

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAŁ

D-r JAN SĘDZIAK

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

(*Dalszy ciąg*).

Powyższe cyfry dowodzą, że tak jak u Krieg'a i w mojej statystyce po większej części na zanikowy nieżyt nosa zapadają kupcy, oraz uczniowie, następnie rolnicy i urzędnicy, rzadziej już księża, studenci, oficerowie, lekarze i nauczyciele.

Uderzająca częstość występowania tego cierpienia u uczącej się młodzieży obojga płci znajduje swoje objaśnienie, jak to już wspomniałem, przedewszystkiem w zaburzeniach stanu ogólnego (niedokrwistość, blednica, żolzy), mających swoje źródło prawdopodobnie między innymi w zbyt ciężkim przeciążeniu pracą umysłową, jakoteż i od wielu innych nadużyć—zwłaszcza w sferze seksualnej (onanizm itp.).

Częste występowanie zanikowego nieżyty nosa u kupców

i urzędników jest prawdopodobnie warunkowane stałem wdychaniem nieczystego powietrza w sklepach, pokojach zadymionych itp., w ogóle zajęciem tego rodzaju chorych.

Uderzającym jest jednakże stosunkowo rzadkie występowanie tego cierpienia u aptekarzy, pracujących również w warunkach niehygienicznych. Również trudnem jest do zrozumienia, dla czego nieżyt zanikowy nosa spotykamy tak często stosunkowo u rolników-obywateli ziemskich, żyjących przecież w warunkach, jakby się zdawało, najmniej sprzyjających powstawaniu tego rodzaju cierpienia.

Etyologia nieżytku zanikowego nosa, zarówno zwykłego, jakoteż i cuchnącego (ozena) nie jest dotąd stanowczo rozstrzygnięta. Wiemy tylko, że do ogólnie usposabiających momentów należą przedewszystkiem:

1) uraz, notowany w mojej statystyce 8 razy (Jurasz na 215 przyp. 2 razy). Zwykle datuje się on od dzieciństwa podczas prób chodzenia, czasem jednak w późniejszym wieku, jako uderzenie, lub upadek na nos. Zwykle bezpośrednio następstwem urazu bywa skrzywienie przegrody nosa, następnie zaś zanikowy nieżyt nosa wzgl. ozena.

Tutaj należy też odnieść występowanie tego cierpienia w następstwie zabiegów operacyjnych w nosie—przedewszystkiem rezekcyj muszel dolnych.

Przypadek tego rodzaju spostrzegł Stéwart.

Ja również spostrzegłem występowanie typowej ozeny w jednym przypadku, dotyczącym 20-letniej anemicznej chorej po galwanokaustycznej operacji na muszli nosowej prawej.

W ogóle jestem zdania, że nadużycie w leczeniu miejscowem spraw chorobowych nosa, jakie niewątpliwie daje się zauważyć w ostatnich czasach i na co również zwrócił w specjalnym artykule uwagę John Mackenzie z Baltimore'u, może również między innymi działać w sensie ujemnym na nieżyt przewlekły nosa, powodując jego postać zanikową zwykłą, a nawet cuchnącą tj. ozene.

2) Ostre sprawy zakaźne odgrywają też bardzo wybitną rolę—jako momenty usposabiające do nieżyty zanikowego nosa.

Do nich przedewszystkiem należą: influenza (16 razy w mojej statystyce), następnie dyfteryt resp. krup (4 razy), tyfus (4), wreszcie ospa (2 razy).

Thomson spoztrzezał również jeden przypadek ozeny po tyfusie, Jurasz zaś i Wyss po szkarlatynie (2 i 1 przyp.); spoztrzegano też to cierpienie w następstwie odry (Jurasz) i róży twarzy (Jurasz).

3) Ogólne sprawy chorobowe—jakoto blednica i niedokrwistość (56 razy w mojej statystyce), żolzy (112 razy), wreszcie gruźlica płuc (84 razy — z tych 24 razy gruźlica krtani).

Jurasz spoztrzezał również stosunkowo dość często w swojej praktyce niedokrwistość i żolzy.

Wzajemny stosunek między gruźlicą a nieżytem zanikowym nosa przewlekłym jest bardzo ważny.

Tak np. Brindel jest zdania, że ozena niewątpliwie usposabia do gruźlicy. Również tego zdania są: Pluder, Swain, Grünwald, Theisen, Freudenthal, Siebenmann, wreszcie Wyss.

Że tak jest, dowodzą cyfry, wykazujące w wielu przypadkach obecność obu tych cierpień.

Tak np. Hamilton na 170 przypadków ozeny spoztrzezał 6 razy gruźlicę, Harris zaś w ogóle w 50%, zaś Wyss więcej, niż w połowie przypadków. Clark również wspomina, że w przypadkach gruźlicy krtani ozena spotyka się często, z czem znowu nie zgadza się Hubbard i Newcomb (ten ostatni autor na 70 przyp. gruźlicy nie widział ani jednego przyp. ozeny).

Ja spoztrzezałem na 1142 przypadków przewlekłego nieżyty zanikowego nosa 84 razy gruźlicę, tj. 7,4%.

Mojem zdaniem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pomiędzy gruźlicą i ozeną istnieje związek przyczynowy i prawdopodobnie obustronny, tj. gruźlica niewątpliwie — podobnie

jak zolży, niedokrwistość resp. blednica usposabia do przewlekłego nieżytu zanikowego nosa i odwrotnie, to ostatnie cierpienie (ozena) może dać powód do rozwoju sprawy gruźliczej—co Krieg nawet uważa za częstsze.

Że tak jest, dowodzi między innymi przypadek Siebenmann'a: 21-letni chory, cierpiący od lat 15 na ozenę—od 2 lat gruźlica.

Ja również spostrzegalem analogiczny przypadek: 17-letnia uczennica z typową świeżą ozeną, połączoną z częstym krwawieniem z nosa; wkrótce na moich oczach rozwinęła się sprawa gruźlicza w płucach, o przebiegu ostrym (phthisis florida) z zejściem śmiertelnem.

Niektórzy autorowie (Siess, Watson) utożsamiają ozenę wzgl. nieżyt przewlekły zanikowy nosa z wilkiem (lupus erythematodes).

Do tej samej kategorii przyczyn usposabiających do zanikowego nieżytu nosa resp. ozeny należy niewątpliwie syfilis, notowany niezwykle często w mojej statystyce—mianowicie 114 razy, tj. około 10%.

Jurasz również często spostrzegał to cierpienie w swoich przypadkach (13 razy na 170 przypadków).

Tej sprawie chorobowej w etyologii nieżytu zanikowego nosa, następujący autorzy przypisują rolę ważną: Stoerk, Hoeffler, John Mackenzie, Gerber, wreszcie Thost.

Rundströmm przeciwnie neguje ten związek przyczynowy.

Z innych spraw chorobowych, które mogą mieć znaczenie usposabiające w powstawaniu zanikowego nieżytu nosa, muszę jeszcze wymienić: otyłość (24 przypadki w mojej statystyce), jakoteż diathesis urica (30 przyp.), wreszcie neurastenia i histerya (48 : 36 przyp.).

Te ostatnie jednak sprawy chorobowe mogą być również następstwem zanikowych spraw w nosie. (d. e. n.).

II. Przymiot pozapłciowy

PODAŁ

D-r WALERY GIEDGOWD

lekarz fabryczny w Józówce.

(*Ciąg dalszy*).

2) Lekarz, lat 40. W 1899 r. podczas usuwania zarażonemu dziecku zmartwiałej szczęki skaleczył się spruchniałym zębem w prawy wskazujący palec. Po 3 tygodniach w miejscu zranienia wystąpiło brunatne twarde owrzodzenie o brzegach nieco zazębionych. Gruczoły pachowe nie obrzmiały. Po 6 następnych tygodniach chory, pomimo braku objawów wtórnych, przystąpił do leczenia swoistego. Po upływie $1\frac{1}{2}$ roku, w ciągu którego to czasu wtarł sobie 140 frykcyi, wystąpiło na piersiach kilka brunatnych grudek, zgrupowanych w postaci półkola. Innych objawów swoistych nie dało się zauważyć. Leczenie, co prawda, i nadal dokonywane było bardzo skrupulatnie. Obecnie kolega ten nie ma żadnych objawów przymiotowych.

Rozpoznanie stwardnień pierwotnych na palcach nie zawsze jest łatwe, jeżeli niema dokładnych danych anamnestycznych. Nieraz chorzy z tem cierpieniem zwracali się do chirurgów z powodu rozpoznanego przez lekarzy zastrzału, lub też nie leczyli się zupełnie, sądząc, że mają do czynienia z panaritium o charakterze mniej ostrym, i o rodzaju swego cierpienia dowiadawali się dopiero po kilkunastu latach z chwilą wystąpienia objawów trzeciorzędnych ¹⁾.

Taylor rozróżnia 4 kategorie pierwotnych stwardnień palców rąk:

¹⁾ Lesser. Berlin. klin. Woch. 1900, XXVIII.

- a) stwardnienia w postaci łuszczącej się grudki;
- b) stwardnienia w postaci owrzodzącej grudki;
- c) stwardnienia bujające;
- d) stwardnienia podobne z wyglądu do zastrzału.

Najpomyślniejszym bywa przebieg postaci pierwszej, pozostałe zaś—obok silnej bolesności oraz rozwijania się w następstwie niekształtności palca i osłabienia czucia lub zupełnej znieczulenia na dotyk—połączone bywają często z rozmaitemi komplikacjami, jako to: phlebitis lub lymphangoitis. W razach wyjątkowych przyłączyć się może do nich nawet ropnica lub posocznica. Stwardnienia w postaci łuszczącej się grudki najłatwiej mogą zarazić otoczenie, gdyż z powodu braku bolesności nie zwracają na siebie uwagi chorego. Taylor widział kilku lekarzy, którzy, mając zmiany takie na palcach, nie podejrzewali nawet istoty swego cierpienia. Na szczęście, postać ta spotyka się rzadziej, niż inne.

Pytanie, kiedy zarażeni lekarze i akuszerki mogą znowu przystąpić do przerwanej z powodu choroby praktyki, nie zostało rozstrzygnięte zadowalniająco. Neuberger ¹⁾ żąda, ażeby lekarze do czasu wyleczenia (co on rozumie pod słowem wyleczenie?) nie wykonywali chirurgicznych i akuszeryjnych rękoczynów, miejsce zaś owrzodzenia pierwotnego winno być troskliwie zasłaniane w celu uniknięcia zarażenia innych. W Norymberdze kasa akuszerki udziela zapomogi swym członkom, znajdującym się w takim położeniu, oprócz tego magistrat daje im wsparcie ze swej strony. Po ustąpieniu wszystkich objawów akuszerka może przystąpić znowu do pełnienia służby, musi jednak nadal poddawać się peryodycznym oględzinom. W Rosyi, o ile mi wiadomo, nic podobnego nie praktykuje się, a nawet się zdarzało, że zarażeni lekarze i akuszerki usuwani byli niezwłocznie ze służby w ziemstwie.

¹⁾ Neuberger. Deutsche med. Woch. 1901. Ver. Beil. 48.

Stwardnienia pierwotne grzbietu.

Poletajew ¹⁾ opisał następujący przypadek: pewna wędrowna kobieta zaraziła we wsi 11 włościan w następstwie postawienia im baniek na grzbiecie. Chorzy nie skarżyli się wcale na owrzodzenia i nie zwracali uwagi na wysypkę, udali się zaś do lekarza z powodu li tylko łamania w kościach i upadku sił. Samuel Rom ²⁾ również obserwował pierwotne stwardnienia nad łopatkami po postawieniu tam baniek. Przypadek stwardnienia na grzbiecie w następstwie tatuowania opisał Bergasse ³⁾.

Stwardnienia pierwotne piersi rzadziej występują u mężczyzn: od ukąszeń ⁴⁾, od tatuowania (Bergasse), częściej zaś spotykają się u kobiet (5—13).

Zakażenie występuje przeważnie wskutek karmienia piersią zarażonych niemowląt, a niekiedy również w następstwie ssania „dorosłych niemowląt,” jak powiada Ricord. Mleko syfilityczek, jak wyżej zaznaczyliśmy, nie jest zapewne zaraźliwe: szczepienie mleka, pochodzącego od nich, nie dawało badaczom rezultatu. Zaraźliwem ono staje się tylko wówczas, gdy zawiera w sobie domieszkę wydzieliny wykwitów przymiotowych ¹⁴⁾. Zarażanie niemowląt piersią, i, odwrotnie, zarażanie piersi kobiecych przez niemowlęta występuje przeważnie u matek i w niższych sferach ludności, w których jest zwyczaj dawania piersi obcemu dziecku w nieobecności matki,

1) Poletajew. Wracz. 1889, XL, 873.

2) Samuel Rom. Intern. klin. Rundsch. 1891, Febr. 22.

3) Bergasse. Arch. de méd. et pharm. milit. 1895, Mars.

4) Reiss. Wien. med. Presse. 1901, N-r 31.

5) Gebert. Berl. klin. Woch. 1896, XLI, 912.

6) Czlenow. Wracz. 1902, XXIX, 1060.

7) Sperańskij. Wracz. 1896, XI, 303.

8) Krefting. Arch. f. Derm. u. Syph. Januar, 1894.

9) Tulinow. Wracz. 1901, II, 65.

10) Neuman. Berl. klin. Woch. 1900, X, 219.

11) Zieleniew. Wracz. 1890, XXXII, 735.

12) Stiepanow. Wracz. 1890, XLIV, 1012.

13) Ielcina. Wracz. 1896, XXVI, 746.

14) Ioseph. Geschlechtskrankheiten.

w celu uspokojenia tegoż, albo dla przyjaźni sąsiedzkiej, lub też w razie choroby matki dziecka i, wreszcie, wprost dla rozrywki. W domach wychowawczych zaraza rozprzestrzenia się tą drogą w szerokich rozmiarach. Jedna i ta sama mamka wielokrotnie tam zarażała niemowlęta, lub też — vice versa — niemowlęta zarażały swe mamki. W celu uniknięcia zakażenia, jak jednej, tak i drugiej strony, należy dokonywać oględzin nie tylko mamek i niemowląt, ale również i rodziców niemowląt. Jak wiadomo, przyjęto u nas badać mamki jednorazowo przy wstąpieniu ich do służby; doświadczenie jednak wykazuje, że badanie takie winno być powtarzane.

(c. d. n.)

III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Kołki (pow. łucki); kościół fundował w r. 1674 Samuel Leszczyński, oboźny koronny; szpital przy kościele powstał zapewne w tym samym czasie; na uposażenie składały się cztery folwarki i 6 włók roli.

Koło; szpital św. Ducha, podług opisu arcybiskupa, Jana Łaskiego, był pod zarządem burmistrza i rajców miejskich.

Kołomyja; szpital założyli mieszczenie w roku 1487. (*Zap. 37*).

Komorniki (wieś, archidyak. wieluński); przy kościele tułejszym był szpital przez Wolickich na początku XVII w. założony.

Konary (wieś, dek. krobski); szpital istniał już w w. XVI; w XVIII wystawił na szpital nowy budynek Maciej Nowacki, pleban miejscowy.

Koniuchy (wojew. wołyńskie); fundusz na utrzymanie pięciu ubogich ofiarował w r. 1667 Wacław Hulewicz, kasztelan braclawski.

Konopnica (wieś, archidyakon. wieluński); był tu szpital przez Hieronima Konopnickiego w r. 1638 fundowany i uposażony.

Kopanica (mtko, dek. grodziski); w XVIII w. szpital miał własne role i łąkę; było w nim czterech ubogich.

Korciany (pow. telszewski); do roku 1820 szpital uposażenia nie miał.

Korczyń; przywileje szpitala w zapiskach od 38 do 44.

Korzec (pow. nowogrodwołyński); szpital na 8 ubogich miał 4000 zł. z zapisu Wacława Małyńskiego, miecznika owruckiego z r. 1736 i ks. Baltazara Pietkiewicza 1000 zł, z r. 1769.

Kościąn; były tu niegdyś trzy szpitale: 1) szpital św. Ducha, miał wielką izbę ogrzewaną i komory; w r. 1610 było tu dziesięciu ubogich; miał szpital obory, stajnie, stodoły i rolę, którą uprawiał własną czeladzią i zaprzęgiem.—2) Szpital Bożego Ciała, za murami miasta, miał w 1610 r. pięciu ubogich; za Jana Kazimierza, czasu wojen szwedzkich stał się pastwą płomieni i odbudowany już nie był.—3) Szpital św. Krzyża przy kościele św. Krzyża: *infirmorum et leprosororum*, znany już w r. 1425.—Który z tych szpitali powstał z ofiarności Piotra Opalińskiego, rozstrzygnąć nie potrafię. (*Zap. 45, 46*).

Kostrzyn; szpital miał ogród i folwark; ubogich bywało w nim 10 (w. XVII)—8 (w. XVIII).

Kotelnia (pow. żytomierski); Stanisław Pruszyński zostawił w r. 1785 zapis na czterech ubogich.

Kowel (mto powiatowe); ks. Jan Antoni Rokicki, proboszcz kowelski, legował w r. 1751 na szpital tutejszy 2000 zł.

Kowno; w początkach XVIII w. założyli tu szpital Rochici przy kościele św. Germana. — Szpital, zwany „wielkim miejskim,” powstał w r. 1519, był pod zarządem plebanów kowieńskich i dwóch osób z magistratu. — Szpital szlachecki, fundowany przed r. 1676 przez ks. Ambrożego Beynarta, kanonika wileńskiego, zrujnowany zaś przez Szwedów w r. 1702.

Koźmin; szpital przy kościele św. Ducha powstał w XV, a być może w XIV jeszcze wieku.

Krajenka (pow. złotowski); szpital miał włókę roli oraz

po furze drzewa na osobę rocznie i ubranie dla ubogich ze dworu w Konarzewie.

K r a k i n ó w (pow. upicki); w r. 1703 Aleksander z Kozielska Puzyna zabezpieczył na dobrach Szwoynikach dla trzech ubogich: „żyta miary ryskiej purów 3, jęczmienia purów 3, owsa purów 3, grochu pur 1, pieniędzmi zł. 20.”

K r a k ó w; szpital św. Ducha, założony w r. 1244 przez Jana Prandotę i oddany pod opiekę zakonnikom *de Saxia*; szpital ten był przeznaczony dla kobiet ubogich, niedołącznych, wiekiem i chorobami steranych, tudzież dla kobiet ciężarnych i dzieci porzuczonych; utrzymał się do r. 1788.—Szpital św. Rocha przeznaczony dla wyrostków od lat siedmiu, ze szpitala św. Ducha wychodzących, dawniej miał 12 miejsc dla chorych studentów.—Szpital św. Jadwigi, rozpoczęty, podług Długosza, w r. 1351 przez Kazimierza Wielkiego, a dopiero w r. 1360 przez siostrę zmarłego króla Elżbietę dokończony, był przeznaczony dla ubogiej szlachty, wiekiem obciążonej; w r. 1796 połączony ze szpitalem św. Leonarda.—Szpital św. Leonarda, założony z inicjatywy Zbigniewa Oleśnickiego przez obywateli kazimierskich, pierwotnie był przeznaczony dla trędowatych, później dla ubogich obojej płci z Kazimierza; trędowatych przeniesiono do szpitala św. Sebastjana.—Szpital św. Walentego na Kleparzu dla 20 kobiet ubogich z Kleparza; pierwotnie mieli tu pomieszczenie dotknięci trędem.—Szpit. św. Szymona i Judy dla ubogich i kalek z Kleparza; najpierw był przytułkiem dla zapowietrzonych.—Szpital św. Sebastjana i Rocha, za miastem, dla dotkniętych morowem powietrzem i chorobami wenerycznymi.—Szpital św. Szczepana dla 12 podupadłych mieszczan krakowskich.—Szpital św. Mikołaja w r. 1577 założony.—Szpital ubogich wdów składał się z dwóch kamieniczek przy klasztorze pp. Dominikanek; był przeznaczony dla 24 wdów po ubogich mieszczanach krakowskich.—Szpital Panny Maryi z roku 1588 (*Baliński i Lipiński*)—1628 (*Zapiska 61*).—Szpital sióstr miłosierdzia.—Szpital Bożego Miłosierdzia na Smoleńsku dla ubogich kobiet.—Szpital dla wysłużonych kapłanów od r. 1606.—Szpital kapitulny Ligęzowski założony dla ubogiej szlachty w r. 1691.—Szpital Bonifratrów, których sprowadził do Krakowa w roku 1612 Sebastyan Montelupi.—Szpital na Zwierzyńcu.—Bractwo Miłosierdzia z Bankiem pobożnym, przez ks. Piotra Skargę założone; wreszcie bursy dla ubogiej młodzieży. (*Zapiski 47—61*).

K r a s ł a w; szpital pod zarządem sióstr miłosierdzia fundowała w r. 1789 Augusta z Ogińskich Platerowa.

Krasne; szpital wznosił tu Jan Kazimierz Krasiński, podskarbi W.Kor., jak widać z konstytucyi r. 1677.

Krasne *vid* Sędziszów.

Kraśnik (wojew. lubelskie); szpital fundował tu w r. 1531 Jan z Tęczyna. (*Zapis 62*).

Krasnystaw; szpital bonifratrów fundacyi Michała Świrskiego, sufragana chełmskiego r. 1677.

Kretynga (pow. telszewski); szpital murowany, fundacyi hetmana Jana Karola Chodkiewicza i żony jego, Zofii z Mieleckich w r. 1603, miał trzy izby dla kobiet, jedną dla mężczyzn i kaplicę pod wezw. św. Marka.

Krerowo (wieś, dekan. śródzki); wizyta Strzałkowskiego z r. 1639 pisze: „Jest tu także i szpital ubogich, ale nie mający najmniejszego uposażenia,” wizyta r. 1696 szpitala już nie znalazła.

Krewny (dekan. abelski, d. pow. wilkomierski); fundusze z dwóch zapisów: ks. Klepackiego 100 talarów i ks. Menżowicza 50 talarów z r. 1700. (*d. c. n.*)

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

87. Prof. Steinthal. **W sprawie wyzdrowień po operacjach raka sutki.** (Beitr. zur klin. Chir. Bruns. 46 Bnd. Supplementheft).

W sprawozdaniu omówiono materiał statystyczny jednej z lecznic w Sztuttgarcie (Stuttgarter Diakonissenhaus), za czas od r. 1892 do 1904. W okresie tym zanotowano 145 przypadków (166 operacji) z $33\frac{1}{3}\%$ wyzdrowień trwałych. U 2 chorych wypadło dokonać rozległej rezekcyi klatki piersiowej i otwierać opłucnę, poczem teren operacyjny pokryto z powrotem skórą zdrową, niezwyrodniałą. Wynik ostateczny nie był zależnym od rozległości zabiegów, lecz od rozpoznania wczesnego i przyspieszenia operacyi — od wspólnego obu czynników tych wpływu.

Z postępem czasu operowano coraz doszczętniej, wycinając mostkową część mięśnia piersiowego, zęby przednie

mięśnia zębatego (m. serratus ant.) i tłuszczuk jamy pachowej wraz z gruczołami chorymi w 85,6% przypadków i odprowadzającymi naczyniami chłonnymi; nerw podłopatkowy oszczędzono, ile można, z uwagi na późniejszą sprawność ruchów ramienia.

W latach ostatnich, po dokonaniu okalającego sutkę cięcia, od środka łuku wewnętrznego prowadzono ku okolicy mostko-obojczykowej drugie pomocnicze cięcie; ze skóry piersi wykrawano zatem dwa wielkie płaty w ten sposób, by otaczająca sutkę tkanka tłuszczowa pozostawała na gruczole, przez co nawrót w bliźnie nie był tak łatwym. Dzięki cięciom powyższym, obnażenie i usunięcie części mostkowej m. pectoralis nastęcza zwykle trudności nie wiele. I mniejszy mięsień piersiowy rozciąć należy zawsze i wyłuszczyć całą tkankę dołu podobojczykowego. Następstw ujemnych, zależnych od tak rozległego zabiegu, nie zauważono nigdy.

K. Niedzielski.

88. Fr. Hesse. (Würzburg). **Wyleczona raną kłuta sercą.** (Münch. med. Wochenschr. N-r 50. 1905).

Trzynastoletni pacjent otrzymał pchnięcie w pierś nożem. Krwawienie obfite. Chłopak pieszo dobiegł do pobliskiej kliniki chirurgicznej, dokąd przybył w kwadrans po otrzymaniu urazu. Tu znaleziono ranę mniej więcej na centymetr długą, o brzegach równych, przebiegającą równoległe do brzegu dolnego 4-ej lewej chrząstki żebrowej, na szerokość palca na lewo od lewego brzegu mostka. Po niejakiem czasie krwawienie zatrzymało się samo; zapasć niewielka, tętno powierzchowne, małe i prędkie.

Podczas badania szczegółowego stwierdzono przede wszystkim, że lewa połowa klatki piersiowej odycha opieszale; okolica serca była na ucisk bolesną, ictus cordis nie wyczuwało się, tony serca — ciche, choć czyste i wyraźne. Ze strony płuc, z lewej — od tyłu i dołu — stępienie na 2 — 3 palce poprzeczne; za pomocą próbnego przekłucia otrzymano krew tętniczną, powyżej miejsca przekłucia oddech nieczysty. Stwierdzono ranę drążącą klatki piersiowej od przodu, po stronie lewej, powikłaną przez wylew krwawy.

Wobec prawdopodobieństwa urazu płuc lub serca, w godzinę po wypadku, przystąpiono do wykonania zabiegu pod chloroformem. Poprowadzono tedy od środka mostka cięcie

na wysokości 4-go żebra lewego. To ostatnie wycięto ze stawu mostkowego, na przestrzeni 7 cm., i jednocześnie przekonano się, iż wraz z oddechem wylewa się krew z rany do opłucny żebrowej i tamże przenika powietrze. W tym stanie rzeczy u wyrezekowanego żebra szeroko otworzono opłucną i wygarnięto z niej masę skrzepów, a, rozejrzawszy się w osierdziu, wykryto w pobliżu szczytu serca małą ranę, z której krew sączyła się w ilości nieznaczej. Od podstawy wyrezekowanego 4-go żebra ku górze aż do drugiego międzyżebrza wykrajano płat skórno-mięsniowo-żebrowy i ztąd — w kierunku ośrodkowym do mostka, a po odsunięciu zraza, rozszczepiono osierdzie na przebiegu 12 — 15 cm. Ponieważ i teraz jeszcze tereu do wykonania operacji na sercu był za ciasny, wyrezekowano żebro piąte, poczem obejrzano ranę komory lewej dokładnie. Zgłębnik, wprowadzony do otworu tejże, przedostawał się łatwo do światła serca. To ostatnie odsunięto ku górze, umocowano na żebrze drugim, ranę serca zaszyto szwami trzema, górną zaś, krwawiącą część rany obkluto. Osierdzie zamknięto szwem katgutowym, pozostawiając otwór dla drenu grubego, który założono pomiędzy ścianą serca i osierdziem przyściennem. Płat skórno-żebrowy przszyto, lecz niezupełnie, wypadło bowiem zachować otwór, duży na 4 cm., w kącie dolno-bocznym dla założenia drenu. Z tyłu, wreszcie, pod lewym kątem łopatki wycięto częściowo jedno żebro i przedrenowano tą drogą opłucną lewą. Opatrunek uciskający. Zastrzyknięcie 800,0 roztworu soli kuchennej do żył.

Pacjent zniósł operację dobrze, tętno wkrótce poprawiło się. W ciągu pierwszych dni kilku obfity wysięk surowiczowo-włóknikowy zebrał się w opłucnie, umiarkowany — w osierdziu. Już, zresztą, po upływie dni 5 usunięto dreny z osierdzia i przedniej dziury w opłucnie; od tyłu, pod łopatką, wyjęto dren dopiero po upływie dwóch niespełna miesięcy, poczem rana i pleuryt w tydzień zagoiły się doszczętnie, 89-go dnia od wypadku operowany wypisał się ze szpitala w pomysłnym stanie ogólnym, z tętnem prawidłowym, nieznacznym zapadnięciem lewej połowy kl. piersiowej i odpowiadającą mu skoliozą nieznaczną. Oddech w płucu lewym prawidłowy, na miejscu wyrezekowanego 4-go żebra zauważa się wyraźną akcję serca; słumienie te goż dochodzi na prawo do połowy

mostka, u wierzchołka daje się słyszeć krótki, szorstki, zgodny z rytmem serca szmer tarcia. Wyzdrowienie trwałe.

K. Niedzielski.

89. Prof. D-r W. Wendel. **O leczeniu promieniami Roentgen'a raka przelyku.** (München. med. Wochensch. N-r 51. 1905).

Do najniewdzięczniejszych zadań chirurgii należy bezsprzecznie leczenie raka przelyku. Technika zabiegu radykalnego nie wykroczyła dotąd jeszcze z zakresu doświadczeń nad zwierzętami; wycinanie szyjowej części przelyku mogłoby dać wyniki pewne, lecz, na nieszczęście, nowotwór złośliwy umiejscawia się najczęściej w piersiowej części narządu lub u wpustu. Zalecana przez v. Leyden'a intubacja drenami z gumy twardej, co do wartości swej, nie może równać się nawet z gastrostomią, nie mówiąc już o leczeniu za pomocą radu, który, wprowadzany w kapsułkach specjalnych do chorej części przelyku, działa, względnie, najskuteczniej jeszcze. Niezależnie od ostatniej metody tej stwierdzono nieraz pomyślny w omawianych przypadkach wpływ promieni Roentgen'a tam zwłaszcza, gdzie ułatwi się akcyę ich bezpośrednią po zastosowaniu wzierników metalowych.

Przypadek odnośny dotyczył 52-letniego mężczyzny, który, po uzyskaniu poprawy przelotnej od zakładania sond, zgłosił się na klinikę w stanie opłakanego charłactwa. Pacjent polykał z wielką trudnością tylko pokarmy płynne. Jak przekonano się podczas badania zgłębnikiem, w odległości 35 ctm. od górnego szeregu zębów, w przelyku istniało zwężenie, dla najcieńszych rozszerzaczy nawet niedrożne. Po założeniu lusterka (oesophagoscopy) ujrzano w narządzie ilość wielką resztek niestrawionego jadła po nad zwężeniem. Pozostałości te wygarnięto za pomocą pompki, poczem można już było dostrzedz, że niedrożność owa zależy od istniejącego w przelyku guza o wrzodziejącej powierzchni nierównej; nowotwór umiejscawiał się głównie na grzbietowej narządu stronie, na brzusznej — ujrzano tylko pokryty śluzówką zcieńczałą nierówny brzeg guza.

W ciągu dni 20 dokonano 8 prześwietleń, z których ostatnie przeciągnęły się do minut 10. Przed wprowadzeniem wziernika śluzówkę gardzieli znieczulano zawsze 10% roztw. novokainy, do którego dodawano kilka kropel suprare-

niny. Dzięki osiągniętej drogą tą wybitnej bardzo anestezji odruchów podczas posiedzeń nie było zupełnie, przyczem, dla uniknięcia kłopotów ze śluzem, operowano rankiem, gdy chory był naczczo. Prześwietlanie odbywało się drogą rurek miękkich, choremu zastrzykiwano nadto codziennie jednorazowo do mięśni chininum dihydrochloricum z natrium arsenicosum, gdyż, jak dowiedli Morton i Severeanu, tak skombinowana terapia przyspiesza objawy wsteczne w złośliwych guzach nabłonkowych.

W rezultacie chory mógł łykać znowu dobrze pożyte pokarmy stałe; przez krótki ów okres czasu przybyło mu na wadze 3 funty. Wziernik można było wprowadzić na 3 ctm. głębiej, niż poprzednio, pod koniec kuracji owrzodzenia nie dostrzegano zupełnie. Pacjent opuścił klinikę z poprawą dużą; dotąd, pomimo 6 ubiegłych już miesięcy, więcej nie zgłaszał się.

K. Niedzielski.

II. Choroby weneryczne.

90. M. Siedlecki i Fr. Kryształowicz. **Spostrzeżenia nad budową i rozwojem Spirochaete pallida Schaudirn'a.** Kraków 1906.

Schaudinn i Hoffmann stwierdzili swemi badaniami istnienie dwojakiego rodzaju krętków; jedna postać odznacza się tem, że krętka jej za życia silniej łamią światło, kształt ich jest trwalszy i sztywniej wyglądają, skręty mają więcej płaskie i szerokie, niezależnie od tego barwią się łatwo barwnikami, używanymi dla innych krętków, dla tego postać tę zaliczono do odmiany ciemno barwiącej się; krętków tego rodzaju nie znaleziono w zmianach czysto przymiotowych, natomiast w 5-ciu przypadkach łepieży ostrych.

Drugą grupę stanowią krętka, które za życia są bardzo delikatne i słabo łamiące światło, opatrzone skrętami wązkimi, trudno się barwiące znanymi sposobami. Tej to drugiej grupie dano nazwę „bladego typu“, znajdowano ją we wszystkich badanych zmianach przymiotowych.

Badanie rozwoju tych pasorzytów może wykazać, czy należą one do dwóch różnych typów. Schaudinn proponuje, w razie potwierdzenia się różnic tych dwóch gatunków pod

względem zoologicznym, nazwę dla pierwszego krętka: *spirochaete refringens*, dla drugiego zaś: *spir. pallida*.

Autorzy, badając rozmaite zmiany przymiotowe, nierzadko powikłane, spostrzegali w nich krętki, różniące się wybitnie od krętka bladego, to też uważali je za krętki łamiące światło (*Spir. refringens*). Niezależnie od cech, podanych przez Schaudinn'a, skrętki te odznaczają się swą grubością, jednakową wzdłuż całej swej długości i brakiem zaostrego zakończenia, które jest cechą dla krętków białych.

Krętek biały można łatwo rozpoznać po nitkowatym i ostro zakończonym ciele, oraz gęstym i stromych skrętach. W pewnych jednak okresach życia *spir. pal.* może swój kształt zmienić, a wtedy zacierają się nieco różnice pomiędzy obu gatunkami. U żywych okazów w czasie skurczu występuje całe ciało znacznie wyraźniej i dosyć silnie łamie światło. Na preparatach znać często zgrubienie ciała w miejscu, gdzie skurcz nastąpił; częstokroć prawie całe ciało jest skrócone, a tylko jeden lub czasem oba jego końce są wyciągnięte w niezmiernie cienkie wypustki, podobne do rzęsek. Podczas najsilniejszego swego skurczu krętki zbliżają się swym kształtem do drobnych wiciowców (*Flagellata*).

Znajdywane przez Schaudinn'a rzęski, są tylko pewną fazą wydłużenia się ciała krętków.

Ruch krętka bladego, który bardzo często szybko może posuwać się naprzód, a jednocześnie mało zmienia swój kształt, nasuwa przypuszczenie, że muszą być jakieś narządy ruchowe na ciele tego zwierzęcia. Schaudinn przypuszcza istnienie błony falującej, idącej spiralnie wzdłuż całego ciała. Autor na preparatach widział częstokroć bledsze kontury dokoła ciemniej zabarwionej osi ciała krętki, typowej jednak błony falującej nie mógł wysledzić.

Jeżeli ciała krętków nie były równomiernie pocięte, lecz miały pośrodku pewną przestrzeń prostą i nie skręconą, a takich krętków napotyka się wiele, to widać na nich w miejscu nie skręconem małą, jasną przestrzeń. Boki krętków są równe lub tylko nieznacznie wydęte i niezmiernie cienkie; tam środek ciała wygląda jak gdyby był nawskroś przedziurawiony. Wedle autora, ta pozornie pusta przestrzeń jest jądrem. Jądra te są bardzo ubogie w chromatynę i dla tego znać je na preparatach tylko jako jasne przestrzenie.

Spir. pal. w okresie typowego krętka jest komórką,

mającą tylko jedno jądro, mogącą się poruszać i kurczyć, a przeto i zmieniać kształt swego ciała w znacznych granicach. Te cechy przemawiają za zaliczeniem tego gatunku do pierwotniaków i na odróżnienie się od bakteryi.

W tym okresie życia, w którym *Spir. pallida* ma typową postać krętka, może ich ona rozmnażać przez podział.

Plaszczyna podziału *S. pall.* przebiega wzdłuż całego ciała tak, że krętek rozszczepia się na 2 równe części. To rozszczepienie rozpoczyna się na jednym końcu ciała tak, że z początku zwierzę ma postać widełek. Ruchy i skręty ciała, charakteryzujące ten rodzaj, nie ustają podczas podziału; to też, kiedy rozdział obu indywiduów dosyć daleko już nastąpił, mogą one opleść się tak, jak to czynią inne rodzaje krętków. Wreszcie, podział postępuje tak daleko, że krętki już tylko jednym końcem się stykają. W tym okresie objawy podziału mogą się zakończyć, a zwierzęta zostają połączone jednym końcem. Mogą one pozostać oplecione nawzajem, albo też mogą się wolnymi końcami obrócić o 180° i ustawić się w jednej osi, naśladując jednolity, bardzo długi krętek. Po zwięźeniu jednak pośrodku ciała, a przede wszystkim po osobnych jądrach w każdym odcinku, można rozpoznać kolonię krętków od jednego, wydłużonego.

Rozmnażanie się przez dzielenie nie jest jedynym sposobem do powiększania się ilości osobników drogą bezpłciową, napotymano bowiem szereg form krętków, z których widać, że zwierzę może zmienić swój kształt i przejść przez objawy rozrodu płciowego.

Jak już wspomniano, *Spir. pall.* może się znacznie skracać wskutek skurczu swego ciała, krętek staje się wtedy podobnym do małego wiciowca. Gdy w zwykłym krętku, podczas największego skórczu, długość ciała jest 30 do 40 razy większą, niż jego szerokość, to twory, o których mowa, bywają znacznie szersze, a przekrój ich w najgrubszym miejscu wynosi w przybliżeniu $\frac{1}{20}$ część długości ciała. Ciała ich wrzecionowato wydłużone (długość 6 do 8 μ ., a szerokość około $\frac{1}{2}$ μ .) ma jeden koniec wyciągnięty w dosyć długą nitkę, a drugi bardziej tępo zakończony; przy tępych końcu, mniej więcej w $\frac{1}{4}$ części długości, a zarazem w najszerszej części ciała leży bardzo wyraźne jądro. Jądro to ma wygląd pęcherzyka owalnego, o bardzo ostrych i ciemno zabarwio-

nych konturach; wewnątrz jego zdaje się być puste i przejrzyste, lub czasem lekko zabarwione na kolor niebieski, lecz nie zawiera widocznego zrębu chromatynowego. Na jednym końcu jądra, zwróconym ku wydłużonej części ciała zwierzęcia, leży małe ciało, barwiące się na czerwono sposobem Marino.

Dopiero co opisane okresy rozwoju krętków, uwydatnione na załączonych w pracy rysunkach, wykazują wielkie ich podobieństwo do zwierząt, należących do rodzaju świdrowca (Trypanotoma). Małe ciało, ciemno czerwono barwiące się, przypomina w zupełności „blepharoplast“, występujący u Trypanosoma, a ciemniejsza na ciele pręga jest brzegiem błony falującej.

Na podstawie tych spostrzeżeń można powiedzieć, że Spir. pall. może w pewnym okresie życia przejść przez stadium świdrowca (Trypanotoma).

Zarówno szczegóły budowy, jak i charakterystyczny sposób poruszania się tych zwierząt dostrzega się najwyraźniej na dużych okazach, zupełnie dorosłych; bardzo małe okazy zbliżają się budową i kształtem do krętków. Te stopniowe przejścia pozwalają przypuścić, że trypanosoma powstaje ze spirochety przez wzrost, a wszystkie narządy, które u pierwszego są widoczne, prawdopodobnie znajdują się i u drugiej formy, lecz są u niej zbyt drobne, ażeby je można wysledzić. Stwierdzenie powyższego faktu dowodzi, że spirochety nie są bakteriami, jak przeważnie dotychczas sądzono, lecz są pierwotniakami, należącymi do działu wiciowców. Spostrzeżenia, te są zupełnie zgodne z zapatrywaniami Schaudin'a który zalicza krętki do pierwotniaków i uważa je za jedną, z postaci rozwojowych Trypanosoma, a które proponuje autor nazwać Trypanosoma luis.

W rozwoju Spir. pall. stadium świdrowca odgrywa rolę żeńskiej komórki rozrodczej — Makrogameta, nie traci on jednak możliwości rozrodu i przez podział, przyczem jądro jego staje się niewidzialne.

Na tych samych preparatach, na których znajdowały się Trypanosoma luis, widzieć było można krętki, na pierwszy rzut oka różniące się od typowej postaci Spir. pallida. Były one znacznie dłuższe, niż przeciętne okazy i nieco*grubsze, posiadały po kilka bardzo wyraźnych jąder, na których wysledzić było można ostre kontury i silniej barwiące się ciał-

ko. Oba końce ciała tych wydłużonych tworów były ostro zakończone, a nawet częstokroć ostro wyciągnięte w nitkę. Ciała tych tworów były jednakowo grube w całej swej długości i nie posiadały przewężeń pomiędzy jądrami, skręty miały nieco szersze, niż zwykle krętki.

Obok tych wydłużonych wielojądrowych tworów znajdowały się często maleńkie, bardzo krótkie i cienkie, ostro zakończone na obydwóch końcach ciała i zupełnie tak wyglądające jakby jeden skręt, z powyżej opisanego wielojądrowego, podłużnego tworów. Ciała tych krótkich osobników, posiadających takie jądro, jak osobniki wielojądrowe, były zazwyczaj łukowato zgięte lub lekko zwinięte w jeden skręt wężykowaty. Niekiedy po kilka tych tworów było połączonych w jeden szereg swymi końcami i wtedy naśladowały swym ułożeniem kształt wielkiego krętka wielojądrowego, lecz różniły się od niego przewężeniami, występującymi pomiędzy dwoma osobnikami. Te małe twory dzieliły się wzdłuż, poczem osobniki siostrzane pozostawały złączone swymi końcami. Podziały tych małych tworów mogą tak szybko następować po sobie, że zwierzęta, nie dorosłszy nawet do wielkości osobnika macierzystego, rozpoczynają już nowy podział i w końcu stają się tak małe, że tylko z trudnością można je widzieć przy bardzo silnych powiększeniach.

Zestawiając szereg form przejściowych pomiędzy dużymi krętkami a małymi, autor przyszedł do wniosku, że małe osobniki powstają przez rozpad dużych, wielojądrowych na odcinki jednojądrowe. Powstawanie tworów wielojądrowych można sobie wytłomaczyć, jeżeli sobie przypomnimy, że krętki zwykłej budowy mogą nierozpadać się po podziale, lecz pozostać połączone; dalsze podziały krątek połączonych mogą doprowadzić do utworzenia kolonii, która, rozpadając się, daje początek małym, nieskręconym osobnikom, a nie typowym krętkom.

Te małe twory, zdaniem autorów, odgrywają rolę komórek męzkich czyli mikrogametów, bywały one niekiedy zczipione i zespolające się z dużymi osobnikami, opisanymi poprzednio jako postać *Trypanosoma luis*. Przy boku dużych osobników (*Trypanosomów*) widać było przyczepiony mały, sierpowaty krętek, który z początku dotykał się jednym swym końcem ciała świdorowca; potem granica pomiędzy obu tworami zacierała się i na boku świdorowca znać było już tylko

sterczący koniec sierpowatego krętka, w końcu zaś zupełnie zespolenie się obu osobników, a wtedy i jąder ich wysledzić nie było można.

Co się dzieje z *Trypanosoma luis* po jej zapłodnieniu, tego dotąd nie można było wysledzić. Badając tego samego chorego, u którego widziane były *Spir. pallida* w okresie rozwoju płciowego, w kilka dni po znalezieniu tych objawów, autorzy spostrzegali tylko dorosłe krętki, a i tych było niezmiernie mało. Zdaniem autorów, *Trypanosoma luis* po zapłodnieniu może przejść w okres spoczynku, w rodzaj cyfry lub przetrwalnika. Jak się to jednak odbywa i jaki kształt taki przetrwalnik może przyjąć, to możnaby tylko wtedy zbadać, gdyby przesledzić przebieg choroby rozwijającej się bez leczenia chorego.

Chociaż dalsze losy *Trypanosoma luis* po jej zapłodnieniu nie są znane, jednak na podstawie powyżej przytoczonych wyników badań i tego, co wiemy z historii rozwoju innych pierwotniaków, można cykl jej rozwoju przedstawić w następujący sposób:

Postać krętka (*Spirochaete pallida*), znaleziona po raz pierwszy przez Schaudinn'a, może rozmnażać się przez podział podłużny i w ten sposób ilość osobników znacznie się powiększa; rozmnażanie się zatem przez podział jest jedynym sposobem rozrodu bezpłciowego. Po kilkakrotnym podziale jedne z osobników skręcają się, przemieniając się w postać świdrowca (*Trepanosoma*), który także drogą bezpłciową może się rozmnażać. Inne znów *Spir. pall.* po kilkakrotnym podziale mogą utworzyć kolonię, która później rozpada się na małe osobniki wężykowate, również zdolne do rozrodu przez podział. Świdrowce małe i krętki zespalają się, po ukończonych objawach zapłodnienia następuje, prawdopodobnie, okres spoczynku: Cysta lub przetrwalnik (Spora), z którego bezpośrednio na nowo właściwa postać krętka (*Spirochaete*) rozwinąć się może.

W preparatach, robionych z różnych zmian kilowych wczesnych, znaleziono kilka rodzajów tworów różnego kształtu, których znaczenia na razie nie można było określić. Pierwszy rodzaj tych tworów, występujący zarówno obficie w zmianach pierwotnych i wtórnych, przedstawiał się jako ciała podłużne, wymiarów mniej więcej połowy średniego ciała czerwonego, lekko różkowato zagięte i na obu końcach

zaokrąglone; mniej więcej po środku ciała widać było wyraźne jądro. Czasem spostrzegano dwa takie twory połączone, jakby po podziale. W innych znów preparatach widzieć było można ciała okrągłe, których średnica wynosiła $\frac{1}{8}$ do $\frac{1}{6}$ ciała czerwonego; powierzchnia tych ciałek była zupełnie gładka, jakby otoczona stałą błoną, plazma barwiła się na fioletowo (sposób Marino). Trzeci rodzaj ciał zagadkowych stanowiły twory wrzecionowate, wydłużone, dochodzące długości średniego krętko, proste, lub tylko nieco skrzywione; metodą Marino plazma tych ciał barwiła się na jasno-niebiesko, a jądra wyraźnie czerwono. W krótkich laseczkach znajdowało się jedno jądro, w dłuższych znać było jego podział lub też kilka jąder, ułożonych szeregiem w różnych odstępach od siebie. Jaki jest związek pomiędzy występowaniem tych ciał i krętkami, powiedzieć nie można, gdyż postaci przejściowych pomiędzy nimi nie dało się odszukać.

Najciekawsze twory napotymano w surowicy, wziętej z pęcherzyka, wywołanego w suchym guzku za pomocą oparzenia. Były to twory podłużne, falisto, lecz nieregularnie powyginane, znacznie dłuższe i grubsze od przeciętnego krętko; na końcach tych ciał widać było rozszerzenia, na niektórych nieznaczne, na innych dosyć duże i wyciągnięte w nieregularne płyty; plazma tych tworów barwiła się na niebiesko i widać w niej było kilka jąder, bądź to ułożonych w części wydłużonej, bądź też w części amebowatej.

Zestawiając historię rozwoju *Spir. pallida* z objawami chorobowymi, występującymi podczas przymiotu, dochodzimy do wniosku, że pewna liczba objawów tych napewno jest zależna od występowania danych okresów rozwoju pasorzyta.

W owrzodzeniu pierwotnem, zwłaszcza świeżem, znajdujemy zawsze wielką ilość *Spir. pall.* w stadium krętków i, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że obecność jego w znacznej liczbie okazów jest właśnie powodem zmiany w miejscu zakażenia. Aby więc wywołać tę zmianę, pasorzyt musi się dostać do tkanek osobnika niezarażonego w takiej postaci, z której może się wytworzyć wielka ilość osobników, a więc w postaci krętko, zdolnego do szybkiego rozrodu bezpłciowego, lub też w postaci przetrwalnika, z którego może się rozwinąć krętek.

Już jako krętek, pasorzyt może się rozchodzić po ustroju, gdyż znaleźć go można było w obrzękłych i twardych gruczołach chłonnych, najbliższych miejsca zakażenia pierwotnego.

Jednakże, zdaniem autorów, rozejście się pasorzyta po całym ustroju, które prowadzi do występowania zmian wtórnych przy-
miotu, rozpoczyna się dopiero na dobre po ukończeniu cyklu
rozrodu płciowego i, prawdopodobnie, po utworzeniu się przetrwalnika. W postaci odpornego przetrwalnika pasorzyt może
zostać rozniesiony po organizmie; na swej drodze, pędzony prą-
dem limfy lub krwi, pasorzyt ten nie mógłby wywierać szkodli-
wego wpływu na tkanki, przez które przechodzi; dopiero, kiedy
osiędzie na miejscu i kiedy z niego nanowo rozwinie się spi-
rochaete, wtedy rozpoczynają się objawy drugorzędne. Wystę-
powanie więc objawów drugorzędnych jest w związku z rozwo-
jem znacznej ilości krętków, które się tworzą drogą rozrodu
bezpłciowego z krętka, pochodzącego wprost z przetrwalnika.

Jak dotąd, badania nie dały wcale odpowiedzi na zacho-
dzący związek pomiędzy późnymi objawami przymiotu a roz-
wojem pasorzyta.

J. Wojciechowski.

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

91. Daae. **Błonica pierwotna ucha.**

Trzeci przypadek (w literaturze opisanych jest dopiero 2) pier-
wotnej błonicy ucha opisuje autor w następujący sposób. 11-letni
chłopiec doznał b. silnych bólów ucha bez wszelkiego powodu —
badanie wykazało przekrwienie i opuchnięcie bębena. Wskutek
T. 40° i silnej bolesności zrobiono paracentezę bębena, co jednak
nie ulżyło choremu — wypływu nie było żadnego, nazajutrz zauwa-
żono trochę wydzielającego się płynu surowiczego krwawego i tro-
chę szarego śluzu. Czwartego dnia znów zachloroformowano chore
dziecko—w uchu znaleziono białą masę w której badanie bakteryo-
logiczne wykazało obecność zwyczajnych mikroorganizmów. Mimo
takiego wyniku autor zastrzyknął surowicę przeciwbłoniczą, po kil-
ku dniach znalazł znów rzekomą błonę, w której badanie wyka-
zało bac. Loeffleri—choć w wydzielinach gardzieli i nosa znalezio-
no znów tylko zwykłe drobnoustroje. Dziewiątego dnia zauważył
autor na migdałkach białe plamki—błony te były może dyfterytycz-
ne, ale w każdym bądź razie wtórne.

10-go dnia trzeba było wykonać trepanację wyrostka sutko-
wego, który był napełniony błonami. 13-go dnia dziecko dostało

zapalenia płuc; zauważono też małe zator oka. Dziecko po pewnym czasie wyzdrowiało.

Matylda Biehler.

(Sem. méd. N-r 52, 1905).

92. Löwe. **O maści wysokowosrebrnej (Alkoholsilbersalbe).** (Allg. med. Zentr. Ztg. 1905, N-r 46).

Maść wysokowosrebrna powstaje wskutek połączenia alkoholu z kolargolem (arg. colloidal), działa jednocześnie, jak opatrunek z wysokoku i jak maść Créré, wywołując miejscowe podrażnienie (działa na obieg krwi), nie drażni skóry, zabija drobnoustroje. Stosuje się w tych przypadkach, w których pożądane jest działanie jednoczesne wysokoku i ung. Crédé. Według Winterstein'a i Hotys'a bóle uspokaja w zapaleniu gruczołów chłonnych i ślepej kiszki, a także w zapaleniach przymacicznych, opłucny i najądrza — niemniej dobre wyniki otrzymuje się w zapaleniach stawów pochodzenia rzezączkowego lub reumatycznego. Dość grubą warstwę wyżej wymienionej maści kładzie się na kawałek gazy — ten przykładą się do danego miejsca, na to kładzie się cerate, watę i owija bandażem. Opatrunek zmienia się 1—3 razy dziennie.

W. B.

93. Barbulescu. **Leczenie przymiotu Enesolem.** (Revist. sanit. militar. N-r 8, 1905).

Enesol albo rtęć arsenikowosalicylowo kwaśna, jest to preparat rtęciowy, który odznacza się swoją nieznaczną jadowitością. Okazuje się, że Enesol jest 70 razy mniej jadowity, niż jodek rtęciowy. Oprócz tego Enesol znacznie mniej drażni, tak, że zastrzykiwania śródmięśniowe roztworu Enesolu prawie wcale nie wywołują bólów. Nakoniec skonstatowano, że Enesol działa skrzepiająco i dynamicznie, co należy przypisać temu, że Enesol zawiera w sobie arsenik. Autor otrzymał świetne wyniki w leczeniu przymiotu Enesolem w najrozmaitszych okresach i rodzajach, tak przy przymiotowym zapaleniu tęczówki, przy kilakach miękkiego podniebienia, przy najrozmaitszych wtórnych wysypkach kiłowych. Autor poleca stosowanie Enesolu zamiast wszystkich innych preparatów rtęciowych. Dawka dzienna wynosi 0,06—0,12. Do leczenia potrzebna serya, składająca się z 20—30 zastrzyknięć.

W. B.

94. Naubert. **O peptobromeigonie.** (Ther. d. Gegenwart. 1905, zeszyt 12).

Autor poleca do leczenia wymiotów, które nie ustępują przy stosowaniu wszelkich innych środków, jak to bardzo często się obserwuje u chorych na raka, nowy preparat Peptobromeigon. Do preparatu dodaje się trochę gliceryny, aby go ochronić od zmian, którym peptobromeigon często podlega. Do polepszenia smaku poleca się dodanie kilku kropel olejku miętowego, lub też syropu ze skórek pomarańczowych w 10% stosunku. Najlepiej stosować ten preparat w roztworze z 5,0 na 140,0 wody z 10,0 gliceryny. Daje się go kilka razy dziennie po łyżce stołowej.

W. B.

95. **Styrakol**, według Ulrica, zasługuje na obszerne stosowanie w rozvolnieniach u chorych na gruźlicę, jako środek przeciwko nim. Styrakol, który jest eterem kwasu cynamonowego gwajakolu, stosować najlepiej w tabletkach po 1,0, 3 — 5 razy dziennie.

W. B.

(Therapeut. Monatshefte, Grudzień, 1905).

96. Toff. **Salit**, nowy preparat salicylowy do zewnętrznego stosowania kwasu salicylowego. (Spitalul. N-r 22, 1905).

Autor opisuje wyniki, otrzymane przy stosowaniu salitu i przychodzi do mniemania, że z dobrym skutkiem może zastąpić wszystkie inne, dotychczas stosowane preparaty salicylowe, jako to: methylum salicylicum, mezotan i inne. Najlepiej działa salit w ostrych reumatycznych zapaleniach, które bardzo szybko się goją; i przewlekłe rodzaje leczą się z dobrym wynikiem salitem. Stosować najlepiej salit pod postacią systematycznych wcierań; używa się salit albo czysty zupełnie, albo zmieszany w równych częściach z oliwą, a to przeważnie u dzieci i osób z wrażliwą skórą. Należy przed zastosowaniem salitu obmyć ciepłą wodą, mydłem i spirytusem to miejsce, które ma się zamiar poddać wcieraniu; tym sposobem zapobiega się podrażnieniu skóry, gdyż przy wcieraniu środka w nieumytą skórę wciera się do przeziwników brud, który właśnie wywołuje podrażnienia skóry, przypisywane tak często niesłusznie preparatom. Stosując wyżej wymienione ostrożności, autor nigdy nie zauważył jakichkolwiek podrażnień skóry z powodu użycia salitu.

W. B.

97. Tizonni i Bongioranni. **O wpływie promieni radium na jad wściekliczny in vitro i w ustroju zwierzęcym.** (Centralb. f. Bact. Bd. 39).

Jad wściekliczny, rozpuszczony w buljonie jałowym, okazał się nieszkodliwym po dwugodzinnem oświetlaniu promieniami radium.

Po jednogodzinnem oświetlaniu jad ten osłabia się o tyle, że zwierzęta zdychają później i przy objawach charłactwa.

Jeżeli infekować będziemy jadem wściekliczny króliki i, poczynając od dnia infekcyi, w przeciągu tygodnia puszczać będziemy po godzinie dziennie promienie radium do oka, to zwierzęta pozostaną zdrowe.

W 24 godzin po zakażeniu radium już żadnego wpływu nie okazuje.

H. Kucharzewski.

98. Na ostatnim zjeździe urologów francuskich d-r Rafin z Lyonu omawiał **wyniki operacyjne wobec nowotworów pęcherza**, z których najczęściej zauważa się brodawczaki. Dawniejsza w przypadkach tych śmiertelność obecnie zmniejszyła się znacznie i spadła do 3,8%; w 73,6% spostrzeżeń nawrotu nie było. Operowanie wewnątrzpęcherzowe, według sposobu Nitze'go, francuzi stosują niechętnie.

W przypadkach raka operacja rzadko bywa wskazaną na skutek złego stanu ogólnego pacjenta, nacieku tkanek sąsiednich i zajęcia dróg chłonnych. Rękoczynny tymczasowe przedłużają życie na 3 do 8 miesięcy, usuwanie raka częściowe i wycinanie pęcherza daje wyniki złe. Śmiertelność od mięsaków wynosi 43,6%, recydywa występuje tu szybko, jakkolwiek autor otrzymał wyzdrowienie u osobników 2-ch bez nawrotu w ciągu lat 7 i 11. Mięśniaki dochodzą niekiedy do wymiarów bardzo znacznych, a ich punkt wyjścia z pęcherza daje się rozpoznać dopiero w przebiegu operacyi. Po rękoczynach otrzymywano w tym razie 28,5% śmiertelności.

R. nie widzi pożytku z operowania za pomocą wziernika i za jedyną metodę praktyczną uważa cięcie górne narządu. Częściowe wycinanie tegoż lepszem jest od rezekcyi guza; cystektomię uważa należy za rękoczyn nader trudny, z uwagi na ogrom rany operacyjnej i niemożność wszycia moczowodów, u mężczyzn zwłaszcza. Nietrzymanie i moczu zakażenie nerek bywa tu następstwem zwykłym. Guzy uszypulone, względnie do operowania łatwe, dają prognozę gorszą, zwyrodniając ścianę pęcherza; w tym razie, po zbadaniu sprawy dokładnem (wziernik, obserwacya kliniczna, badanie per rectum), ekstyrpacyi całkowitej należy zaniechać.

K. N.

(München. med. Wochenschr. N-r 48, 1905).

Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Posiedzenie kliniczne z d. 16-I 1906.

W. Wesołowski przedstawił 20-letniego chorego ze stwardnieniem syfilitycznym na wardze dolnej, które powstało przy coitus praeternaturalis, po którym niezwłocznie chory miał stosunek normalny. Członek miejscowej infekcyi nie uległ.

Gabszewicz demonstrował preparat zwapniałej opłucny. Przypadek dotyczył 50-letniego mężczyzny, który przybył do szp. Ś-go Rocha w sierpniu 1905 r. z powodu guza na lewej linii pachowej, na wysokości 9-go żebra. W guzie stwierdzono obecność ropy i komunikowanie się jego z lewą jamą opłucny. Przy rezekcyci 9-go żebra okazało się, że cała jama opłucny pokryta jest kostnym pancerzem. Po wyrezekowaniu od 5 — 10 żebra G. oddzielił bardzo wiele twardych, chropawych blaszek, grubości do $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ctm. Chory zmarł w 3 tygodnie po operacyi. Przy sekcyci okazało się, że cała opłucna, poczynając od szczytu, uległa skostnieniu. Badanie drobnovidzowe blaszek wykazało podścielisko łączno-tkankowe, na którym odłożyły się w dużej ilości sole wapienne. Ciałek kostnych nie dostrzeżono. Zwapnienie opłucny należy do przypadków b. rzadkich, w literaturze notowano zaledwie kilka.

Karwacki L. W sprawie ujednostajnienia hodowli lasieczników gruźliczych.

Biologia lasiecznika gruźlicy pod wieloma względami nie jest ustalona, ponieważ nie udawało się otrzymać hodowli jednostajnych. Serodyagnostyka gruźlicy datuje się od czasu otrzymania hodowli ujednostajnionej przez Arloing'a i Courmout'a. Podjąwszy poszukiwania nad sprawą powinowactwa i odrębności ras gruźliczych i nad sprawą powinowactwa lasieczników gruźlicy z całą grupą kwasofilową, Karwacki za punkt wyjścia obrał sobie swoistą aglutynację i bakteryolizę.

Poszukiwania powyższe wymagały koniecznie posiadania odpowiednich hodowli jednostajnych. W tym celu K. sporządził podłoże własnego pomysłu, a mianowicie: 10% odwar kartoflowy i 25% rozczyn surowicy—obadwa płyny z dodatkiem 4% gliceryny.

Najpodatniejszą surowicą okazała się surowica cielęca i płyn surowiczy zapalny ludzki. Do takich pożywek K. przeszczepiał uszko hodowli agarowej i codziennie mocno potrząsał. W ten sposób ujednostajniono 15 szczepów, w tem 5 szczepów gruźlicy ludzkiej. Hodowle, raz ujednostajnione, można przeszczepić na zwykły bulion glicerynowy — przyczem hodowla pozostaje jednostajną. Niektóre szczepy ujednostajniają się już w pierwszej generacyi, inne wymagają kilkakrotnych przeszczepień. Hodowle powstają od 2 dni — do 2 tygodni.

Praca ta była poparta demonstracyą odpowiednich hodowli.

W dyskusyi zabrał głos Dębiński, który zaznaczył, że przed odkryciem Arloing'a i Courmaut'a ujednostajnionej hodowli gruźliczej, w laboratorium Granch'a w Paryżu w 1899 r. już od kilku lat była znana jednostajna hodowla gruźlicza ptasia.

Posiedzenie kliniczne z d. 4-II 1906.

J. Jaworski wygłosił odczyt p. t.: „Statystyka raka macicy.”

Sprawa śmiertelności na raka budzi w ostatnich czasach wielkie zainteresowanie wśród uczonych; również niektóre państwa wypowiedziały walkę przeciwko tej pladze, która łącznie z gruźlicą zawiera najwięcej ofiar. Parlament niemiecki, rząd badeński, wyznaczają kredyty na badanie raka, w wielkich miastach Europy i Ameryki Północnej istnieją osobne instytuty w celach badania i zapobiegania szerzeniu się raka.

Liczne zjazdy ginekologiczne (w Krymie, Giessen), jak również oddzieln autorowie (Winter, Bartsch, Villion itd.) prowadzą szczegółowe badania i dociekania nad rakiem macicy.

Następnie autor podał statystykę śmiertelności na raka w ogóle i na raka oddzielnych narządów z Londynu i innych miast angielskich, Holandyi, Szkocyi, Prus, Hamburga, Austrii, Francji, specjalnie Paryża, Włoch, Szwajcaryi, Szwecyi, Norwegii, wielkich miast Ameryki Północnej. Na 3 tablicach autor podał statystykę śmiertelności na raka w Warszawie; statystyka ta została zebrana przez Jaworskiego na podstawie danych, zaczerpniętych z Wydziału Statystycznego i z Archiwum m. Warszawy. Statystyką tą jest objęta stała ludność Warszawy. Z zestawienia danych liczbowych za okres czasu od paru do dwudziestu kilku lat, autor wyprowadza następujące wnioski: 1) liczba chorych resp. śmiertelność na raka stopniowo i stale się zwiększa, 2) liczba zejść śmiertelnych na raka wzrasta w stosunku wyższym, niż by to odpowiadało przyrostowi ludności, 3) kobiety zapadają na raka w ogólności częściej niż mężczyźni; 4) wszystkie narządy u mężczyzn z wyjątkiem płciowych, bywają dotknięte rakiem częściej niż u kobiet; z drugiej jednak strony częstość, z jaką rak widuje się w narządach płciowych kobiecych, bywa tak wielką, że nie tylko wyrównywa ogólne cyfry zachorowań na raka kobiet w porównaniu do mężczyzn, lecz przewyższa znacznie cyfry, określające liczbę zachorowań resp. śmiertelności na raka wśród mężczyzn; 5) na raka choruje obecnie przeciętnie więcej ludzi w młodszym wieku, niż poprzednio; 6) na raka macicy (w Warszawie) żydówek zapada bardzo niewiele, a jeszcze mniej na raka sutki (na 100 chrześcianek- 18 żydówek).

Według statystyki Jaworskiego, w okresie czasu od 1882—1904 r. na raka zmarło w Warszawie 3422 mężczyzn i 4850 kobiet, w tem na raka macicy 1616 przy obliczaniu podług Schröder'a.

Śmiertelność z raka w Warszawie na 10000 mieszk. wynosiła: z okresu 1882—1901—6,62, w 1902—7,10, w 1903—7,40, w 1904—6,26.

Śmiertelność z raka w Warszawie, w stosunku do sumy ogólnej zejść śmiertelnych: z okresu 1882—1901—2,62%, w 1902—3,97%, w 1903—3,33%, w 1904—3,01%.

Śmiertelność na raka macicy w Warszawie od 1895—1904 r., według Jaw., wynosiła 625 osób, na raka sutki 149, a na raka przełyku, żołądka i kiszek łącznie w tym czasie 1565 kobiet.

Co się tyczy uleczalności raka macicy, to, podług statystyk Olshausen'a, Chrobak'a, Zweifel'a, tylko 28,7% zgłaszających się z rakiem macicy nadaje się do radykalnej operacji. Według statystyki Jaworskiego za 10 lat, tylko 20%, śmiertelność po operacji wynosi 5,7%, absolutne wyzdrowienie (5 lat po operacji) wynosi 11,8% (liczby nie operowanych, a zgłaszających się o poradę).

Jaworski uważa, że przyczyną tak ujemnych wyników, osiągniętych przy leczeniu raka—spóźnione zwracanie się o poradę i niechęć poddania się operacji. Powód tak licznych zaniedbanych przypadków raka macicy, a stąd i bezskuteczności odpowiedniego leczenia, autor widzi w braku wiedzy ginekologicznej u lekarzy domowych i lekceważącym traktowaniu takich chorych przez nich, w braku wiadomości odpowiednich u akuszerok, w braku odpowiedniej organizacji pomocy lekarskiej dla szerokich mas, w zachowaniu się nareszcie samych chorych, nieświadomych istoty choroby. Wobec tego autor uważa za konieczne, aby społeczeństwo podjęło walkę z omawianym cierpieniem. W tym celu proponuje utworzenie komitetu w celu badania i zwalczania choroby raka, a specjalnie raka macicy, przez podjęcie szerokiej akcji społeczno-lekarskiej. Komitet taki, z inicjatywy Jaworskiego powstaje przy Towarzystwie Hygienicznym; w skład komitetu, prócz grona lekarzy, weszło jeszcze grono osób z poza sfer lekarskich.

Wł. Żenczykowski.

TATUOWANIE.

Umiejętność tatuowania znaną już była, prawdopodobnie, ludom starożytnym. W trzeciej księdze Mojżesza (Leviticus) znajdujemy miejsce, w którym tenże zabrania synom Izraela wyłabiać sobie nawzajem figury nożem na ciele. Arabowie, pochodzący z rasy semickiej, jak żydzi, uprawiali sztukę tę niewątpliwie; zwłaszcza kobiety zdobiły się chętnie w sposób powyższy, pstrząc ramiona swe, golenie i czoło rysunkami niebieskimi obficie. Według Herodota,

rzeźbienie rangi i pochodzenia szlachtetnego na ciele było u Traków np. wyróżnieniem zaszczytnem; o zwyczaju tym wspomina również Cezar w opisie Gallów; w czasach nowych żeglarz angielski Cook zaznaczył rozpowszechnienie tatuowania nader wielkie wśród mieszkańców wysp Australii.

Nazwę, w mowie będącą, Cook wyprowadza od wyrazu polinezyjskiego „ta,” co znaczy: uderzać; częstość uderzania australczy cy oznaczają powtórzeniem wyrazu: „tata,” co z biegiem czasu przekreconem zostało na tatu. W czasach odległych niewolnikom wyrzeźbiano na ciele nazwisko ich pana, żołnierzom — wodza, bałwochwalcom—emblemata bożka ulubionego. Później znaczone w sposób ten jeńców i zbrodniarzy, co wymigali się z rąk kata, dziś tatuowanie cieszy się popularnością wielką u ludów Afryki i Ameryki, na północy Azji wśród Tunguzów, na licznych wyspach Oceanu Wielkiego. U ludów niektórych tatuowanie uważa się za operację świętą, na którą bóstwo zezwolić może tylko. Kandydat spędzać też musi noc w wilię operacji w świątyni i czekać na objawienie niebieskie, za które uważa się zazwyczaj nagły gwizd jakiś, stuknięcie lub szmer tajemniczy. Jeżeli znak taki nie dopisze, rękoczyn odkłada się na później; osobnik, wytatuowany wbrew woli bóstwa, ściągnąłby na kraj cały gniew niebios.

W Europie w sporcie tym gustują najwięcej niższe, mniej oświecone warstwy społeczne, wyrobownicy, żołnierze, marynarze i t. p. Tatuowaniem nie gardzą również zawodowi przestępcy, złodzieje, nożowcy i zbrodniarze. Nie rzadko zdarza się, że schwytanego na gorącym uczynku recydywistę poznaje się łatwo po, zanotowanych przedtem, w archiwum policyi lub sądu rysunkach na ciele. Że nasi nożowcy warszawscy chętnie zdobią się malowidłami takimi, to zauważyli też nieraz lekarze szpitalni lub Pogotowia Ratunkowego. Emblematy takie o najdziwaczniejszym układzie i treści niżej podpisany widywał często u złodziei pobytowych i morderców.

W warsztatach karnych, więzieniach, w miejscach zesłania, wśród mnogiej przymusowych falangi pensjonaryuszy napotyka się osobników tatuowanych na każdym kroku. W niektórych krajach władze osobliwszy ów zwyczaj karzą więzieniem obostrzonym o chlebie i wodzie—mania szerzy się bez przerwy; widocznie, w operacji, która piętnuje na życie całe, tatuowany znajduje zadowolenie wielkie, choć operacja to bolesna przecie i prowadząca niekiedy do powikłań poważnych. „Artysta,” którym bywa najczęściej drugi przestępca jakiś, rozporządza narzędziami pierwotnymi bardzo, z natury rzeczy brudnymi, o odkażaniu tychże nie ma pojęcia przecie, zaszczepić

może więc klientowi zarazek syfilisu lub tężca bardzo łatwo. Tak stoi rzecz z teoretycznego punktu widzenia; praktyka uczy, że zwykle sprawa ogranicza się na zapaleniu tkanki łącznej lub ropniach miejscowych, powikłanych gorączką mniejszą lub większą.

Wśród ciszy nocnej, w namiocie, knajpie lub celi więziennej, przy świetle latarki lub kopczącej świeczki łożowej, z benedyktyńską iście cierpliwością kolega-malarz godzinami całymi torturuje instrumentem swym piersi, grzbiet i kończyny ofiary. Kto składa tu wymowniejsze dowody cierpliwości, operujący, czy operowany, orzec niepodobna. Ze świtem pracę przerywa się, nocy następnej—wykonuje dalej usque ad finem. Lecz pacjent z dumą pokazać już może liczne ozdoby swe kamratom i hersztom. Tatuowany mistrza nie zdradzi nigdy, zachowuje dlań wdzięczność do grobowej deski. Jeżeli zważy się, że ludzie ci, ból najdotkliwszy ze stoicyzmem znoszący, siedząc w kozie, o ucieczce myślą bez przerwy, że rysunki na ciele ułatwią przecie policji następcze schwywanie zbiega, trudno nie przyznać, że zachodzi tu, oczywiście, aberacja jakaś mózgowa, która na głos rozsądku głuchą jest zupełnie; którą wytłomaczyć trzeba ludzką próżnością, tylko w gatunku najlichszym.

Aparat „malarza” różni się wielce od wysubtelizowanych narzędzi, jakich używa specjalista w Stanach Zjednoczonych np. dla „ludzi z towarzystwa.” Tych skóra zamienia się nieraz w wykonaną z artyzmem ilustrację pod działaniem i przy współdziałaniu sił elektryczności. Nasz brat posiada jeno ćwiek żelazny, igły lub pęk szpilek, sadze z wodą roztarte za farbę, wyjątkowo — tusz chiński, gdy w takowy potrafi zaopatrzyć się. Gdy klient żąda rysunku kolorowego, sytuacja staje się trudniejszą o wiele. Z razu kawałkiem węgla lub ołówkiem operujący rysuje sobie najsamprzód kontur figury na danej części ciała; potem, trzymając się ściśle nakreślonych uprzednio linii, nakłuwa miejsce koło miejsca narzędziem, które macza od czasu do czasu w „atramencie.” Wreszcie — rysunek gotowy; z obrzmiałej skóry krew sączy się obficie, pomieszana z farbą. Zdolniejszy wykuwa igłą rysunek wprost z pamięci, bez pomocy węgla; ten, komu Niebiosa poskąpiły talentu, na skórze ofiary nakleja papier z obrazkiem i dokonywa nakłuc przez papier. Technika skomplikowaną nie jest, takimiż są i malowidła.

Tematy obrazowe, różnorodne do nieskończoności, zdziwić mogą niekiedy dziwactwem, zastanawiają zawsze — niesmakiem. Obok scen erotycznych i sielankowych widzimy rysunki treści religijnej, niedołęzne podobizny scen i osób z historii, wyobrażenia zwierząt i ptaków, krzyże, kotwice, inicjały własne i daty. Niektórzy, za-

miast rysunków, mają wyrzeźbione na ciele wiersze, maksymy i zdania, wskazówki lekarskie; to znów odczytujemy wyryte, okropne w grozie swej, przekleństwa na „burżujów,” przyczem dodatkiem nieodzownym musi być zawsze wymalowane na skórze serce, przebite sztyletem i ociekające grubemi kroplami krwi.

K. Niedzielski.

Kronika bieżąca.

(hk) Powstał projekt założenia Sanatorium dla lekarzy w Jaście na południowym brzegu Krymu. W Sanatorium tem znajdują pomieszczenie wszyscy lekarze mało zamożni, bez różnicy narodowości i wyznania, potrzebujący dłuższej kuracji, z wyjątkiem umysłowo chorych i nieuleczalnych. Fundusz ma się utworzyć z darowizn, oraz składek członków rocznych (rb. 10), lub też jednorazowych (rb. 100).

Zmarli. Dr Ludwik Grün dnia 24 lutego r. b. w Warszawie, w wieku lat 76.

Dr Wincenty Kwiatkowski w lutym r. b. w Humaniu, w wieku lat 79.

Dr Jan Szlipps, lekarz wojskowy, dnia 25 lutego r. b. w Warszawie, w wieku lat 55.

Dr Józef Strzeszewski dnia 16 stycznia r. b. w Warszawie, w wieku lat 46, którego życiorys podamy wkrótce.

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

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

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. D-ra Romualda Płaskowskiego udzielone będą w roku bieżącym dwie zapomogi pieniężne po Rb. 168 kop. 96, dla delegatów na jeden lub więcej zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą czy to w kraju czy też zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie w jaknajkrótszym czasie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższe zapomogi nadsyłane być mogą pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała № 7) do dnia 1 Kwietnia r. b. z oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatrii.

p. o. Sekretarza Stałego

W. Kosmowski.

R E F O R M A

PISMO CODZIENNE, POLITYCZNE I LITERACKIE

WYCHODZI DWA RAZY DZIENNIE

Od Stycznia 1906 Roku.

Prenumerata Wynosi:

w Warszawie:	na Prowincyi:
rocznie rb. 9 kop. —	rocznie rb. 12
półrocznie " 4 " 50	półrocznie " 6
kwartalnie " 3 " 25	kwartalnie " 3
miesięcznie " — " 75	miesięcznie " 1
Za odnośnienie do domu dopłaca się miesięcznie 5 kop.	Zmiana adresu kop. 20.

Nowoprzybywający prenumeratorzy kwartalni otrzymają bezpłatnie kalendarz ścienny polski, kartkowy.

Adres redakcyi i Administracyi: Warszawa, Nowy-Świat, 34, telef. № 64.30, 74.50

Redaktor i Wydawca J. Szlenkier.

Istniejący od roku 1890

DOM ZDROWIA

K. Dobrskiego

w Warszawie, Aleja Róż 10.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franco.