

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. MIECZYSEAW LICHTENSTEIN. O samozatruciu w chorobach skórnych. Str. 431. II. A. SOKOŁOWSKI. O tak zwanej gorączce Maltańskiej (*Fievre de Malte*). Str. 435. III. MIECZYSEAW KAUFMAN. O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu. (Dok.). Str. 441. *Dział sprawozdawczy*. 71. NICOLAS, M. FAVRE, CL. GAUTIER i L. CHARLET. Odczyn naskórny i śródskórny z syfiliną u syfilityków. Str. 444.—72. I. BAUR. Zastosowanie cytologii w rozpoznawaniu chronicznego trypra. Str. 445.—73. K. H. KUTSCHER. O dezynfekcyi skóry zapomocą nalewki jodowej. Str. 446. *Towarzystwo Lekarskie Lwowskie*. VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII posiedzenia naukowe 18-go, 25-go lutego, 4-go, 11-go, 18-go marca, 1-go, 8-go kwietnia 1910 r. Str. 446, 447, 448. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie*. Posiedzenie 15-go kwietnia 1910 r. Str. 448. Posiedzenie gastrologiczne dnia 16-go lutego 1910 r. Str. 450. *Wiadomości bieżące*. Nekrologia. *Ogłoszenia*.

I. Z POLIKLINIKI CHOROÓB SKÓRNYCH DRA JOSEPH'a W BERLINIE.

O samozatruciu w chorobach skórnych.

Napisał

Dr Mieczysław Lichtenstein.

W obecnym okresie dermatologii, który słusznie należałoby nazwać przyrodniczym w szerokim znaczeniu tego wyrazu, zjawiska fizyologiczne i patologiczne, dotyczące zewnętrznej powłoki naszego ciała zaczęto rozpatrywać w stosunku do ogólnych zasad chemii, fizyki i biologii. Nowe badania wykazały, że dawne poglądy co do ścisłej zależności między cierpieniami narządów wewnętrznych a powstałymi wskutek tego zmianami chorobnymi w skórze często miały słuszne podstawy. W dermatologii poszukiwanie momentów etyologicznych, podobnie jak i w innych gałęziach medycyny, w ostatnich kilku dziesiątkach lat znacznie posunęło się naprzód. Szczególniej postępy badań nad przemianą materii i zaburzeniami w odżywieniu organizmu umożliwiły zrozumienie wielu zjawisk patologicznych, a w ostatnich czasach nawet wystąpiła tendencja do sprowadzenia całego szeregu chorób skórnych do zmian chorobnych wewnątrz organizmu i powiązanie ich ze zboczeniami od normalnego typu odżywiania. Kierunek ten bierze początek w teorii BOUCHARD'a o samozatruciu.

Według BOUCHARD'a nawet normalny człowiek narażony jest na ciągle niebezpieczeństwo samozatrucia. Narządy wewnętrzne oraz liczne mikroby, znajdujące się w przewodzie pokarmowym, produkują w zwykłych warunkach ogromną liczbę związków chemicznych o własnościach trujących, które stopniowo opuszczają organizm przez kiszki, nerki, płuca i t. p.

Objawy samozatrucia występują, jeżeli ciała te wskutek jakiegokolwiek powodu nie zostaną wyprowadzone na zewnątrz albo, jeżeli wzmożona produkcja doprowadzi do nagromadzenia się ich we krwi i w tkankach.

Za punkt wyjścia takiego zatrucia w chorobach skóry należy uważać przewód pokarmowy. Ze stanowiska teorii BOUCHARD'a, skóra znajduje się w takim samym stosunku względem przewodu pokarmowego, jaki zachodzi między nim a układem nerwowym, powiedzmy — przy uwięźniętej przepuklinie, drgawkach porodowych, *ileus* i t. p.

Podobnie jak nie każde samozatrucie, pochodzące z przewodu pokarmowego, musi odbić się na układzie nerwowym i dlatego stosunkowo rzadko prowadzi do wyraźnych objawów ze strony tegoż, tak samo skóra niezawsze musi ucierpieć wskutek spraw rozkładowych, odbywających się w kiszkiach. Zatrucie tego rodzaju zależy prawdopodobnie od indywidualnego usposobienia, którego początku należałoby szukać, kto wie, czy nie w jakimś obciążeniu neuropatycznym.

Ciała, którym przypisujemy wspomniane własności, spotykamy w ustroju i w warunkach normalnych. Charakter patologiczny nadaje im ilościowe zwiększenie, powodujące szkodliwe działanie.

Substancjami zupełnie obcych organizmowi, jak np. kwas masłooctowy, *tetra-* i *pentamethylendiamin* spotykamy bardzo niewiele, gdy tymczasem wszystkie inne w minimalnej ilości i w warunkach normalnych znajdują się we krwi, w moczu i w tkankach. Ciała trujące pochodzenia kiszkowego są ściśle związane z normalnymi zjawiskami chemicznymi, zachodzącymi w ustroju i tylko nadmierne wytwarzanie się ich ma charakter patologiczny. Minimalna ilość toksyn, powstających u ludzi zdrowych w czasie sprawy trawienia, w zwykłych warunkach w najkrótszym czasie opuszcza ustrój, a nieznaczne zatrzymanie ich, jeżeli ma miejsce, nie doprowadza do objawów zatrucia; w tych przypadkach dochodzi jedynie do nieznacznych i szybko przemijających niedyspozycji ogólnych, podrażnienia nerwowego i t. p.

Tworzenie się większych ilości substancji trujących zależne jest przeważnie od fermentacji i gnicia zawartości żołądkowo-kiszkowej. Fermentacji podlegają głównie węglowodany, gnicie — ciała białkowe, które też uważać należy za najważniejsze źródło powstawania trujących produktów przemiany materii.

Obie te sprawy stale zachodzą w przewodzie pokarmowym, i tylko stopień, w jakim one się odbywają, decyduje o szkodliwym działaniu na ustrój.

Gdy jedni badacze ze stanowiska teorii o samozatruciu zajęli się poszukiwaniem punktu wyjścia chorób skórnych, inni postawili sobie za zadanie opracowanie dalszej części wspomnianej teorii. Zwrócono się do poszukiwania ciał, które obecnością swoją wywołują obrazy chorobne, spotykane w wie-

lu cierpieniach skóry. W braku pewniejszych danych zabrano się do określenia indykanu i kwasu eterosiarkowego, któreto ciała uważano za wskaźnik rozkładu kiszkiowego. Z drugiej strony powoływano się na doświadczenia kliniczne, i skuteczne stosowanie w chorobach skóry środków odkażających przewod pokarmowy wystawiono jako najlepszy dowód słuszności nowych poglądów.

Teoretyczne i praktyczne znaczenie kwestyi tej oraz brak ściślejszych badań, uwzględniających i inne momenty etyologiczne, skłoniły mię do przeprowadzenia badań, które może rzucić pewne światło na zależność cierpień skóry od spraw, zachodzących w przewodzie pokarmowym.

W moich badaniach, przeprowadzonych zeszłego roku w poliklinice chorób skórnych dra JOSEPH'a w Berlinie, określałem w każdym poszczególnym przypadku ilość indykanu w moczu, wychodząc z założenia, że wartość dyagnostyczna tegoż jest o wiele większa niż fenolu oraz kwasu eterosiarkowego; istnieją bowiem mikroby, które na podłożu białkowym wytwarzają zarówno indol, jak i fenol, kiedy inne produkują sam tylko indol [KITASATO, LEWANDOWSKI i in.]. Fakt ten nie miał dla mnie specjalnego znaczenia; o wiele ważniejszem było spostrzeżenie, że ilość kwasu eterosiarkowego najzupełniej niezależna jest od stopnia rozpadu ciał białkowych w kiszkiach. Ciekawe pod tym względem cyfry podaje ALBU. Osoba, u której autor ten robił swoje badania, wydzieliła przy spożywaniu pokarmów obfitujących w białko [156 grm. białka, 230 grm. tłuszczu], przecięciowo 0,1195 sprzężonego kwasu siarczanego, przy odżywianiu ubogiem w białko, przedstawiającem tę samą ilość kaloryi [31 grm. białka, 90 grm. tłuszczu, 420 grm. węglowodanów], średnio 0,1499, przyczem ilość indykanu w moczu okazała się zwiększoną odpowiednio do zwiększonej ilości azotu.

Substancją, z której tworzy się indykan, jest indol. Indol obok innych ciał powstaje w jelitach pod wpływem mikrobowego rozpadu ciał białkowych. Strona chemiczna tej sprawy polega na tem, iż indol po wessaniu się w kiszkiach podlega utlenieniu i w postaci indoksyłu częściowo łączy się z kwasem siarczanym, częściowo z kwasem glikuronowym, poczem organizm opuszcza. Część związana kwasem siarczanym jest zazwyczaj większa. Trudno powiedzieć, dlaczego w niektórych przypadkach przeważa kwas siarczanym, a w innych kwas glikuronowy: przypuszczalnie zależy to od rodzaju przyjmowanego pokarmu. W normalnych warunkach tylko nieznaczna część ciał białkowych podlega gniciu w przewodzie pokarmowym. Indol tworzy się w ilości minimalnej i w dodatku w przeważnej części opuszcza organizm wraz z kałem, a część wessana częściowo utlenia się, przechodząc w indol, częściowo zamienia w nieznaczne produkty, których obecność nie daje się stwierdzić. W ten sposób ilość indykanu w moczu zdrowego osobnika jest minimalną. Według obliczeń JAFFEGO wynosi około 5—6-u miligr. indygo na dobę. Wszelako niezależnie od rodzaju pokarmu i u ludzi zdrowych w wypadkach wyjątkowych spotykamy cyfry dwa, a nawet trzy razy większe.

„Intenzywność gnicia kiszkiowego“—mówi JAFFE—, „zależna od tak wielu czynników, nie jest wielkością stałą nawet u osobników zupełnie zdrowych.

Wahania ilościowe utrzymują się jednak w granicach umiarkowanych i przy dostatecznym uwzględnieniu przyczyn, mogących wpłynąć na zwiększenie, nie są w stanie zachwiać wyników badania“.

Ilość indykanu w moczu przedewszystkiem zależna jest od jakości pokarmów. Przy strawie białkowej, w szczególności pokarmach mięsnych, spotykamy go w stopniu znacznie większym, aniżeli przy odżywianiu ubogiem w białko, jak np. chlebie, kartoflach i t. p.

WANG po spożyciu dużej ilości ciał białkowych znalazł we własnym moczu 15,9–20,1 mg. indykanu, przy strawie mięsnej: 4,3–5,3 czyli średnio 4,8 mgr.

Opierając się na powyższych obliczeniach, mogę powiedzieć, że w 10-u ctm. sz. moczu, czyli w ilości, którą brałem do badania w każdym poszczególnym przypadku, może się znajdować co najwyżej ślad indykanu, którego zwykle stwierdzić nie można. Ale nawet najwyższe cyfry, któreby mogły wypaść przy jednoczesnem działaniu wszystkich przyczyn, od jakich zależne jest wytwarzanie się indykanu w moczu, jak oto: maksymalny stopień fizyologicznego gnicia kiszkiowego, przeważająca ilość białka w pokarmach, rzadkie [w znaczeniu fizyologicznem] wypróżnienia i t. p., nie są w stanie zakwestyonować rezultatu moich badań.

Cyfry podane przez JAFFEGO odnoszą się do dobowej ilości moczu, czyli mniej więcej do 1500 ctm. sz.; obliczywszy w tym stosunku ilość indykanu w 10-u ctm. sz., otrzymamy liczbę ogromnie małą. Z resztą jest wykiucznem, aby to, co samo przez się stanowi wyjątek, przypadkowo miało się spotkać z całym szeregiem innych wyjątków, jak np., aby osobnik szczególnie usposobiony do spraw rozkładowych w kiszkiach miał się żywić pokarmem przeważnie białkowym i w dodatku, aby przypadek ten częściej miał się powtarzać. Pomimo to w badaniach moich odczyny, które nie wykazały przynajmniej średnio intensywne zabarwienia rozpuszczonego w chloroformie indykanu, uznałem za ujemne i jako takie dla celów moich za bezużyteczne. W dodatku w toku badań okazało się, że moi wszyscy chorzy pod względem odżywiania znajdowali się w warunkach jednakowych; wybitnych uchyień od zwykłej diety nawpół białkowej, nawpół węglowodanowej nie stwierdziłem prawie zupełnie. Z tych względów mogę twierdzić, że w pracy swej wypełniłem warunek postawiony dla podobnych badań przez NOORDEN'a, który podkreśla jednakową dietę dla całego materiału badanego. Co się zaś tyczy częstości wypróżnień, to stosowałem się do NOORDEN'a o tyle, że chorych moich podzieliłem na trzy kategorie. Pierwsza nie okazała żadnych uchyień od normy, druga—ze skargami na zaparcie stolca, jako jeden z objawów ogólnego zaburzenia w trawieniu i nakoniec trzecia, u której zaparcia stolca były jedynym objawem nieprawidłowości w trawieniu i nie dawały się odczuć wskutek stałego używania środków czyszczących.

Dla stwierdzenia indykanu w moczu, posiłkowałem się metodą JAFFEGO. Polega ona, jak wiadomo, na tem, że kwas solny w obecności ciała utleniającego—chlorku wapiennego odczepia indygo, którego minimalną nawet ilość można stwierdzić zapomocą chloroformu.

Metoda ta oddała mi najlepsze usługi. Po krótkim czasie doszedłem do należytej wprawy i we właściwych przypadkach z łatwością otrzymywałem dodatnie wyniki próby. Od każdego z moich chorych brałem po 10 ctm. sz. moczu i badałem je na indykan opisany sposobem. W dużej liczbie przypadków nie mogłem stwierdzić w moczu obecności indykanu. Ponieważ minimalna ilość substancji tej znajduje się w moczu normalnym, więc ujemny wynik próby w tych razach tłumaczę sobie nadmiarem chlorku wapniowego w jednej kropli, która przeszkadza w występowaniu odczynu. Okoliczność ta nie miała znaczenia dla moich badań. Na szczegól ten zwracam uwagę jedynie dla uzupełnienia moich rozważań teoretycznych.

Obok badań moczu w każdym poszczególnym przypadku rozpytywałem się dokładnie o ogólny stan moich chorych, ale oprócz zaburzeń w trawieniu nie mogłem stwierdzić żadnych dolegliwości, które w jakikolwiek sposób mogłyby wpłynąć na wynik moich badań. Co się tyczy dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, to spotykałem się prawie wyłącznie z obstrukcją, trwającą po 4—5-u dni. Wymioty, odbijania, bole brzucha i t. p. nie zdarzały się prawie zupełnie. Jedyna skarga, z jaką się czasami do mnie zwracano, był brak apetytu. [D. n.]

II. O tak zwanej gorączce Maltańskiej

(*Fièvre de Malte*).

Podał

Dr med. A. Sokołowski.

W czasie mojej bytności w marcu roku bieżącego w Montpellier miałem możliwość spostrzegania na tamtejszej klinice wewnętrznej kilku przypadków wielce ciekawej, a tamże epidemicznie zimną i wiosną roku bieżącego panującej choroby ostrej zakaźnej, zwanej gorączką maltańską. Na podstawie tych obserwacji, a bardziej jeszcze szczegółowych wywiadów w tej sprawie u miejscowych ordynatorów szpitala, jako też z zaznajomienia się z odnośną literaturą, a przedewszystkiem ładną pracą dra HENRYKA ROGER'a ¹⁾, ordynatora kliniki wewnętrznej tamże, zestawiam treściwie dane, odnoszące się do w moję będącej choroby, dziś szeroko rozprzestrzenionej w południowej Francji i na całym wybrzeżu morza Śródziemnego, a u nas na szczęście dotychczas wcale nieznaney.

Pod nazwą gorączki Maltańskiej należy rozumieć cierpienie ogólne zakaźne, endemo-epidemiczne, wspólne człowiekowi i niektórym zwierzętom, a wywołane przez swoisty pasorzyt, zwany *micrococcus Melitensis*. Cierpienie

¹⁾ La Fièvre de Malte. Par Henr. Roger. Paris 1910.

to, z początku rozpoznane na wyspie Malcie, powoli rozszerzyło się i na inne okolice morza Śródziemnego, kolejno otrzymując różnorodne nazwy w odpowiednich krajach [gorączka Neapolitańska, Cypryjska, Barcelońska i t. p.]; oprócz nazw zależnych od miejscowości nazywano ją również *septicaemia melitensis*, choroba BRUCE'a, HOUGES'a i t. p.; w ostatecznych jednakże czasach większość autorów nazywa ją gorączką Maltańską, gdyż istotnie MARSTON, lekarz marynarki angielskiej na Malcie pierwszy jeszcze w roku 1863 wyodrębnił ją z kategorii innych cierpień gorączkowych i ściśle jej syndrom kliniczny określił, a pod tym względem zasługa MARSTONA nie ulega najmniejszej kwestyi, gdyż uprzedni angielscy spostrzegacze, aczkolwiek, zdaje się, że w opisach swoich mieli do czynienia z temże cierpieniem, nie potrafili jednakże bliżej go wyodrębnić wśród innych gorączkowych ostrych zakażeń. We Włoszech GIULI w r. 1871 spostrzegał podobne przypadki w Sycylii, lekarze jednakże włoscy wiązali przypadki tej choroby, spostrzegane w owych czasach we Włoszech południowych, bądźto z malaryą, lub też ze sprawą tyfusową. Dopiero jednakże w roku 1893 angielski bakterjolog BRUCE wykrył we krwi śledziony chorego, dotkniętego tą chorobą, swoisty mikroorganizm, który wyosobnił, wyhodował drogą szczepień zwierzętom [małpom], dowiódł jego swoistości i nazwał go *micrococcus melitensis*, a co potwierdzili inni badacze, jak HOUGES, a dalej WRIGHT, który wykazał, że surowica chorych, dotkniętych chorobą Maltańską, aglutynuje mikrob BRUCE'a, dając tym sposobem podstawę do serodyagnostyki tejże choroby. Badania tychże autorów angielskich potwierdzili następnie liczni autorowie niemieccy, francuscy, włoscy. W dalszym ciągu szeregi autorów, a szczególnie angielskich, jako też oddzielna komisya z ramienia Towarzystwa Lekarskiego w Londynie pod kierunkiem SHAW'a, ZAMMIT'a, DAVIS'a i innych w przeciągu lat 1905—1907 zajęła się szczegółowem badaniem etyologii cierpienia na samym gruncie panującej sprawy, t. j. na Malcie i innych wybrzeżach morza Śródziemnego. Wynikiem tych badań było zdobycie pozytywnego faktu, że źródłem zarazy są przede wszystkim kozy i od nich to drogą mleka następuje zakażenie u człowieka. Fakty te stwierdzone zostały nie tylko na Malcie, lecz w południowej Hiszpanii, Grecyi, Tunisie, Algierze przez różnych badaczy. Jak już wyżej wzmiankowałem, głównem ogniskiem powyższej sprawy chorobnej była wyspa Malta, na której choroba szerzyła się niezwykle, dotykając podług statystyki SHAW'a, niemal 3% armii lądowej, 5% morskiej i 0,3% ludności cywilnej tejże wyspy w czasie między 1898—1905 rokiem, wywołując śmiertelność od 2—9% dotkniętych nią osobników.

W ostatnich latach w skutek zastosowania odpowiednich środków profilaktycznych szerzenie się choroby na Malcie szczególnie w wojsku angielskiem znacznie się ograniczyło, natomiast zaczęły występować coraz częstsze przypadki na Korsyce, Sardynii, Krecie, Cyprze, w połudn. Hiszpanii, szczególnie w Gibraltarze, Barcelonie, Maladze, Turcyi, Tunisie, Algierze; w ostatnich zaś latach w południowej Francyi, a w niektórych miejscach, jak okolice Montpellier, choroba zaczęła przybierać charakter istotnej epidemii; sporadycznie zaś spostrzegano ją na całym wybrzeżu południowej Francyi, Nicei,

Cannes, Marsylii, nawet w Lyonie i Paryżu, nic więc dziwnego, że szczególnie francuscy autorowie poświęcili temuż cierpieniu baczną uwagę.

Z punktu widzenia klinicznego, gorączka maltańska charakteryzuje się jako cierpienie przebiegające z wysoką gorączką, z towarzyszeniem stałych obfitych potów i znacznej obstrukcji; gorączka przedstawia pewne okresy, podczas których następuje spadek zupełny, jak w tyfusie powrotnym, z towarzyszeniem mocnych bólów o charakterze reumatyczno-neuralgicznym w stawach i mięśniach i częstem zapaleniem jąder. Okresy bezgorączkowe nie przedstawiają wyraźnego typu, toż samo długość i liczba napadów gorączkowych. Wogóle nietypowość stanowi poniekąd prawidło cierpienia. Początek choroby, t. j. okres wylęgania trwa dni kilka do kilkunastu, charakteryzując się objawami ogólnego niedomagania, rozbicia, bezsenności, bólu głowy, brakiem apetytu, niestrawnością i t. p. objawami, przypominającymi obraz rozwoju sprawy tyfusowej. Wyjątkowo tylko powstaje choroba ostro, rozpoczynając się mocnym dreszczem z następującą wysoką gorączką, stale trwającą. W okresie rozwoju choroby przedstawiają się mocno ogólnie rozbitymi, gorączka jest ciągła, nie przekraczając zazwyczaj wieczorem $39,5^{\circ}$, zwalniając nad ranem o 1° , przy czem występują niezwykle obfite poty; zaparcie stolca jest stałe; chorzy nieco kaszlą, mało odpluwając, skarżąc się na bole w różnych okolicach ciała. Stan ten trwa około 3-ch tygodni, przy czem gorączka spada powoli, dochodząc nieraz do ciepłot normalnych. Chory poprawia się w stanie ogólnym, apetyt wraca i zdaje się, że wyzdrowienie nastąpi wkrótce, tymczasem po upływie 10-u dni lub dłużej trwającego okresu bezgorączkowego lub podgorączkowego, występuje nowa faza gorączkowa, trwająca znowu 2—3-ch tygodni o typie najczęściej gorączki słabszej, z towarzyszeniem jednakże ogólnego rozbicia i bólów. Po dniach 10-u występuje nowa faza gorączkowa, najczęściej jednakże krótsza, mniej gwałtowna i kończąca się znowu spadkiem gorączki, poczem znowu po pewnym czasie występuje okres 3—4-dniowy gorączki, chociaż zazwyczaj fazy następne są o wiele krótsze i mniej ciężkie. Wogóle biorąc, przebieg jest niezwykle długi i u połowy chorych trwa on niemniej 2 miesięcy do 3-ch miesięcy, a nawet i dłużej. Przypadek, który widziałem na klinice w Montpellier, dotyczył już prawie rekonwalescenta, który leżał w szpitalu przeszło pół roku. Zdarzają się i odwrotnie przypadki, stosunkowo rzadkie, trwające 2—3-ch tygodni o jednej tylko fazie gorączkowej, przeciętnie jednakże okresów gorączkowych bywa od 4-ch do 5-u a nawet i 7. W większości przypadków sprawa kończy się pomyślnie, rekonwalescencya trwa jednakże bardzo długo, nieraz całe miesiące, podczas której choroby są trapieni bólami neuralgicznymi, obrzękami stawów, długotrwałem zapaleniem jąder i t. p.

Obok gorączki z objawów właściwych organom trawienia dominuje przede wszystkim zupełny brak łaknienia i uparta obstrukcyja. Język bywa, poobnie jak w tyfusie, mocno obłożony, w ciężkich przypadkach suchy. Czasem występują wymioty, nieraz nawet krwawe. Wątroba i śledziona, a szczególnie ta ostatnia, bywają powiększone i nawet bolesne; w niektórych przypadkach istnieje nadmierna bolesność brzucha w okolicy prawej biodrowej, mogąca dać po-

wód do mylnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego. Układ nerwowy bywa najbardziej stale dotknięty w przebiegu całej choroby. Zjawiają się więc uparte bóle głowy, bóle krzyża, różnorodne neuralgie: mialgia, artralgia—różnego natężenia i typu. Z bólów neuralgicznych najczęściej spostrzegano rwę kulszową i międzyżebrową. Bole w stawach bywają często charakteru artralgicznego lub też nawet występują jako obrzęknięcia i zapalenia stawów. Najczęściej dotknięte są przeważnie stawy wielkie. Często również widuje się zapalenie w stawach żebro-mostkowych, które nawet mogą ulegać zropieniu. W narządach oddechowych istnieją również stale zaburzenia pod postacią ostrego rozlanego zapalenia oskrzeli, nieraz nawet występuje mniej lub więcej zabarwiona krwią plwocina, która może łatwo naprowadzać na myśl o rozwoju podostrawej gruźlicy. Widywano również jako powikłanie zapalenia zrazikowe, zapalenia surowicze, a nawet ropne opłucnej. Ze strony narządu cyrkulacyjnego spostrzegane bywa stale tętno przyspieszone, wyjątkowo widywano zapalenie osierdzia, wsierdzia. Ciśnienie krwi bywa stale obniżone. Badanie krwi wykazuje stale objawy znacznej niedokrwistości ze spadkiem do 3-ch a nawet 2-u milionów ciałek czerwonych krwi. W rekonwalescencji spostrzegano dość znaczny stopień eozynofilii. Ilość moczu bywa zazwyczaj zmniejszona, diazoreakcja często bywa dodatnia, w rzadkich przypadkach widywano lekki białkomocz. W organach płciowych występuje stosunkowo bardzo często zapalenie jąder, najczęściej jednostronne. U kobiet notowano owaryalgię, obrzęknięcie gruczołów sutkowych i różnorodne zaburzenia w miesiączkowaniu (*amenorrhoea*, rzadziej *metrorrhagia*). Na skórze zjawia się nieraz już na początku choroby wysypka, przypominająca szkarlatynową lub odrową. W przebiegu występują obfite poty, a w okresie rekonwalescencji obfite złuszczenie naskórka, nieraz wypadanie włosów, czasem widywano liczne wrzodzianki na ciele.

Z odmian przebiegu klinicznego odróżniają autorowie obok klasycznych przypadków z gorączką o typie falistym, zwalniającym, formy o typie stałym gorączki ciągłej z małymi bardzo wahaniami, ze spadkiem raptownym, przypominającym tyfus powrotny, dalej postaci o typie intermityującym, przypominające napady malaryi. Ze względu na zejście rozróżniają postaci łagodne o przebiegu krótkim, paratygodniowym, formy średnio łagodne, do których należy większość przypadków o przebiegu 2—3-miesięcznym, jako też formy złośliwe, kończące się śmiertelnie, w ciągu pierwszego tygodnia rozwoju choroby przy niezwykle silnem natężeniu gorączki [do 41°] i szybko występującem porażeniu serca. Obok tego notują autorowie formy tak zwane ambulatoryjne, przy których ludzie chorzy zajmują się, będąc jedynie nieco ogólnie rozbitymi, a jednakże badanie serologiczne wykazywało u nich odczyn dodatni. I tak SHAW na Malcie u 525-u robotników pozornie zdrowych wykrywał odczyn w 79-u przypadkach. Zmiany anatomo-patologiczne przy nielicznych stosunkowo badaniach pośmiertnych wykazywały przekrwienie całej błony śluzowej kanału pokarmowego ze zmięknieniem gruczołów folikularnych i blaszek PAYER'a [wątroba bywa przekrwiona, zwiększona, śledziona zwykle duża, krucha, ciemna]. *Micrococcus melitensis* wykrywa się w wątrobie, w żół-

ci, we krwi, śledzionie, gruczołach limfatycznych, nawet szpiku kostnym i nerkach. Z wyjątkiem więc swoistego mikroba badanie anatomo patologiczne nie wykrywało jakiegokolwiek swoistych zmian w narządach.

Co się tyczy samego mikroba, będącego istotną przyczynę choroby, to ten, jak wyżej wzmiankowałem, wykryty i wyosobniony w r. 1887 przez Bruce'a, przedstawia się pod postacią okrągłą, zlekką owalną, mając wygląd właściwy tak zwanym koko-bacylom, rozmiary jego wynoszą 0,6 μ . W hodowlach na żelatynie wytwarza diplokokki i małe łańcuszki po 10–12-u pojedynczych ogniw. Jest on aerobem, nie barwi się metodą GRAMA, *maximum* ciepłoty dla jego rozwoju stanowi 37°, lecz i w tej maksymalnej ciepłocie rozwija się bardzo powoli, bo zaledwie w 3–4 dni dopiero. Na kartoflu nie rozwija się wcale, nie ścina mleka, nie wytwarza indolu. Siła jego życiowa jest bardzo słaba, nie przekracza 5–6 dni. Jest mało odporny na gorąco, suchość i kwas oraz słońce, nie zmienia się nawet w ciągu kilku tygodni w kurzu i ziemi, tak samo przechowuje się długo w ubraniu, w mleku pozostaje żywotnym do 20-u dni], w moczu zachowuje żywotność do 10-u dni. Wydziela toksyny hemolityczne dla ciałek czerwonych człowieka i świnki morskiej. Wyosobnić go można bardzo łatwo w moczu, w pocie nie wykrywano go, tak samo w powietrzu i plwocinie.

Złośliwość jego jest niewielka, z trudnością zaszczepiany bywa królikom i śwince morskiej, natomiast łatwo kozie, krowie, koniowi, baranowi, mułowi, małpie. Kozom nawet udawało się szczepić przy pomocy pożywienia, do którego domieszywano kulturę mikrobu. Małpom z łatwością daje się zaszczepiać zapomocą wstrzyknięcia podskórnego. Droga przedostania się zarazka na naskórek [obrażenia] samowolne lub wypadkowe zakażenia spostrzegane były w kilku przypadkach u ludzi. Według badań komisji angielskiej, choroba występuje samodzielnie u kóz: CHORROCH stwierdził na przykład, że na Malcie połowa kóz była zakażona, a mleko ich u 30–40% dawało odczyn swoisty. Mniejszy procent zakażeń spostrzegano u kóz w Algierze i Tunisie. To samo w Marsylii. Choroba ma się rozwijać bardzo powoli u kozy, powodując jedynie lekką anemię i zmniejszenie wydzielania mleka, wyjątkowo tylko kozy zdychają, większość powraca do zdrowia i więcej niż rok potem zawiera w mleku swoisty pasorzyt. Zarażenie kóz następuje przez zętknięcie bezpośrednie z choremi kozami lub, jak przypuszczają, drogą komarów i much. Rzadziej niż u kozy wykrywano na Malcie i w Algierze mikrokokki u mułów, jeszcze rzadziej u krów i koni. Sposoby zakażenia były przedmiotem bardzo szczegółowego badania powyższej komisji, która doszła do wniosku, że ani woda, ani powietrze nie jest przenośnikiem zarazy, wyjątkowo rzadko skóra, a jedynym i nieulegającym kwestyi przenośnikiem zarazy jest pokarm, a przedewszystkiem mleko kóz zarażonych.

I tak w Gibraltarze choroba szeroko panująca wśród tamtejszej ludności, a szczególnie wśród załogi angielskiej, znikła niemal zupełnie z chwilą, kiedy przestano spożywać mleko surowe kozie. To samo na Malcie, gdzie od czasu, gdy żołnierze spożywają mleko sterylizowane, choroba w wojsku znikła niemal zupełnie, a jedynie zjawia się jeszcze wśród ludności cywilnej, która nie chcia-

ła słuchać owych przepisów zapobiegawczych. Oprócz mleka ser kozi lub owezy zawiera również mikroby i może być źródłem zakażenia, natomiast mięso pieczone lub gotowane kozie nie pozostawia żadnej obawy. Zarazek przenosić mogą również niektóre rośliny trawiaste [szczaw, sałata i t. p.] zbierane z łąk, na których pasą się kozy i swoim moczem je zanieczyszczają.

Rozpoznanie gorączki maltańskiej w czasie panującej epidemii bywa zazwyczaj łatwe na podstawie wyżej skreślonej symptomatologii; natomiast, gdzie ona występuje sporadycznie, rozpoznanie napotkać może na poważne trudności, a cierpienie łatwo zmieszać można z tyfusem, szczególnie z postacią potną JACCOUD'a (*la fièvre typhoïde à forme sudorale*), gorączką powrotną, zimnicą złośliwą, ciężką influencją, septikopyemią stawową, nawet gruźlicą podostrawą. We wszystkich owych wątpliwych przypadkach rozstrzyga stanowczo serodyagnostyka, jako ścisły i pewny odczynnik swoisty. Metoda biodyagnostyczna, opracowana szczegółowo przez WRIGHT'a, jeśli występuje w rozcieńczeniu 1:30, 50 lub 100, przedstawia podług tegoż autora, metodę niechybnie rozpoznawczą, sprawdzoną przez innych badaczy. Własność aglutynacyjna występuje u człowieka dopiero w końcu pierwszego tygodnia choroby i trwa następnie stale nie tylko podczas peryodu gorączkowego, lecz nawet w okresie zdrowienia, a nawet pełnego zdrowia, nieraz nawet do roku i więcej od zapadnięcia na nią. Siła aglutynacyjna zwiększa się z rozwojem, natężeniem choroby, dając odczyn w rozcieńczeniu 1:400, a nawet podług niektórych autorów 1:10000 i wyżej. Odczyn nieraz wypada ujemnie, dlatego też w tym wypadku należy powtarzać go kilkakrotnie. W ogóle o odczynie pozytywnym można już mówić, jeżeli już występuje 1:30—1:50. Techniki szczegółowej bliżej nie opisuję. Odczyny dokonywają się na surowicy krwi, również odczyn występuje z łatwością przy badaniu moczu, jako też surowicy, otrzymanej przy zastosowaniu wezykatoryi. Obok odczynu serodyagnostycznego bardziej jeszcze pozytywne dyagnostyczne znaczenie posiada wykrycie pasorzyta maltańskiego we krwi lub wydzielinach. Metoda ta jest jednakże o wiele trudniejszą. Względnie najłatwiej wykrywa się we krwi drogą metody podanej przez CANATT'a, polegającej na tem, że dwa ctm. sz. krwi miesza się z 50 ctm. sz. peptonizowanego bulionu z dodatkiem nieco żółci, następnie umieszcza się w termostacie przy t. 37° na 3—7-u dni, poczem posiewając roztwór na agar, można z łatwością izolować kolonię mikroba. Najlepiej tą metodą, która jest bardzo ścisła i daje wyniki stale dodatnie, wykryć drogą badania mikroby, posiłkując się nią w okresie gorączkowym choroby. Pod koniec choroby mikrokok wykrywa się łatwo również w moczu po scentryfugowaniu i dodaniu surowicy aglutynującej; również pozytywne dyagnostyczne dane otrzymywać można zapomocą odczynu fiksacyjnego BORDET-GENGOU. Rokowanie wogóle co do wyleczenia w chorobie maltańskiej jest dobre, podług bowiem obszernie zestawionych statystyk śmiertelność waha między 2—4%, natomiast cierpienie jest ciężkie ze względu na ciężką i kilka miesięcy trającą rekonwalescencję. W leczeniu stosują głównie ogólne metody higieniczno-dyetyczne obok leczenia symptomatycznego [chinina, aspiryna, zimne obmywania

i t. p.]. Z żadnych wstrzykiwań kollargolu w klinice Montpellier nie widziano dodatnich wyników, to samo ze swoistej seroterapii, zalecaanej przez WRIGHT'a, przy pomocy surowicy otrzymanej z immunizowanych kóz. W okresie rekonwalescencji stosowane są zwykle ogólnowzmacniające metody terapeutyczne [arszenik, żelazo, świeże powietrze]. Ze środków profilaktycznych zasługuje na uwagę jeden i to kapitalny, t. j. zabronienie stanowczo używania surowego mleka koziego w tych miejscowościach, gdzie występuje powyższa choroba.

Z ogólnoprofilaktycznych środków, komisya angielska podała jako propozycję stanowcze zabronienie wywozu kóz z Malty, Algieru i Korsyki do Europy. W miejscach zaś panującej epidemii izolowanie, a nawet wybicie zakażonych zwierząt i przeprowadzenie ścisłej dezynfekcyi w stajniach, kontrola nad sprzedawanem mlekiem, a dalej zastosowanie na szeroką skalę szczepienia profilaktycznego wszystkim kozom w dotkniętych epidemją okolicach. Naturalnie, zastosowanie tej ostatniej kategorii środków napotyka w praktyce na wielkie trudności, co nawet sama komisya już zaznaczyła.

III. O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwo- wego podczas porodu.

Podał

Dr med. Mieczysław Kaufman [Łódź].

(Dokończenie. — Patrz Nr. 18).

Prace lat ostatnich pozostawiły jednak pewne punkty niezupełnie wyjaśnione. Do tych należy zachowanie się lekarza przy następnej ciąży po pęknięciu sklepienia.

W pracy mojej pisałem w tej sprawie co następuje:

„Ze stanowiska teoretycznego stanowczo twierdzić należy, że następny poród dla rodzącej jest w wysokim stopniu niebezpieczny. Do tych czynników etyologicznych, które istniały już przedtem, przybywają jeszcze blizny po uleczonem pęknięciu sklepienia, które znowu same przez się są momentem sprzyjającym nowemu pęknięciu. W rzeczywistości jednakże dotychczas o złych jakichś następstwach przy późniejszych porodach nie wiemy. SZCZORKIN w pracy swojej wspomina o czterech przypadkach ciąży po przebytem pęknięciu sklepienia z dobrym przebiegiem dla rodzącej. W zestawionych przeze mnie przypadkach trzy razy [dwa razy EWERKE i 1 raz FRANK] znajdują się wzmianki o następnych porodach po *colpaporrhexis*. We wszystkich tych przypadkach przebieg porodu był po nysłny [dwa razy poród dobrowol-

ny, raz kleszcze]. Zresztą liczba znanych dotychczas spostrzeżeń jest zbyt mała, by można z niej ostateczne wnioski wyprowadzić¹⁾.

Tak stała sprawa ta przed kilku laty. Wśród rosnącej wciąż liczby spostrzeżeń, dotyczących się *colpaporrhæxis*, znajdujemy takie, które nieco inne rzucają światło na tę sprawę.

Blizny ściany macicy po pęknięciu jej lub po operacji cięcia cesarskiego okazują, jak wiadomo, dużą skłonność do powtórnego rozerwania się przy następnym porodzie.

W literaturze lekarskiej lat ostatnich spostrzeżeń odnośnych znajdujemy setki²⁾ i liczba ich wzrasta jeszcze prawie z dniem każdym.

A priori powiedzieć można, że na takie samo niebezpieczeństwo wystawiona jest pochwa po *colpaporrhæxis* przy porodach następnych.

Istotnie, kilka przypadków wielokrotnego pęknięcia sklepienia opisano w ostatnich latach.

I. Przypadek powtórnego pęknięcia sklepienia opisał KOLOMENKIN³⁾.

U 24-letniej kobiety przy czwartym porodzie z powodu łożyska przodującego dokonano obrotu. Pęknięcie zupełne tylnego sklepienia. Szew. Wyzdrowienie. Przy piątej ciąży poprzeczne położenie. Pęknięcie tylnego sklepienia i macicy. Wyłuszczenie macicy przez pochwę. Wyzdrowienie.

BAUMBACH⁴⁾ opisał trzykrotne pęknięcie sklepienia z pomyślnym rezultatem dla rodzącej.

II. U 39-letniej kobiety, rodzącej po raz siódmy, dotkniętej skrzywieniem kręgosłupa tylnobocznem (*kyphoscoliosis*) i zeszywnieniem prawego stawu biodrowego, w dwie godziny po urodzeniu się jednego dziecka z bliźniąt, bole ustaly. Stwierdzono pęknięcie sklepienia, wypadnięcie kiszki do pochwy i wystąpienie płodu do jamy brzusznej. Obrót. Krwawienie nieznaczne. Do rany założono pasy gazy. Wyzdrowienie.

1) Odbitka z *Archiv f. Gyn.*, t. 68, str. 54.

2) Wymieniam tylko niektóre:

EISENSTEIN. Wiederholte Uterusruptur. *Zeitschr. f. Gyn.*, t. 27, str. 879.

PEHAM. Ueber Uterusruptur in Narben. *Centrbl. t. Gyn.* 1901.

MANCLAIRES i BURNIER. Les cicatrices utérines et leur ruptures. Paryż 1905.

PODGORITSKI. Wiederholte Ruptur nach Sectio. Uterusruptur. *Ref. Mon. f. Geb.* tom 24, str. 691.

BRODHAED. Ruptura uteri nach Sectio cesarea. *M. f. G.*, t. 27, str. 173.

FOURNIER. Spontauruptur einer alten Kaiserschnittnarbe. *Ref. M. f. G.*, t. 28, str. 237.

LABHARDT. Ueber Uterusruptur in Narben. *Zeitschr. f. Gyn.* 1905, t. 53, z. 8.

FRANK. W ederholte Uterusruptur. *M. f. G.*, t. 21, str. 411.

CONVELAIRE. Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne. *Ann. de Gyn.* Mars 1905.

DAHLMAN. Uterusruptur nach Kaiserschnitt. *M. f. G.*, t. 21, str. 426.

HENKEL. Ruptur nach 2-maliger Sectio ces. *M. f. G.*, t. 22, z. 432.

EVERKE. Ruptur in alter Kaiserschnittnarbe. *M. f. G.*, t. 22, str. 433.

3) Zur Frage ueber die operative Behandlung der Uterusruptur. *Mon. f. Geb.* t. 17, str. 349.

4) Zur Kasuistik des Scheidenrisses. *Deutsche med. Woch.* 1903, Nr. 2.

Po dwu latach przy położeniu nóżkowym znowu pęknięcie sklepienia z wypadnięciem kiszek. Wydobyte płodu z jamy brzusznej. Łożysko znajdowało się w pochwie. Krwawienie nieznaczne. Po czternastu dniach chora opuściła łóżko.

Po 19-u miesiącach przy położeniu pośladowym, w dwie godziny po pęknięciu pęcherza płodowego bole ustały. Płód i łożysko wydobyto z jamy brzusznej przez otwór w tylnym sklepieniu. Wyzdrowienie.

III. J. SAKS. „Przypadek oderwania sklepień pochwowych podczas porodu (*colpaporrhesis*), po raz drugi się zdarzający u jednej i tej samej osoby“¹⁾.

Przedwcześnie zmarły kolega SAKS umieścił w N-rze 38-ym Gazety Lekarskiej z r. 1902 opis przypadku oderwania sklepień pochwowych od macicy.

20-go kwietnia 1902 r. przywieziono do przytułku położniczego 37-letnią M. B. ze sterzącą na zewnątrz pętlącą kiszek cienkich.

Z wywiadów okazało się, iż chora rodziła po raz dziewiąty. Pierwsze 4 porody miały przebieg normalny. Przy czterech następnych położeniu było nóżkowe. Dzieci rodziły się nieżywe wskutek trudności przy uwolnieniu główki. To samo powtórzyło się przy ostatnim porodzie. Poród trwał 3 dni. Po upływie tego czasu dopiero zawiadano lekarza, który, znalazłszy w pochwie nóżkę, wydobył dziecko, przyczem uwolnienie główki szło znowu bardzo ciężko. Natychmiast po urodzeniu się dziecka ukazały się na zewnątrz kiszki. Chorą przewieziono do przytułku. Tutaj stwierdzono rozerwanie tylnego, lewego i znacznej części prawego sklepienia. Macica z pochwą połączona była jeszcze tylko przez przednie sklepienie, silnie zresztą także uszkodzone. Macica cała. Łożysko usunięto z jamy brzusznej. Do rany założono worek MIKULICZA, pochwę wypełniono gazą jodoformową. Wyzdrowienie.

W roku 1906 kolega SAKS spostrzegł i opisał powtórne pęknięcie sklepienia u tej samej chorej.

Chora rodziła w przytułku. Przy położeniu czaszkowym, po względnie niedługim trwaniu bólów porodowych, nastąpiło pęknięcie tylnego sklepienia. Tamponada gazą jodoformową. Wyzdrowienie. Wysiłek w tylnym sklepieniu.

W listopadzie 1908 roku chora ta, będąc znowu w 8-m miesiącu ciąży, zgłosiła się po poradę do mnie. Stwierdziłem: wzrost chorej mały, brzuch bardzo obwisły, płód dobrze rozwinięty. Wymiary miednicy: *spinæ* 26, *cristæ* 28, *Baudelocque* 19, *conjugatae diag.* 9,5. Wobec znacznej grubości kości łonowej, sprzężną prawdziwą oceniłem na 7,5. Część pochwowa naderwana, w pochwie liczne blizny, zwłaszcza w tylnym sklepieniu. Poradziłem chorej, by udała się do przytułku i napisałem do kolegi SAKSA, proponując wywołanie u chorej przedwczesnego porodu.

O losach jej dowiedziałem się później od kolegi SAKSA i z kart szpitalnych, co następuje:

Chora zjawiła się w przytułku dopiero 17-go grudnia już z bólami porodowymi. 20-go grudnia wypisała się jednakże, ponieważ bole się uspokoiły.

¹⁾ Medycyna 1906.

Zjawiła się powtórnie dnia 28-go grudnia w stanie rozpaczliwym. W domu miała przez całą dobę silne bole. Akuszerka zapewniała ją, że wszystko w porządku, dopiero gdy zjawiły się wymioty i widoczne osłabienie, chorą odstawiono do przytułku. Tutaj stwierdzono: wygląd chorej bardzo zmieniony, tętno niewyczuwalne, brzuch niepomijnie wzdęty, bolesny. Płód wyczuwa się bezpośrednio pod powłokami brzuszniemi. Przy badaniu przez pochwę znaleziono główkę ruchomą, obok niej łożysko. Krwawienie z pochwy dosyć obfite. Próba dokonania wymóżdżenia nie udała się z powodu ruchomości główki. Płód wydobyto zapomocą obrotu na nóżkę. Waga dziecka 3400 grm., obwód główki 35 ctm. Stwierdzono znowu pęknięcie sklepień: tylnego, prawego i lewego. Ręka wchodzi swobodnie do jamy brzusznej i wyczuwa pętlice kiszkowe. Macica dobrze skurczona. Tamponada rany i pochwy gazą jodoformową; zastrzyknięcie roztworu soli kuchennej i kamfory. Brzuch w dalszym ciągu bardzo bolesny. Wymioty nieustanne. Chora zmarła na 6-y dzień po porodzie, wśród objawów zapalenia otrzewnej.

Zestawione przypadki stwierdzają przewidywaną *a priori* skłonność do powtórzenia się pęknięcia sklepień u osób, które je już przebyły. Leczenie zapobiegawcze tak samo, jak u rodzących po pęknięciu macicy polega na wywołaniu przedwczesnego porodu, lub dokonaniu cięcia cesarskiego podczas porodu.

Wrzesień 1909.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

71. Nicolas, M. Favre, Cl. Gautier i L. Charlet. Odczyn naskórny i śródskórny z syfiliną u syfilityków.

Pomyślne wyniki w rozpoznawaniu gruźlicy przy pomocy szczepienia tuberkuliny sposobem PIRCKET'a, zachęciły autorów do analogicznych doświadczeń nad szczepieniem jadu syfilitycznego. W braku jednak sztucznej hodowli swoistego zarazka, posilkowano się glicerynowym wyciągiem z wątroby płodu dziedziczno-syfilitycznego, obfitującej, jak wiadomo, w krętki blade. Wyciąg ten, zgęszczony i wyjałowiony przy temperaturze 115°, szczepiono 29-u syfilitykom w rozmaitych okresach choroby: 2-u z pierwotnym stwardnieniem, 20-u w pełni okresu drugorzędowego z mniej lub więcej wyraźnymi objawami, 5-u trzeciorzędnym, 1-u czwartorzędnemu (*glossitis tertiaria cum leucoplasia linguae et mucosae oris*), 1-u dziedzicznemu syfilitykowi. Jednocześnie dla kontroli dokonano szczepień 9-u osobnikom, u których można było wyłączyć przebyty lub obecny syfilis, a którzy mieli inne cierpienia: gruźlica, nabłoniak migdałka, *sclérose et plaques*, wrzód miękki i t. d.

Odczyn naskórny wypadł naogół ujemnie, co potwierdziło ostatnie doświadczenia JADASSOHN'a, który w szeregu szczepień otrzymał tylko jeden raz odczyn dodatni w przypadku ciężkiej postaci syfilisu.

Odczyn zaś śródskórny z 50%-ową i 25%-ową syfiliną w fizyologicznym, wyjałowionym roztworze soli kuchennej dał wyniki godne bliższej uwagi. Z 29-u wyżej wzmiankowanych przypadków otrzymano 13 razy odczyn bardzo doda-

tni [żywa czerwonosc i twarde nacieczenie skóry o 2-u—4-ch ctm. średnicy, obrzęk i wyraźne guzowate zgrubienie w skórze], 4 razy lekko dodatni [czerwonosc i mało wydatne nacieczenie], 5 razy wątpliwy i 7 razy ujemny. Co jednak ważniejsze to, że odczyn powyższy ani razu nie zawiódł w przypadkach trzecio- i czwartorzędnego syfilisu, t. j. u chorych, głęboko dotkniętych jadem syfilitycznym, gdy we wczesnych okresach choroby wypadł zaledwie w połowie przypadków.

Kontrolne szczepienia zawsze pozostały bez wyniku, jeżeli nie brać pod uwagę chwilowego pokrzywkowego zaczerwienienia skóry, występującego przy wszystkich doświadczeniach bezpośrednio po zaszczeniu syfilisu. Właściwy odczyn uwidocznił się dopiero po kilkunastu godzinach do dwu dni.

Doświadczenia te są zbyt szczupłe i technika ich zapewne nie jest bez usterek, aby można było z nich obecnie wysnuć jakieś wnioski ostateczne; atoli potwierdzone i uzupełnione dalszemi pracami, pozwolą przypuszczać, że zdobyto nową metodę rozpoznawania syfilisu, głównie bardziej odległych jego okresów.

(*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1910, Nr. 5.*)

Al. Racinowski.

72. I. Baur. Zastosowanie cytologii w rozpoznaniu chronicznego trypra.

Zmiany w śluzówce cewki moczowej męskiej w następstwie tryprowego zapalenia są dwojakie: histologiczne i czynnościowe. Normalny wyścielający cewkę nabłonek walcowaty zamienia się na płaski wielowarstwowy; w warstwie zaś mięśniowej występuje zgrubienie włókien mięśniowych, a głównie rozrost pierwiastków łączno-tkankowych. Zmiany te, w miarę przesuwania się, powodują atonię ścianek kanału i trwałe powstawanie światła w cewce, skutkiem czego oddawanie moczu staje się przedłużone i niezupełne tak, iż część pozostałego moczu w cewce w połączeniu z komórkowymi składnikami tworzy mniej lub więcej obfitą wydzielinę.

Badanie mikroskopowe tej wydzieliny i stan cewki da się ująć w następujący sposób:

N a b ł o n e k		Ciałka ropne		Stan cewki
walcowaty	płaski	jednoją-drowe	wielo-jądrowe	
jest	niema	niema	niema	Lekkie zapalenie przebyte. Cewka bez zmian. Wyzdrowienie.
jest	jest	niema	niema	Zapalenie trwało długo, pozostawiając zmiany w nabłonku. Wyzdrowienie.
niewiele	b. wiele	niewiele	niema	Skleroza cewki. Objawy przewlekłego zapalenia.
jest	jest	niewiele	b. wiele	Skleroza cewki. Obostrzenie sprawy przewlekłej.

(*La Presse med. 1910, Nr. 3.*)

A. Racinowski.

73. K. H. Kutscher. O dezynfekcyi skóry zapomocą nalewki jodowej.

Od pewnego czasu stosowana jest przez chirurgów z dobrym skutkiem dezynfekcyja skóry zapomocą nalewki jodowej. Jedni radzą uprzednio obmyć pole operacyjne zapomocą mydła i wody, drudzy [A. Grossich] radzą tylko w wigilię operacyi wziąć kąpiel całkowitą, a przed samą operacyą pola operacyjnego nie obmywać, tylko wypendzlować 10% - ową nalewką jodową oraz przed rozpoczęciem narkozy, drugi raz bezpośrednio przed operacyą. Grossich wychodzi z założenia, że nalewka jodowa zupełnie wyjaławia skórę, t. j. niszczy wszystkie w niej znajdujące się zarazki. Zdanie to stoi w sprzeczności ze znanymi dotychczas faktami, które wykazały, że nawet najsilniejsze antyseptyki, jak np. sublimat, woda utleniona nie są w stanie skóry wyjałowić, tak, że zwątpiono wogóle o możliwości wyjałowienia rąk i skóry i starano się tylko przez skądzać dostawaniu się zarazków ze skóry i rąk do rany.

Okazała się potrzeba rewizyi poglądów Grossich'a, aczkolwiek opartych na doświadczeniach [WALTER, TOURAINE]. KUTSCHER, lekarz sztabowy, wykonał w pracowni higieniczno-chemicznej akademii Króla Wilhelma (*Kaiser Wilhelms-Akademie*) szereg doświadczeń, mających na celu sprawdzenie poglądów Grossich'a. Okazało się, że nalewka jodowa nie posiada żadnych szczególnych własności bakteryobójczych. Ze skóry uprzednio zakażonej różnego rodzaju pasorzytami chorobotwórczymi (karbunkul, gronkowiec złocisty, *bac. pyocyaneus*) i dezynfekowanej sposobem Grossich'a otrzymywano hodowle tych drobnoustrojów, które okazywały się zabójczymi dla świnek morskich. Należy zatem szukać przyczyny dobrych wyników metody Grossich'a nie w bakteryobójczem działaniu nalewki jodowej, lecz gdzie indziej. Alkohol, podobnie jak jod, działa na skórę osuszająco [odciąga wodę], ściągająco, przez co utrudnia wydalanie się z niej zarazków (*Keimbabefähigkeit*). Na tej zasadzie oddawna stosuje się alkohol do dezynfekcyi rąk, a także i do dezynfekcyi skóry. Połączenie jodu z alkoholem działanie to potęguje. Mając jednak na pamięci, że jod zarazków nie zabija, należy skórę, podejrzaną o jakąś specjalną zarazę, uprzednio poddać mechanicznemu oczyszczeniu przez wyszorowanie mydłem. W większości przypadków jest to niepotrzebne i sposób Grossich'a wystarcza do otrzymania dobrych wyników klinicznych, ale nie należy zapominać, że działanie tego sposobu nie opiera się na bakteryobójczem działaniu nalewki jodowej.

(Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 9).

P.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

VI posiedzenie naukowe 18 go lutego 1910 r.

I. RYDYGIER [jun.] przedstawia: 1) trzech chorych operowanych metodą BRAMANN'a; 2) dwu chorych operowanych wskutek ropni mózgu; 3) dwu chorych po wycięciu zwoju GASSERA; 4) chorą po wycięciu mięsaka migdałka.

II. ORZECHOWSKI omawia klinicznie przypadki operowane metodą BRAMANN'a, mówi o wskazaniach do tego zabiegu i dodatnich jego wynikach.

Dyskusya: RYDYGIER [senior], BARĄCZ, BEDNARSKI i prelegenci podnoszą zalety nakłucia BRAMANN'a w porównaniu z trepanacyą dekompressyjną.

III. OSTROWSKI przedstawia: 1) chorego po wycięciu krtani z powodu raka; 2) przyrząd BLUNKA do tamowania krwawienia.

Dyskusya: LITWINOWICZ, RYDYGIER [senior].

IV. RYDYGIER [senior] przedstawia preparat i chorego po wycięciu odźwiernika.

VII posiedzenie naukowe 25-go lutego 1910 r.

I. SOŁOMOWICZ przedstawia: 1) chorego 13-letniego z guzem na podstawie mózgu; 2) chorą z *polyneuritis*.

Dyskusya: FRANKE, RENCKI, prelegent.

II. MARISCHLER omawia przypadek torbieli trzustkowej z dokładnym badaniem wydzieliny tejże, jako też kału i moczu chorego i mówi o sposobach rozpoznawania cierpień trzustki.

Dyskusya: MORACZEWSKI.

III. QUEST wygłasza: „O etyologii tężyczki u dzieci“. Badania doświadczalne prelegenta na psach wykazały obniżenie pobudliwości przy zwiększaniu się zawartości wapna w tkankach i na odwrót. Stąd wnioski lecznicze.

VIII posiedzenie naukowe 4-go marca 1910 r.

I. BOCHEŃSKI przedstawia 2 chore z zarośnięciem pochwy: jedna po urazie, druga po porodzie.

II. STUZIŃSKI wygłasza: „W sprawie fizjologicznego działania wyciągów z nadnercza“.

Wyniki prelegenta z doświadczalnej pracy:

1) w nadnerczach znajdują się dwa ciała: wazodilatyna i adrenalina, działające obwodowo i znajdujące się w nadnerczu nie w jednakowych ilościach;

2) podział narządów na hiper- i hipotenzyjne niema racji bytu, gdyż każdy narząd posiada jedno i drugie ciało.

Dyskusya: GLUZIŃSKI: podział taki z punktu widzenia klinicznego jest zupełnie uprawniony.

POPIELSKI mówi o trudnościach przy wykazaniu obecności wazodilatyny w nadnerczach i o jej własnościach chemicznych. BECK kwestyonuje obwodowe działanie adrenaliny. NOWICKI na zasadzie swoich doświadczeń wnioskuje, że długotrwałe obniżenie ciśnienia nie wpływa na układ chromochłonny. HORNOWSKI kwestyonuje wynik badań NOWICKIEGO. MORACZEWSKI mówi o własnościach chemicznych wazodilatyny. Prelegent odpowiadał na zarzuty.

IX posiedzenie naukowe 11-go marca 1910 r.

I. HORNOWSKI przedstawia: 1) owrzodzenie gruźlicze przełyku, powstałe drogą inokulacji; 2) dyfteryę żołądka; 3) sztuczny odbyt u dziecka; 4) uchyłek krtani; 5) włókniaki, które leżały wolno w jamie brzusznej.

II. BIERNACKI wygłasza: „Sól kuchenna, a przemiana mineralna“. Badania na psach, wykonane przez prelegenta, wykazały, że przy podawaniu pokarmu, zawierającego większe ilości soli kuchennej, ustrój ubożeje w potas z powodu nadmiernego wydzielania tegoż. Zatem przy pokarmie mięsny, ubogim w potas, spożywanie większych ilości soli kuchennej może być szkodliwe dla organizmu.

Dyskusya: GLUZIŃSKI i MORACZEWSKI starają się dać objaśnienie fizyczne dla spostrzeganych faktów.

Prelegent — nie jest skłonny do czysto fizycznego ich objaśniania.

X posiedzenie naukowe 18-go marca 1910 r.

I. LATEINERÓWNA przedstawia 11-letnią chorą z porażeniem połowiczem po odrze i zastanawia się nad jego przyczyną.

Dyskusya: RIKINGER, HORNOWSKI, CZARNIK i prelegentka, która skłania się do rozpoznawania w danym przypadku, zgodnie z HORNOWSKIM, *encephalitis haemorrhagicae*.

II. CZERNECKI przedstawia chorobę i preparaty mikroskopowe *anguillula intestinalis* i zwraca uwagę na eozynofilię krwi w danym przypadku.

Dyskusya: HORNOWSKI.

III. KONOPACKI przedstawia dwa potworki: 1) *acardiacus acephalus* u człowieka; 2) *pygopagus parasiticus* u koguta i omawia sposób ich powstania.

IV. MORACZEWSKI wygłasza: „O wplywie pożywienia na indykan w moczu”. Z badań prelegenta wynika, że powiększenie indykanu w moczu nie zależy od zwiększonego gnicia w przewodzie pokarmowym. Indykan ma pochodzenie tkankowe.

Dyskusya: BECK, SIERADZKI, prelegent.

XI posiedzenie naukowe 1-go kwietnia 1910 r.

I. ŁUKASIEWICZ przedstawia dwu chorych z *lichen ruber planus*.

II. RYDYGIER [junior] przedstawia: 1) dwu chorych po wycięciu zwoju GASSERA; dwu po wycięciu nowotworów gardzieli swoim sposobem; 3) chorego z przeszczepieniem mięśnia krawieckiego dla doszczętnego wyleczenia przepukliny pachwinowej.

Dyskusya: RYDYGIER [senior], ZIEMBICKI [senior] RENCKI, ŁUKASIEWICZ, prelegent.

III. LEŃKO przedstawia chorego, u którego wyjął wśródpęcherzowo brodawczak zapomocą pętli galwanokaustycznej i omawia sposób operacji, oraz okazuje cystoskop operacyjny.

Dyskusya: RYDYGIER [senior] jest zwolennikiem operowania guzów pęcherza przez cięcie nadłonowe. GRELIŃSKI jest zwolennikiem operacji wśródpęcherzowej. ZIEMBICKI [senior] operuje tak lub inaczej, zależnie od przypadku. Pozatem zabierali głos: HORNOWSKI, LESZCZYŃSKI, prelegent.

XII posiedzenie naukowe 8-go kwietnia 1910 r.

I. SABAT przedstawia zdjęcie rentgenograficzne z przypadku kamicy nerkowej, omawia sam przypadek i trudności takiego zdjęcia.

II. HINZE wygłasza: „O działaniu biologicznem i leczniczem prądu o wielkiej chyżości”.

Prelegent opisuje przyrząd dla arsonwalizacji, mówi o jego działaniu i wynikach leczniczych otrzymywanych; następnie omawia znaczenie elektrycznej termopenetracji dla leczenia spraw nowotworowych.

J. Hornowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie 15-go marca 1910 r.

1) GLIŃSKI M. przedstawia z oddziału dra CHEŁCHOWSKIEGO dwa przypadki białaczki przewlekłej, wynikłej wskutek urazu oraz odnośne preparaty ze krwi, pierwszy dotyczący 62-letniego robotnika [ciałek czerwonych 2,344,000, białych 43,890, w tej liczbie 70% limfocytów], prelegent zalicza właściwie do form granicznych między leukemią właściwą a pseudoleukemią; drugi dotyczy 22-letniego chłopca, u którego znaleziono ciałek czerw. 2,330,000, c. białych 626,400 z przewagą myelocytów.

Xeroform

Zupełnie nie trujący proszek do posypywania ran.

Nie drażniący, dający się wyjaławiać, osuszający, bardzo silnie odwniający, posiadający w wysokim stopniu własność odtwarzania nabłonka. Zmniejsza wydzielinę rany i dzięki temu usuwa obawę zakażenia. Nadzwyczaj przydatny do suchych opatrunków. Wymaga rzadkiej zmiany opatrunków. Środek swoisty w wyprysku sączącym, wrzodzie gołeni i ranach po oparzeniu.

Novargan

Nawet w silnych roztworach nie drażni, wskutek czego odpowiedni do leczenia ostrej rzeżączki.

Próby i literaturę dostarcza darmo:

Chemiczna fabryka von Heydena, RADEBEUL-DREZNO
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzona na wystawach złotymi medalami i dyplomami uznania.

Mydła przethuszczone
hygieniczne i lecznicze

z zastosowaniem najnowszych
wskazań nauki (jak albuminowe,
antrasolowe i t. p.)
oraz

środki higieniczno-kosmetyczne
wyrabia ——— APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

Nowy Świat Nr. 35, w Warszawie.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES

Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. } 2° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
3° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés. — FLAGON: 3 fr. 90 cop. Maison HENRY MURE. A. GAZAGNE, Ph^{ce} de 1^{re} classe, Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Nabyć
można
we
wszystkich
aptekach
i
składach
aptecznych.

ZAWADZKI nie uważa tej sprawy jeszcze za przesądzoną, czego dowodem ś. p. dr KRYŻE, dotknięty niewątpliwą leukemią, u którego po zastosowaniu promieni ROENTGEN'a nastąpiła 5-letnia poprawa.

3) MINTZ przedstawił chorego z rakiem żołądka, u którego wystąpiły liczne przerzuty w tkance tłuszczowej skóry brzucha; jest to jedno z rzadszych powikłań raka żołądka. W tkance tłuszczowej daje się wy-czuć mnóstwo rozsianych guzików różnej wielkości.

W dyskusyi RZĘTKOWSKI podaje, iż spostrzegał przerzuty w skórze brzucha w przypadku raka płuc. ODERFELD widział przerzuty w skórze w różnych przypadkach raka, np. w raku sutki; tego rodzaju przerzuty znacznie pogarszają rokowanie.

4) GRUNDZACH i TUCHENDLER przedstawiają chorego z owrzodzeniem syfilitycznym odbytnicy. Wygląd owrzodzenia w rektoskopie i przebyte syfisy naprowadzają G. i T. na myśl o wspomnianym charakterze danej sprawy. Rozpoznanie to jest przypuszczalne, ponieważ nie ma pewnego kryterium dla stwierdzenia syfilitycznego charakteru owrzodzenia. Zdarzyć się przeto może, że owrzodzenia uważane dziś za syfilityczne, później za co innego uważane być muszą [np. za raka]. Owrzodzenia syfilityczne w odbytnicy powstają na tle lepeży lub z powodu rozpadu gumatów.

W dyskusyi ZAWADZKI sądzi, że duże rozprzestrzenienie owrzodzenia w danym przypadku przemawia raczej za nowotworem złośliwym, niż za syfiliem, ale leczenie antysyfilityczne jest w każdym razie wskazane.

5) KNAPPE zwraca uwagę na niewyzyskany dotychczas objaw rozpoznawczy prosówki gruźliczej (*tuberculosis miliaris*), z okazji przypadku, spostrzeganego na oddziale dra HEWELKEGO w szpitalu Św. Rocha.

W przypadku tym, którego historję K. szczegółowo podaje, rozpoznawano tyfus brzuszny na tej zasadzie między innymi, że znaleziono leukopenię, chociaż aglutynacja z odczynnikiem tyfusowym dra KARWACKIEGO dała dwa razy wynik ujemny. Na sekcyi znaleziono gruźlicę prosówkową. Leukopenię w tej chorobie znajdowało wielu autorów. KNAPPE proponuje, ażeby w tych przypadkach, które przebiegają pod postacią tyfusu brzuszego, a nie dają odczynu aglutynacyjnego z lasecznikiem tyfusowym, ale w których zato znajdujemy leukopenię, rozpoznawać gruźlicę prosówkową.

W dyskusyi RZĘTKOWSKI sądzi, że na zasadzie leukopenii nie można odróżniać gruźlicy prosówkowej od tyfusu, bo w obu tych sprawach występuje leukopenia. Do różniczkowania nadawał się w danym przypadku inny objaw, mianowicie duszność, która skłaniała rozpoznanie ku gruźlicy. Co się tyczy braku aglutynacji, to należy przerobić różne aglutynacje.

KNAPPE w odpowiedzi kol. RZĘTKOWSKIEMU twierdzi, że duszność, jako objaw banalny, nie może skłaniać rozpoznanie w żadną stronę. W obecności leukopenii należy koniecznie wykonać aglutynację na laseczniki swoiste durowe i dopiero po otrzymaniu wyników ujemnych z zupełną niemal pewnością wnioskować można o prosówce gruźliczej; w innych sprawach, prócz tyfusu i prosówki, nie notowano leukopenii. Co się zaś tyczy całego szeregu spraw paratyfusowych, to wikać one rozpoznania nie mogą choćby ze względu na to, że w silnych koncentracjach, z jakimi w klinice manipulujemy [1:50], zarówno tyfus, jak i paratyfusy dają aglutynację; różniczkowanie tyfusu od paratyfusów następuje dopiero w koncentracjach słabszych.

Mając przeto dwie postaci chorobne, w których występuje leukopenia, po wykluczeniu tyfusu zatrzymać się musimy na prosówce gruźliczej. —

6) GRUNDZACH odczytał rzecz: „O przepuklinie nadbrzuszej (*hernia epigastrica*) ze stanowiska internisty“.

Autor omówiwszy na wstępie stosunki anatomiczne linii mostkowo-pepkowej, podaje rozmiary tych przepuklin, częstość ich powstawania na zasadzie danych z literatury i własnych spostrzeżeń, uważając je za niezbyt rzadkie. Przytacza dalej warunki powstawania, objawy, rozpoznanie i leczenie.

W dyskusyi MINTZ sądzi, że przypadki przepuklin nadbrzusnych nie są rzadkie i że chirurdzy dość często je operują; przytacza swój przypadek, w którym po dokonanej operacyi bole znów wystąpiły, prawdopodobnie wskutek wrzodu żołądka.

TUCHENDLER komuikuje dane dotyczące chorego z przepukliną w dołku podsercowym, przedstawionego na poprzednim posiedzeniu. Chory ma lat 32, od 3-ich lat doznaje po wysiłku fizycznym i po jedzeniu obfitszem napadów bólu, który rozpoczynając się powyżej pępka na linii środkowej, rozprzestrzenia się na cały brzuch; miewa często nudności i wymioty; bardzo wychudł.

Przy badaniu na przestrzeni od wyrostka mieczykowatego do pępka istnieje nieznaczne rozsuniecie się mięśnia prostego; przy kaszlu wypuklenie w tem miejscu. Pozatem nic więcej patologicznego. T. podnosi ważność poruszonej przez prelegenta sprawy, o której pomimo jej dużego klinicznego znaczenia bardzo mało albo nic nie znajdujemy w podręcznikach.

SIERPIŃSKI uważa przypadki przepuklin nadbrzusnych wogóle za nieczęste.

RÓBIN sądzi, że omawiane przypadki są dość częste, tylko pewna część tych chorych, zwłaszcza z większemi przepuklinami, wprost zwraca się do chirurgów, pewna zaś część tych przypadków nie bywa rozpoznawana, zwłaszcza przepukliny małe, które występują wyłącznie tylko przy kaszlu, w pozycyi stojącej lub t. p.

Musimy tedy przy badaniu naszych chorych o istnieniu przepuklin pamiętać, chorych w różnych pozycyach badać i przy różniczkowaniu przyczyny bólów między innemi i to cierpienie uwzględniać. Operacya w tych razach jest tak bezpieczna, że chyba w każdym przypadku przepukliny nadbrzusnej należy ją polecać.

ODERFELD potwierdza, że przepukliny nadbrzusne w praktyce chirurgicznej są dość częste i zwraca uwagę, że nieraz współistnieją jednocześnie dwie przepukliny; bole po operacyi mogą być zależne od powikłań przyoperacyjnych.

RYSZARD HERTZ przytacza z oddziału JANOWSKIEGO przypadek, w którym przepuklina powstała po dźwignięciu ciężaru.

GRUNDZACH odpowiada, że szło mu głównie o przypomnienie internistom o istnieniu małych przepuklin nadbrzusnych, powodujących różne dolegliwości żołądkowe; sądzi, że ciekawy jest istotnie podany przez TUCH. szczegół, że bole mogą się wzmacniać przy pełnym żołądku, zgadza się, że należy chorych badać w różnych pozycyach i dodaje jeszcze, że właśnie w literaturze były opisane przypadki współistnienia przepukliny nadbrzusnej z wrzodem żołądka.

W. Robin.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku I tegoroczny zeszyt Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. i zawiera pracę K. DŁUSKIEGO i M. ROSPRZDZIŃKOWSKIEGO p. t. „Badania krwi według metody ARNETH'a wogóle i specjalnie w gruźlicy“, dalszy ciąg F. GIEDROJCA „Źródła do

dziejów medycyny w dawnej Polsce⁴. W protokołach posiedzeń Tow. Lek. Warsz., jak zwykle, szwankuje korekta.

— Wyszedł III zeszyt [maj i czerwiec] Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego i zawiera M. PIETKIEWICZA: „Przypadek wypadnięcia przez cewkę moczową torbieli ujścia moczowodu u kobiety 30-letniej“, A. MARCINKOWSKIEGO⁴: „O zabiegu PHELPSA“. Prócz tego streszczenie zbiorowe BR. SZYBOWSKIEGO: „Zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży“, oraz szereg streszczeń z chirurgii i ginekologii. W końcu znajdują się protokoły z posiedzeń chirurgicznych i ginekologicznych w Warszawie Tow. Lek. do stycznia włącznie. W dziale bibliografii podano ocenę Dyagnostyki anatomo-patologicznej DMOCHOWSKIEGO przez L. KRYŃSKIEGO.

— Nakładem istniejącego w Hadze „Bureau préliminaire de la fondation pour l'internationalisme“ wydano książkę p. t. „L'internationalisme médical“, napisaną przez dra ЕІВКМАН'а. Autor podaje historię wszelkich zjazdów i konferencji międzynarodowych, uważa, że instytucji tych jest za wiele, praca w nich zanadto się rozprasza, często niepotrzebnie powtarza, że organizacja ich nie jest prawdziwym wyrazem stosunków naukowo-lekarskich wszystkich krajów i narodów, a zebrania zbyt są przeciążone balastem przemówień urzędowych i wykładów bezwartościowych. Gdy komitety narodowe będą rzeczywistym przedstawicielstwem kół naukowo-lekarskich danego kraju, to „oparta na nich międzynarodowa organizacja ogólna będzie miała istotną powagę w całym świecie, i nie będzie do tego potrzebne, aby się rządy do niej mieszały“. Autor proponuje, aby istniejący w Hadze międzynarodowy Komitet zjazdów lekarskich postarał się o utworzenie stałych komitetów narodowych, składających się z przedstawicieli towarzystw lekarskich z udziałem przedstawicieli akademii i wydziałów lekarskich; komitety takie wysyłałyby do Komitetu międzynarodowego swych delegatów, zbierających się na konferencje naukowe. Zjazdy ogólne obradowałyby tylko nad tematami ważnymi, opracowanymi przez konferencje. Zjazdy powinny być urządzone przez komitety miejscowe, powstające w siedzibie Zjazdu; przemówienia urzędowe powinny być na nich zniesione, zebrania natomiast towarzystwie uważa autor za pożyteczne.

(Przeł. Lekt.).

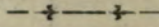
— Pisma codzienne donoszą o dwu sprawach karnych przeciwko lekarzom, których pociągnięto do odpowiedzialności za wydanie fałszywego świadectwa. Jednego z nich dra P., jako lekarza powiatowego, Izba sądowa skazała na złożenie z urzędu, drugiego—dra H.—na dwa miesiące aresztu na odwachu. Skargi podane na te wyroki, Senat pozostawił bez skutku.

Smutne te fakty, poniżające w najwyższym stopniu godność stanu lekarskiego, dowodzą, jak lekkomyślnie niektórzy lekarze szafują podpisem swoim, gdy chodzi o zadośćuczynienie przestępnym żądaniom klienteli w sprawach, podlegających kompetencji lekarskiej. Zdarza się, niestety, nieraz, że chciwość kieruje lekarzem, gdy świadczy fałszywie na korzyść klienta; najczęściej jednak wyzyskiwaną tu jest słabość charakteru jego. Czy tak, czy inaczej—lekarzowi nie wolno lekceważyć doniosłości słowa, przysięgi lub podpisu swego. Porządek społeczny i honor korporacji wymagają od lekarza postępowania pod tym względem bez zarzutu.

— Zjazd Sędziów Pokoju w Saratowie niewinili lekarza szpitala miejskiego, URBAŃOWICZA, który nie pozwolił żandarmom na badanie ciężko chorego.

— Projekt ustawy emerytalnej dla urzędników zarządu miejskiego w Moskwie określa termin służby dla lekarzy miejskich na lat 35. „Wraczebnaja Gazeta“, z której wiadomość tę czerpiemy, opatruje ją wykrzyknikiem, dowodząc, że mało kto będzie mógł wysłużyć całą emeryturę, ponieważ zaledwie $\frac{1}{20}$ część lekarzy osiąga 60-go roku życia. Gazeta widocznie nie wie, że u nas termin ten wynosi lat 40.

NEKROLOGIA



W dniu 17 kwietnia r. b. w Spiczynach na Ukrainie zmarł na tyfus płamisty ś. p. dr FRANCISZEK BŁOŃSKI. Urodzony w r. 1867 w Warszawie, ukończył wydział lekarski w r. 1891 i osiadł w Spiczynach, jako lekarz kilku tamtejszych cukrowni.

Zmarły z zamiłowaniem oddawał się przyrodoznawstwu. Jeszcze jako uczeń gimnazjum ogłaszał swe spostrzeżenia botaniczne w Pamiętniku fizyograficznym [1885]. Za rozprawę p. t. „Grzyby podstawko-zarodnikowe okolic Warszawy“ otrzymał medal srebrny w Uniw. Warszawskim. W r. 1887 i 1888 wspólnie z DRYMMEREM i EJSMONDEM badał florę puszczy Białowieskiej. Liczne prace swoje o grzybach i mchach polskich ogłaszał w pismach specjalnych. W r. 1889 dokończył i wydał pracę prof. F. BERDAUA p. t. „Flora Tatr, Pienin i Beskidu zachodniego“. W r. 1891 Komisya fizyograficzna Akademii Umiejętności w Krakowie mianowała go swoim członkiem. Chwile wolne od pracy zawodowej poświęcał gromadzeniu materiałów i pisaniu obszernego, a nie wydanego dotąd dzieła p. t. „*Flora polonica*“.

Ś. p. BŁOŃSKI był gorliwym działaczem na polu oświatowym i społecznym. Jeszcze jako 19-letni młodzieniec był więziony za podejrzenie o tajne nauczanie. W znacznej mierze przyczynił się do założenia związku polskiego w gub. Kijowskiej z siedzibą w Berdyczowie.

Przez śmierć ś. p. BŁOŃSKIEGO nauka polska i korporacya nasza lekarska ponosi dotkliwą stratę. Zmarł, jako bojownik na polu chwały. Cześć Jego pamięci!

Ś. p. EDWARD UŚCIEŃSKI zmarł w Warszawie w dniu 26 b. m. Urodzony w r. 1840 w Łomży, kształcił się w Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie, następnie zaś, po wypadkach r. 1863, w których brał czynny udział i za które cierpiał, uzyskał dyplom w b. Szkole Głównej. Jako lekarz osiadł w Maryampolu, gdzie wkrótce zyskał rozległą praktykę i uznanie wśród okolicznej ludności. Obok działalności lekarskiej pracował wiele na polu społecznym.

Ś. p. TEOGOR STĘPNICKI zmarł w Wyszkanie nad Bugiem dnia 28-go kwietnia, przeżywszy lat 60.

Do numeru niniejszego dołącza się, jako dodatek bezpłatny, ogłoszenie laboratorium chemicznego przy aptece magistra H. KLAWEGO o nowych specyfikach.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.