyszczególnieniem prac, oraz adresów i t. p.

Zmarli. Zmarł w Berlinie dnia 2 Lutego r. b. znany lekarz i zacny kolega ś. p. Wiktor Grostern.

Ś. p. Grostern urodził się w Warszawie w 1848 r., tu skończył szkoły i uniwersytet, poczem oddał się praktyce lekarskiej. W latach 1877 — 1878 był lekarzem na wojnie rosyjsko-tureckiej.

Po powrocie otrzymał oddział w szpitalu starozakonnych; ku pożytkowi chorych i szpitala prowadził go do ostatnich czasów.

Zmarły w piśmiennictwie lekarskiem pozostawił trwale ślady, jako stały, od r. 1876, współpracownik „Gazety lekarskiej“. W r. 1876 wydrukował »O względnej wartości rozmaitych odczynników na białko«, w r. 1884 ogłosił w Księdze Hoyer'a »Przyczynek do nauki o białaczce«, w r. 1885 »Przypadek białaczki« w Pam. Tow. Lek., w r. 1876 »Przyczynek do nowego dyagnostycznego objawu przedziurawienia kiszki« w Gaz. lek. W tymże roku »Gruzelki odosobnione w mózdzku«, oraz »Peripachymeningitis spinalis« w r. 1877 w Gaz. lek.

Po za tą działalnością naukową, ś. p. Grostern przez lat kilkanaście prowadził korektę w »Gazecie lekarskiej«, był redaktorem i wydawcą dzieł, wydawanych przez to pismo, oraz prowadził dział „Wiadomości terapeutycznych“.

Zmarły ukochał język ojczysty, dbał o jego czystość i ściśle przestrzegał tej czystości w swych pracach naukowych i redakcyjnych.

W stosunkach Grostern odznaczał się niezwykłą uprzejmością koleżeńską, był więc przez wszystkich lubiany.

Cześć jego pamięci.

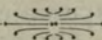
— W Petersburgu zmarł mag. wet. Wyżnikiewicz z skutkiem dżumy, którą zaraził się przy badaniach w pracowni. Zmarły pisał i po polsku razem ze ś. p. Nenckim (Gaz. Lek. r. 1901) i rokował, jako badacz, świetne nadzieje. Padł na posterunku.


— Dettweiler, założyciel sanatorium w Falkensteinie.

— Thornton, w Londynie, znany chirurg.

— Dr. Henryk Szpiegel, dnia 27 stycznia w Częstochowie, w wieku lat 48.

— Prof. Dr. Gebhard, wieloletni asystent berlińskiej kliniki akuszeryjnej, znany z wielu prac naukowych, specjalnie z dziedziny anatomii patologicznej, w wieku lat 43.



 Do bieżącego numeru dodaje się ogłoszenie firmy Hoffmann La Roche et comp. w Basel „Protylina Roche“ nowe znakomite tonicum.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Program kursu dla lekarzy

na wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w roku 1904.

Kursa te trwać będą od dnia 10 do 30 marca.

Zapisywać się można w kwesturze Uniwersytetu lwowskiego od 1 do 8 marca.

- 1). Prof. Dr. Niemiłowicz i Rozbiór moczu, 8 godz. Czesne 10 koron.
- 2). Docent Dr. Kucera i Bakteryologia lekarska² 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.
- 3). Prof. Dr. Gluziński: Dyagnostyka chorób wewnętrznych z uwzględnieniem najnowszych metod klinicznego badania (badanie kliniczne krwi, płwocin, treści żołądkowej, kału, moczu etc.) w połączeniu z wykładem o nowszych zabiegach leczniczych, przy współudziale Docentów Drów Marischlera i Renckiego i asystentów kliniki. 10 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.
- 4). Doc. Dr. Wiczkowski: Rozpoznawanie i leczenie chorób nerkowych na materyale szpitalnym, 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.
- 5). Doc. Dr. Kowalski: Zarys hydroterapii z uwzględnieniem części fizyologicznej i klinicznej. 3 godziny tygodniowo. Czesne 6 koron.
- 6). Radca Dworu Prof. Dr. Rydygier: a) Badanie i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej, 10 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.
b) kurs operacyjny odpowiednio do materyału. Czesne 50 koron.
- 7). Prof. Dr. Schramm: Leczenie gruźlicy stawów i kości u dzieci. Liczba uczestników ograniczona do czterech; trzy razy w tygodniu po 1½ godziny. Czesne 20 koron.
- 8). Doc. Dr. Gabryszewski: Zarys ortopedyi z ćwiczeniami praktycznymi masażu, gimnastyki i zakładanie patrunków, 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.
- 9). Doc. Dr. Gońka: Leczenie operacyjne i konserwatywne chorób zębów, 6 razy tygodniowo po 1½ godziny od 8 do 1½ 10 przedpołudniem. Czesne 40 kop.
- 10). Prof. Dr. Łukasiewicz: Dyagnostyka i terapia chorób skórnych; wenerycznych, 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.
- 11). Prof. Dr. Machek: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych, codziennie od 10 do 11. Czesne 20 koron.
- 12). Doc. Dr. Bednarski: Praktyczne ćwiczenie we wzziernikowaniu oka, 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.
- 13). Prof. Dr. Mars: Wykłady kliniczne z ginekologii, 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.
- 14). Prof. Dr. Sieradzki: Ćwiczenia w badaniach i w orzeczeniach sądowo-lekarskich. 2 razy tygodniowo po 1½ godziny t. j. 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.
- 15). Dr. Panek: Hygiena i chemia żywienia łącznie z przemianą materyi w stanie zdrowia i choroby wraz z ćwiczeniami praktycznymi w badaniu środków spożywczych. 10 godzin tygodniowo (w godzinach popołudniowych) Czesne 20 koron.