

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

Z Kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

## I. GRUŻLICA MOCZOWODÓW I MIEDNICZKI

PRZEZ

d-rów Noël'a Hallé i Bolesława Motz'a.

*(Dokończenie).*

Tym sposobem choroba dochodzi do prawdziwych suchot owrzodzających nerek, w których nerka zamieniona jest w obszerne jamy, rozszerzony zaś moczowód pośrodku gęstego podścieliska zapalenia okolomoczowodowego stanowi obszerną i jedyną jamę patologiczną o ściankach ropiejących bez końca.

*II. Wytwórcze umiejscowienie zmian. Zmiany w ujściu.*

Częste umiejscowienie i przewaga zmian moczowodowych w pewnych specjalnych punktach dają impuls do uwag patogenetycznych.

Widocznem jest, że częste zmiany moczowodomiedniczkowe zjawiają się najpierw u górnych otworów kieliszków. Często wykazują zmiany gruźlicze maximum głębokości na wysokości odcinków górnych i dolnych przewodu wydzielającego kieliszków i części końcowej przypęcherzowej. Umiej-

scowienie początkowe przy kieliszkach wypływa zupełnie naturalnie z rozwoju zstępującego zmian od nerki do moczowodu: otwór kieliszka służy za przejście od jednego do drugiego.

Zmiana kieliszka na wstępie przedstawia bardzo dokładne umiejscowienie — co nam objaśnia anatomia normalna. Zmiany gruczlicze miedniczki występują najpierw tam, gdzie kieliszek przylega do brodawki w zatoce brodawkowo-kieliszkowej. Jest to *tocus minoris resistentiae*, i rzeczywiście, brodawka i wewnętrzna część kieliszka wysłane są całkowitym nabłonkiem warstwowym, grubym, normalnym, gdy tymczasem kąt zagięcia czyli zatoka pokryta jest, według Barabana'a i Barth'a, nabłonkiem szczątkowym, złożonym z 2 warstw małych wielokątnych lub okrągłych komórek mało zróżniczkowanych, które zaledwie odróżniają się od komórek tkanki łącznej, leżącej pod spodem.

Dodajmy do tego położenia anatomicznego przyczynę fizyologiczną — stanie moczu, bardzo możliwe na tym poziomie — a zrozumiemy, że wązki kanał zatoki może być punktem zamarcia prądu moczu; w ten sposób tłómaczymy częste umiejscowienie pierwotnej gruczlicy w zatoce brodawkowej. Bez względu jednak na interpretację faktem jest stwierdzonym, można go wreszcie sprawdzić na skrawkach gruczliczych nerek, do czego jeszcze powrócimy.

Mniej widoczne są warunki, które sprzyjają wczesnemu częstemu umiejscowieniu zmian gruczliczych zstępujących na części końcowej — miednicowej i przypęcherzowej moczowodu. Czy istnieje tam fizyologiczne przerywane i pod ciśnieniem stanie moczu, przygotowujące wytryskiwanie przerywane z moczowodu w stanie normalnym; czy też istnieje bardziej bliska łączność pod ciśnieniem na skośnej drodze międzysciennej?

Co jest pewnem, to to, że końcowa miednicowa część moczowodu często przedstawia zmiany zlewające się i daleko posunięte, gdy tymczasem pozostała część kanału znajduje się jeszcze w stanie zmian rozsianych powierzchownych.

Zmiany w ujściach dolnych, występujące po zmianach

moczowodowych zstępujących przystają wprost per continuitatem.

### III. Zapalenia okołomoczowodowe (*periureteritis*).

Pochodzenie zapaleń okołomoczowodowych jest proste. Według faktów anatomo-patologicznych prawdopodobnym jest, że periureteritis jest zawsze na początku pochodzenia lasecznikowego specyficznego. Rozsianie wtórne grudek młodych gruczkowych w warstwie mięśniowo-łącznej, prawdopodobnie za pomocą dróg limfatycznych, łatwe jest do sprawdzenia na preparatach, w których błona śluzowa zajęta jest zlewającym się daleko posunięciem nacieczaniem.

Grudki te jednak wtórne śródmiąższowe łatwo prowadzą do stwardnienia i giną pośród zmian reakcyjnych obwodowych.

W przypadkach bardzo rozwiniętych zapalenie okołomoczowodowe zlepne włóknisto-otłuszczone przerostowe przedstawia się jako zwykła zmiana zapalna przewlekła. Stopniowe wciągnięcie tkanki stwardniającej i obfity rozrost tkanki tłuszczowej dostatecznie tłómaczą przyrosty i zmiany przejść narządów i wielkość nowoutworzonej patologicznej tkanki, które charakteryzują poprzedzające zapalenie gruczkowe okołomoczowodowe.

#### *Streszczenie.*

Po przedstawieniu zmian i wyjaśnieniu interpretacji ich pochodzenia można streścić w następującym schemacie powstanie, przebieg, rozwój i zejście gruczkowy moczowodowomiedniczkowej.

Nerka jest gruczkowa; zakażenie, które powstało w istocie korowej lub miąższowej, stopniowo obejmuje kieliszki i brodawki, umiejscawiając się najpierw w zatoce brodawkowo-kieliszkowej.

Ztąd owrzodzenie gruczkowe może objąć drogą ciągłą zstępującą miedniczkę, następnie moczowód. Częściej zakaża mocz, idący od nerki gruczkowej lub otwartych zmian miąż-

szowych, lub też zmian brodawkowych—śluzówkę miedniczki i moczowodu, z kąd powstają zmiany początkowe powierzchowne rozsiane ograniczone, dyskretne lub zlewające się.

To zaszczepienie wtórne obfite i jadowite przyjmuje niekiedy odrazu postać nacieczenia gruźliczego zlewającego się i masywnego śluzówki.

Jakikolwiek jest początek zmian moczowodowych — dyskretny zlewający się, czy też całkowity — prowadzą one prawie zawsze przez swój stopniowy rozwój w większej ilości przypadków do całkowitego owrzodzenia moczowodu.

To ostatnie zaś, zanim się staje całkowitem, umiejscawia się na dwóch końcach kanału wydzielającego na kieliszkach, miedniczkach, szyjce moczowodu z jednej strony i części miednicowej oraz przypecherzowej części moczowodu z drugiej strony. Często widzimy dwa odcinki moczowodu w stanie nacieczenia masywnego gruźliczego lub owrzodzenia, gdy tymczasem w pośrednim odcinku kanału znajdujemy jeszcze zmiany umiejscowione powierzchowne pierwszego okresu.

Głębokie zmiany końcowej części moczowodu rozprzestrzeniają się wtórnie na pęcherz. Naokoło ujścia gruźliczego ziarnina i powierzchowne owrzodzenie są najpierw rozsiane na śluzówce pęcherza.

Nakoniec zniszczone ostium, zarówno jak i część międzyścienna moczowodu tworzy lejek głęboki, który jest środkiem szerokiego owrzodzenia pęcherzowego.

W ten sposób wytworzona zwykła gruźlica moczowodu rozwija się różnie, stosownie do stopnia pierwotnych zmian nerkowych i stosownie do ew. interwencji wtórnego zakażenia.

Jeżeli nerka, zupełnie zniszczona przez masywną gruźlicę, przestaje wydzielać, jeżeli gruźlica moczowodowomiedniczkowa, istniejąca jednocześnie, rozwija się w dalszym ciągu aseptycznie i jest jakby zamknięta i ochroniona od wtórnego zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi, to może nastąpić całkowite bliznowate zamknięcie kieliszków miedniczki i moczowodu. Mamy wtedy mały zamknięty moczowód bez zapalenia około-

moczowodowego, który zawsze towarzyszy torbielowemu zserowaciałemu przeistoczeniu całkowitemu gruczliczej nerki.

Jeżeli nerka, zniszczona częściowo przez ograniczoną jamistą gruczlicę, w dalszym ciągu wydziela obfity ropny mocz, jeżeli drobnoustroje ropotwórcze obejmują przez drogę wstępującą lub zstępującą krążenia gruczliczy narząd moczowodowo-nerkowy, to zmiany rozwijają się inaczej. Owrzodzenie moczowodowe i owrzodzenie jamiste nerki postępuje w głąb i wywołuje zniszczenie owrzodzające całkowite ściany, gdy tymczasem na zewnątrz zmiany okołomoczowodowe wyściełają ją warstwą błony zewnętrznej tkanki włóknisto-tłuszczowej.

Później, po tym okresie głębokiego owrzodzenia, niszczącego na korzyść zniszczenia postępującego czynnościowego nerki może wystąpić wtórne zwężenie i nawet zamknięcie bliźnowate moczowodu; pomaga im do tego stwardniające zapalenie okołomoczowodowe.

Istnieją, rozumie się, przypadki wyjątkowe, które wychodzą po za ramki tego schematu i w każdym bądź razie znajdujemy pod rzekomo złożonymi faktami ogólną sprawę anatomiczną. Służy on, jako nić przewodnia przy objaśnianiu zmian gruczliczych moczowodu w ich różnych postaciach i w różnym stopniu rozwoju.

#### IV. WNIOSKI KLINICZNE.

Z punktu widzenia klinicznego gruczlica moczowodu i miedniczki w ogólnym obrazie symptomatycznym gruczlicy moczowej znajduje drugorzędne miejsce.

Objawy jej zlewają się najczęściej z objawami gruczlicy nerkowej. To też te kliniczne i terapeutyczne uwagi, odnoszące się do gruczlicy moczowodowej, mogą być tutaj podane tylko w krótkości.

Z chwilą, gdy zostało jasno postawione rozpoznanie gru-

żlicy, klinicysta powinien pomyśleć o jednocześnie istniejącej gruźlicy moczowodu.

W okresie powstawania choroby można poznać, według osobistego doświadczenia Albarrano, za pomocą kateteryzowania rozszerzenie moczowodu i stanie moczu, co zawsze towarzyszy zmianom gruźliczym początkowym i powierzchownym śluzówki moczowodu.

W okresie rozwoju badanie cystoskopowe wykazuje często przed wyraźnymi objawami zapalenia pęcherza istnienie pierwszych zmian pęcherzowych gruźliczych naokoło i w sąsiedztwie ujścia moczowodu, odpowiadającego tej nerce, w której najpierw pokazały się zmiany.

Kliniczne badanie moczowodu w okresie rozpoznania choroby daje często wyniki pozytywne.

U mężczyzny trudno wyczuć, badając per rectum, powiększenie i stwardnienie części przypęcherzowej moczowodu. Naciśnięcie palcem w okolicy ostium moczowodu wywołuje często swoisty ból z bolesnym odruchem wzdłuż moczowodu aż do nerki.

U kobiety naodwrot — badanie per vaginam pozwala stwierdzić z łatwością zmiany w wielkości i konsystencji części końcowej moczowodu. Zajęty przez głębokie zmiany gruźlicze, moczowód robi wrażenie grubego okrągłego twardego sznurka, niekiedy sękowatego, który idzie skośnie od podstawy szerokiego wiązadła do podstawy pęcherza poprzez uchyłek boczny. Tym sposobem można przez badanie przez pochwę i macanie brzucha śledzić wszystkie patologiczne zmiany moczowodu w następczych okresach rozwoju zmian gruźliczych. I tutaj jeszcze pomimo nieobecności widocznych zmian materyalnych zaraz na początku choroby, odruch bolesny przy ucisku miejscowym każe podejrzewać zajęcie moczowodu.

Moczowód jest jeszcze dostępny dla badania chirurgicznego na swojej drodze brzusznej. Zaraz na początku ucisk umiejscowiony na części brzusznej moczowodu, w szczególności

w tem miejscu, gdzie moczowód wchodzi do jamy miednicy i na poziomie miedniczki, wywołuje bolesność miejscową i odruch bolesny ze strony nerki i pęcherza.

Później, w bardziej posuniętym okresie zmian, gdy jest już nacieczenie moczowodu i gdy moczowód otoczony jest grubym podścieliskiem zapalnym okołomoczowodowym, można wyczuć moczowód u osób bardzo chudych, których brzuch jest miękki, łatwy do wgniecenia, pod postacią grubego sznurka, zstępującego pionowo; sznurek ten przylega do tylnej ściany brzusznej. Najwygodniejszym punktem do badania jest ten, który odpowiada wejściu do miednicy małej i jest oznaczony przecięciem dwóch linii: jednej poziomej, która przechodzi przez kolec biodrowy przedni górny, drugiej—pionowej, idącej od kolca lonowego.

Należy przed badaniem opróżnić kiszki, ażeby uniknąć tym sposobem fałszywych wniosków, jakie daje napęczniona kałem okrężnica.

Powyższe objawy fizyczne są objawami moczowodowej gruźlicy.

Co się tyczy objawów czynnościowych—przebiegają one najczęściej skrycie.

Często bardzo notowano bóle wzdłuż moczowodu. U mężczyzn towarzyszy bólowi tym ból wzdłuż powrózka nasiennego aż do jądra, z uczuciem ciężaru w mosznie.

To promieniowanie bólów daje się łatwo wytłómaczyć zmianami okołomoczowodowymi; mówiliśmy, jak często zdarzają się w zapaleniu okołomoczowodowym zrosty patologiczne naczyń i nerwów nasiennych z gruźliczym moczowodem.

Bardziej charakterystyczne są napady bólu w moczowodach, przypominające kolkę nerkową.

Najczęściej lekkie, niekiedy znów wyraźne i silne, napady te są połączone z bólami pęcherza, z bólem i obrzmieniem nerek. Powstają bóle powoli, trwają długo, często dają się zauważyć nawroty w okresie klinicznym. Napady te, wywołane są przejściowem zatkaniem moczowodu masami zserowa-

ciałami, albo też przez zserowaciałe grudki, idące od nerek, zstępujące powoli i przechodzące z trudnością przez moczowód zwężony.

Jeżeli wystąpią objawy zatkania moczowodu i pozostają, to ze strony nerki rozwijają się wszystkie objawy kliniczne ropowicza gruźliczego z zatrzymaniem: bóle, duże obrzmienie nerki i objawy gorączkowe. Wtedy mamy do czynienia z poważnymi zmianami w moczowodzie.

Napady nerkowe wyraźne i rozwój pyonephrosis gruźliczy są charakterystyczne dla gruźlicy moczowodowonerkowej głębokiej, która jest niszczącą, powiklaną wtórnym ropowiczem zakażeniem. Przeciwnie zaś, jeżeli gruźlica moczowodowonerkowa rozwija się aseptycznie, jak zamknięta gruźlica, ochroniona od wszelkiego wtórnego zakażenia, to choroba przebiega bez objawów (t. zw. evolution silencieuse) pod względem klinicznym.

Przeistoczenie torbielowe całkowite zserowaciałe nerki z jednoczesnym zamknięciem moczowodu może nastąpić bez objawów klinicznych, to też klinicysta, badając wskazanie operacyjne, powinien mieć zawsze na uwadze możliwość tych ostatecznych zmian moczowodowonerkowych jednostronnych, których nic nie zdradza i nic nie pozwala przewidzieć.

W okresie bardzo rozwiniętym choroby mogą dać klinicyście doskonale wskazówki różne sposoby badania moczowodu i nerki, cystoskopia, badanie zgłębnikiem i rozdzielaczem, w szczególności na początku, gdy pęcherz jeszcze nie jest naruszonym.

Kateteryzacja może wskazać, czy moczowód jest rozszerzony, czy zwężony. Zupełne zatkanie objawia się przy badaniu zgłębnikiem lub za pomocą rozdzielacza zupełnym brakiem wydzielania po jednej stronie. Istnieje tak ścisła i stała łączność pomiędzy zmianami moczowodu i nerki, że należałoby się starać o dokładne dane co do stanu moczowodu za pomocą badania wewnątrzpęcherzowego zarówno w celu rozpoznania chirurgicznego, jako też wskazania operacyjnego.



Niestety, w tym okresie bolesne pęcherzowe zmiany są przeciwwskazaniem, przeszkadzają i czynią często niemożliwym użycie cystoskopii, zgłębnika moczowodu i rozdzielacza.

Należy wszakże starać się o metodyczne zbadanie moczowodu tymi różnymi sposobami w granicach możliwości.

Nie może być mowy o terapii wprost skierowanej przeciw zmianom gruźliczym moczowodu; katetyzacja, zmywanie, przykładanie miejscowe leków, możliwe teoretycznie za pomocą zgłębnika moczowodowego, pozostaną bez skutku wobec zmian w nerkach, zawsze bardziej rozwiniętych i jednocześnie istniejących.

Leczenie gruźliczego zapalenia moczowodu jest często chirurgiczne i połączone z operacyjną terapią gruźlicy nerki.

Tylko działając na nerkę gruźliczą, może chirurg ubocznie, jako dodatek zabiegu dosięgnąć gruźliczego moczowodu; o leczeniu więc jego mówić będziemy później detalicznie, mówiąc o gruźlicy nerek. Tutaj wskażemy tylko na niektóre przypadki.

W czasie nefrektomii wczesnej z powodu gruźlicy nerkowej można znaleźć moczowód jeszcze nie naruszony. Fakt ten jest rzadki; w tych warunkach wystarczy podwiązanie zdrowego moczowodu w nasadzie nerkowej.

Najczęściej moczowód jest już gruźliczy powiększony zgrubiały, przedstawia się pod postacią grubego sznurka, mniej lub więcej przyrośniętego do sąsiednich tkanek.

Chirurg powinien wtedy iść za pomocą dostatecznego nacięcia miednicowego za moczowodem, uwolnić go od organów wnęki i zrobić szerokie wycięcie; powinien za pomocą termokautera przeciąć go między dwiema ligaturami, ażeby uniknąć zakażenia ogniska operacyjnego.

Takie leczenie moczowodu gruźliczego wystarcza w większej części przypadków. Część miednicowa dolna przewodu, pozostawiona takim sposobem w tkance podotrzewny, nie daje powodów do żadnych wtórnych objawów, nie przeszkadza prawidłowemu zgojeniu się rany po nefrektomii.

Jeżeli zakażenie lasecznikowe narządu moczowodowego pozostało czystem bez powikłania zakażeniem wtórnym — kikut moczowodu dolny zagoi się powoli bez powikłań.

Przeciwnie, jeżeli na zmianach w moczowodzie rozwinęło się zakażenie ropne wtórne, to część końcowa moczowodu może się stać punktem wyjścia różnych objawów wtórnych, niekiedy dosyć groźnych.

Najczęściej daje się zauważyć przetokę rany lędźwiowej, podtrzymaną przez gruźliczy moczowód, przetokę długotrwałą i pełną niedogodności.

Niekiedy rzecz jest daleko poważniejsza — ciągle ropienie, dostarczane przez gruźliczy moczowód, wytwarza i podtrzymuje zmiany pęcherzowe.

Wreszcie kikut moczowodu może się stać punktem wyjścia różnych powikłań: wtórne ogniska ropne biodrowe, miednicowe, okołopęcherzowe, umiejscowione zapalenie gruźlicze otrzewny, szerzone za pomocą zmian okołomoczowodowych.

To też proponowano zupełne wycięcie moczowodu w celu uniknięcia następnych powikłań nefrektomii, połączonych z pozostawieniem gruźliczego moczowodu.

Obecnie prowadzi się dyskusja nad użytecznością, wskazaniem i sposobem wykonania tej dodatkowej operacji; wydaje się nam ona wskazaną jasno w tych przypadkach, w których gruźlicze zapalenie moczowodu o bardzo rozwiniętych zmianach jest już w chwili nefrektomii powikłane wtórną infekcją ropotwórczą.

---

## II. Przekrwienie jako środek leczniczy.

### STRESZCZENIE ZBIOROWE

podał

Wacław Biehler.

*(Dokończenie).*

#### Leczenie innych chorób.

Gorącym powietrzem leczono z dobrym wynikiem wszelkie obrzęki na kończynach, wywołane przez unieruchomienie, złamanie i t. d. Leczono też wylewy do stawów: wodniste i krwawe. Wiedmann leczył 30 przypadków, a Klapp i Schaffer 60 przypadków gorącym powietrzem i otrzymali 80% wyzdowień. Ważne przy tem to, że bóle prawie natychmiast ustępują.

Do leczenia wylewów do stawów na tle zakażenia nadaje się lepiej leczenie bandażykiem zastoinowym.

Dalej, leczono przez Bier'a trzy przypadki słońiowacizny—wynik w jednym był dobry, chociaż na krótko. Leczył Bier gorącym powietrzem. Należy tutaj dodać, że wynik był o tyle dobry, o ile chory leżał, lub bardzo mało się poruszał. Gorącym powietrzem udało się Bier'owi znacznie zmniejszyć rozdęcie żył na nogach po upływie dłuższego czasu. Stosował on gorące powietrze codziennie po godzinie. Odradza on stosowanie gorącego powietrza wtedy, gdy się utworzyły skrzepy głębokich żył; wtedy można przystąpić do leczenia tylko po upływie 6 miesięcy. Obrzęk i nacieczenie naokoło powiększonych żył giną prędko; może nawet rozpuszczają się i skrzepy. W każdym bądź razie Bier poleca ten sposób leczenia, gdyż otrzymał wyniki bardzo zadowalniające.

Leczono też gorącym powietrzem zmartwienie starcze i na tle cukrzycy. Ma się rozumieć, że należy tutaj stosować wielkie ostrożności. Najlepiej stosować tylko 90° ciepła, gdyż zwykle wrażliwość skóry jest tutaj zmniejszona i przez to kontrola prawie że niemożliwa. Należy zaczynać od krótko-

trwałych posiedzeń — od 10 minut — i powoli przedłużać takowe aż do godziny. Leczył Bier trzy takie przypadki za pomocą bandażyka zastoinowego i otrzymał w dwóch przypadkach zupełne wyzdrowienie. Coprawda, Colley odradza stosowanie bandażyka zastoinowego w cukrzycy, ale zapatruje się on na to pesymistycznie. W każdymbądź razie należy stosować wszelkie ostrożności, zmieniać miejsce nakładania bandażyka zastoinowego, i stosować go tylko przez przeciąg kilku godzin. Bardzo dobre wyniki leczenia bandażykiem zastoinowym otrzymał Frommer w 4 przypadkach zmartwienia starczego. Bóle ustąpiły bardzo prędko, ruchomość stawów wróciła, wrzody się oczyściły, a części zmartwiałe prędko się oddzieliły. Przekrwienie działa tutaj prawdopodobnie przez to, że wzmocniony prąd krwi oczyszcza ściankę wewnętrzną naczyń i sprzyja tym sposobem wessaniu się chorobliwych wybijalności; oprócz tego, gorące powietrze swą siłą jakby masowało naczynia i tym sposobem je tamowało; jest to jakby rodzaj gimnastyki chorych, niedołącznych naczyń krwionośnych. Nie chodzi tu tylko o tętnice lub żyły, przeciwnie, chodzi tu o naczynia włoskowate, które, jak się zdaje, w zmartwieniu starczem i na tle cukrzycy odgrywają większą, niż to wogóle się myśli, rolę, szczególnie przy wytwarzaniu się pobocznego krążenia krwi pod wpływem działania gorącego powietrza.

Nakoniec, polecił Ritter leczenie gorącym powietrzem w odmrożeniach. Otrzymał on wyniki bardzo zachęcające. Gorące powietrze usuwa bardzo prędko wszelkie przykre subiektywne uczucia odmrożenia, szczególnie swędzenie; wygaja ono owrzodzenia na tle odmrożenia i odziebiny; ginie też bardzo prędko niebieskie zabarwienie chorych członków. Można też leczyć odmrożenie bandażykiem zastoinowym z dobrym wynikiem, jak to pokazały badania Ritter'a i Hanusy'ego, lecz wyzdrowienie następuje znacznie wolniej, niż pod wpływem działania gorącego powietrza. Technika nie wymaga szczegółowego omówienia. Działa gorące powietrze tem, że, wywołując silne przekrwienie, sprzyja odradzaniu się komórek, zniszczonych przez zimno, gdyż, jak to wiadomo, każde odmrożenie, nawet I stopnia, wywołuje pewne zmartwienie komórki; widać to na preparatach drobnowidzowych i z lusczenia się nabłonka.

Oto wszystko, co zdołałem zebrać z dotychczas znanego piśmiennictwa w kwestyi leczenia przekrwieniem według metody Bier'a.

Widzimy ztąd, że zrobiono już bardzo dużo, ale i dużo bardzo do zrobienia pozostaje, przekrwienie bowiem znajduje nader obszerne zastosowanie.

## PIŚMIENICTWO.

- Arnsperger. „Erfahrungen mit Bierscher Stauung bei acuten Eiterungen“. Münchener med. Wochenschrift. N-r 51, 1905.
- Bum. „Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittels Stauung“. Wiener Presse. N-r 3 i 4, 1905.
- Bier. 1. „Behandlung acuter Eiterungen mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. 1905, N-r 5, 6 i 7.
2. „Ueber den Einfluss künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirns und künstlich erzeugten Hirndrucks auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen“. Mitteil. aus d. Grenzgebieten. Tom 7, II i III zeszyt, 1900.
3. „Weitere Mitteilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperämie“. Verhandl. d. Gesellsch. f. Chirurgie. 1894, str. 94.
4. „Ueber verschiedene Methoden künstliche Hyperämie zu Heilzwecken hervorzurufen“. Münch. med. Wochensch. N-r 48 i 49, 1899.
5. „Das Verfahren der Stauungshyperämie bei acuten entzündlichen Krankheiten“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom. 77, 1905, zeszyt I.
6. „Heilwirkung der Hyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 32, 1897.
7. „Ueber die practische Anwendung künstlich erzeugter Hyperämie“. Therapie d. Gegenwart. Luty, 1900.
8. „Behandlung des chronischen Gelenkreumatismus etc“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 31, 1898.
9. „Ueber ein neues Verfahren der conservativen Behandlung von Gelenktuberculose“. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1892, Tom. I.
10. „Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmassen mit Stauungshyperämie“. V. Esmarch's Festschrift. Kiel, 1893, str. 54.
11. „Weitere Mitteilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperämie“. Archiv. f. klin. Chir. 1894.
12. „Behandlung der Gelenktuberculose mit Stauungshyperämie“. Berliner Klinik. Listopad, 1895.

13. „Hyperämie als Heilmittel“. Wydanie III w Lipsku. 1906.
- Bestelmeyer. „Erfahrungen über die Behandlung acuter entzündlicher Processe mit Stauungshyperämie nach Bier“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 14, 1906.
- Baar. „Die Biersche Stauung in der gynaekologischen Praxis“. Wiener. klin. Wochenschrift. N-r 47, 1905.
- Blecher. „Ueber den Einfluss der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Trauma und längerer Immobilisation“. Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie. Tom 60.
- Brunn. „Ueber die Stauungsbehandlung der acuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der Brunschen Klinik“. Beiträge z. klin. Chirurgie. Tom 46, zeszyt 3, 1905.
- Colley. „Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung acuter eitriger Processe mit Bierscher Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 6, 1906.
- Derlin. „Ein Beitrag zur Behandlung acuter Eiterungen mit Bierscher Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 29, 1905.
- Deutschländer. „Die Behandlung der Knochenbrüche mit Hyperämie“. Zentralblatt. f. Chirurgie. N-r 13, 1906.
- Danielsen. „Ueber die Bedeutung der Bierschen Stauungsbehandlung acuter Entzündungen für die chirurgische Poliklinik und den praktischen Arzt“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 48, 1905.
- Engländer. „Eitrige Brustdrüsenentzündung bei einer Stillenden nach Bier behandelt mit Ausgang in Heilung“. Zentrallblatt f. Gynaekologie. N-r 16, 1906.
- Eversmann. 1. „Die Biersche Stauung in der Gynaekologie“. Zentrallblatt f. Gynaekologie. N-r 48, 1905.  
2. „Die Klappsche Saugbehandlung bei eiternden Hautwunden“. Zentrallblatt f. Gynaekologie. N-r 9, 1906.
- Friedrich. „Die Behandlung infectionsverdächtiger und inficirter Wunden einschliesslich der panaritiales, phlegmonösen und furunkulösen Entzündungen“. Deutsche med. Wochenschrift. N-r 26, 1905.
- Frommer. „Ueber die Biersche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangrän“. Wiener. klin. Wochenschrift. N-r 8, 1906.
- Fraenkel. 1. „Eine Verbesserung des Bierschen Saugapparates“. Vortrag in Berlin am 8 mai, 1905.  
2. „Zur Behandlung von Handsteifigkeiten mit dem Bierschen Saugapparate“. Zeitschrift. f. diätet. u. physik. Therapie. Tom IX, zeszyt 10, 1905.
- Guth. „Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mit Stauungsbinden und Saugapparaten in der Praxis“. Prager. med. Wochenschrift. N-r 2, 1906.
- Heine. „Ueber die Behandlung der acuten eitrigen Mittelohrentzündung mittels Stauungshyperämie nach Bier“. Berliner klin. Wochenschrift. N-r 28, 1905.

- Herhold. „Anwendung der Stauungshyperämie bei acuten eitrigen Processen im Garnisonslazaret Altona“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 6, 1906.
- Honneth. „Ueber den Wert des Sondermanschen Saugapparates zur Therapie und Diagnose der Nasenerkrankungen“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 49, 1905.
- Hanus. „Ueber die Behandlung lokaler Erfrierungen mit passiver und aktiver Hyperämie“. Correspondenzblatt des Aerzte-Vereins des Bezirkes Stralsund. 1905.
- Habs. „Ueber die Biersche Stauung“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 22, 1903.
- Hofmann. „Veränderungen im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde durch Hyperämisierung mit Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 34, 1905.
- Hirsch. „Ueber die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica mit Bierscher Stauungshyperämie“. Berliner klin. Wochenschrift. N-r 39, 1905.
- Hochhaus. „Ueber die Behandlung acuter Halsaffectionen mittels Stauungshyperämie“. Therapie der Gegenwart. Paßdzer-nik, 1905.
- Hempel. „Die Biersche Stauungshyperämie und ihre Anwendungsweise bei acuten Eiterungsprocessen“. Deutsche med. Wochenschrift. 1905, str. 1858.
- Henle. 1. „Zur Technik der Anwendung renöser Hyperämie“. Centrallblatt f. Chirurgie. N-r 13, 1904.  
2. „Zur Technik der venösen Hyperämie“. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. Tom I, 1904.
- Joseph. „Einige Wirkungen des natürlichen Oedems und der künstlichen Oedemisierung“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 40, 1905.
- Klapp. 1. „Ueber die Behandlung der Gelenkergüsse mit heisser Luft“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 23, 1900.  
2. „Die Anwendung der mobilisierenden Wirkung der Hyperämie auf scoliotische Versteifungen“. Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie. Tom 79, 1906.  
3. „Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 16, 1905.
- Kaef. „Zur Behandlung der acuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier“. Zentrallblatt f. Chirurgie. N-r 10, 1906.
- Keppeler. „Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen am Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 45 i 47, 1905.
- Kuhn. „Technisches zur Bierschen Stauung“. Münchener med. Wochenschrift. N-r 21, 1906.
- Krause. 1. Erfahrungen über therapeutische Verwendung überhitzter Luft“. Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Chir. 1899, str. 230.  
2. „Die örtliche Anwendung überhitzter Luft“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 18, 1898.

- Laquer. 1. „Ueber den Einfluss der Bierschen Stauung auf die bactericide Kraft des Blutes“. Zeitschr. f. experim. Patholog. u. Therapie. Tom I, 1905.
2. „Die Anwendung der physikalischen Heilmethoden in der Therapie des acuten Gelenkreumatismus“. Berliner klin. Wochenschrift. N-r 11, 1906.
3. „Zur physikalischen Behandlung der gonorrhöischen Gelenkerkrankungen“. Berlin. klin. Wochenschrift. N-r 23, 1905.
- Leuwer. „Ein neuer Nasensauger“. Deutsche med. Wochenschrift. N-r 10, 1906.
- Lossen. „Biersche Stauungshyperämie bei Sehnenscheidenphlegmone“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 39, 1905.
- Lexer. „Zur Behandlung acuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 14, 1906.
- Luxemburg. „Ueber Biersche Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 10, 1903.
- Leyden und Lazon. „Ueber die Behandlung der Gelenkentzündungen mit der Bierschen Stauungshyperämie“. V. Leuthold-Gedenkschrift. Band. I.
- Lieck. „Ueber den Einfluss der arteriellen Hyperämie auf die Regeneration“. Archiv f. klin. Chirurgie. Tom 67, str. 229.
- Muck. „Ueber eine Vorrichtung zum Ansagen von Sekreten usw.“ Münchener med. Wochenschrift. N-r 42, 1905.
- Mendelsohn. „Ueber die theoretische Verwendung sehr hoher Temperaturen“. Verhandl. des 16 Kongres. f. innere Medicin. 1898.
- Mindes. „Zur Technik des Bierschen Verfahrens mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 6, 1906.
- Mindes-Drohlgger. „Zur Technik des Bierschen Verfahrens bei der Stauungshyperämie“. Zentrallblatt f. Chir. N-r 3, 1906.
- Nötzel. „Ueber die bactericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier“. Chirurg. Kongr. Versammlung. 1894, T. II, str. 661.
- Payr. „Wölflers Erysipelbehandlug. Eine historische Bemerkung zu Biers neuer Verwendung der Stauungshyperämie“. Wiener med. Wochenschrift. N-r 38, 1905.
- Prym. „Ueber die Behandlung acuter Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 48, 1905.
- Penzo. „Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Regeneration der Zellen mit besonderer Rücksicht auf die Heilung der Wunden“. Moleschott's Untersuch. z. Naturlehre des Menschen und der Thiere. Tom 15, 1895.
- Rudolph. „Die Biersche Stauung in der gynaekologischen Praxis“. Zentrallblatt f. Gynaekologie. N-r 40, 1905.
- Renner. „Die Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten“. Münchener med. Wochenschrift. N-r 2, 1906.
- Rubritius. „Ueber die Behandlung acuter Entzündungen mit Stauungshyperämie“. Beiträge z. klin. Chirurg. Tom 48, zeszyt 2, 1906.
- Reitler. „Die Trockenheissluftbehandlung“. Baden bei Wien. 1900



- Richter. „Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern“. Münch. med. Wochenschrift. N-r 15, 1906.
- Ritter. 1. „Die natürlichen schmerzlindernden Mittel des Organismus“. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. 31 Kongres, 1906.
2. „Natürliche schmerzlindernde Mittel“. Archiv f. klin. Chirurgie. Tom 68, str. 429.
3. „Die praktische Bedeutung der natürlichen Schmerzlinderung“. Die Heilkunde, VII Jahrgang. 5 zeszyt, 1903.
4. „Die Behandlung der Erfrierungen“. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Tom 58.
5. „Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Erfrierungen mit künstlicher Hyperämie“. Correspondenzblatt des Aerzte Vereins des Bezirkes Stralsund. 1905.
- Ranzi. „Ueber die Behandlung acuter Eiterungen mit Stauungshyperämie“. Wiener klinische Wochenschrift. N-r 4, 1906.
- Strauss. „Die automatische Saug- und Druckspritze als Saugapparat für die Biersche Stauungshyperämie“. Münch. Med. Wochenschrift. N-r 14, 1906.
- Stahr. „Ueber den Blutbefund bei der Bierschen Stauungshyperämie“. Wiener klin. Wochenschrift. N-r 9, 1906.
- Stich. „Behandlung acuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie“. Berliner klin. Wochenschrift. N-r 49 i 50, 1905.
- Sondermann. 1. „Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen“. Münch. med. Woch. N-r 30, 1905.
2. „Ueber Saugtherapie bei Höhlenerkrankungen und Lupus“. Vortrag auf der Naturforscherversammlung in Breslau. 1904.
3. „Eine neue Methode zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen“. Münch. med. Woch. N-r 1, 1905.
4. „Saugtherapie bei Ohrenkrankheiten“. Archiv f. Ohrenheilkunde. Tom 64, zeszyt 1, 1904.
- Spiess. „Die therapeutische Verwendung des negativen Druckes (Saugwirkung) bei der Behandlung der trockenen atrophischen Katarrhe der Nase und des Rachens“. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Tom 17, zeszyt 2, 1905.
- Stenger. „Die Biersche Stauung bei acuten Ohreiterungen“. Deutsche med. Woch. N-r 6, 1906.
- Schaffer. „Die Behandlung von Gelenkergüssen mit heisser Luft“. Dissertation, Greifswald. 1902.
- Tilling. „The treatment of gonorrhoeal Arthritis by Hyperemia“. Journal of the American. 29 kwietnia, 1905.
- Tillmanns. „Ueber Behandlung durch venöse Stauung“. Deutsche med. Woch. N-r 4, 1905.
- Tomaszewski. „K' waprośu o leczeniu zastójnej giperemiejy ostrych zaraźnych chirurgicznych zaboliewanij“. Russkij Wracz. N-r 12, 1906.

- Ullmann. „Ueber Stauungs- und Saugtherapie bei einigen Affectionen den Haut und der Geschlechtsorgane“. Berliner klinische Woch. N-r 18 i 19, 1906.
- Van-Lier. „Behandlung von acute Ontstekeningen“. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1905, Tom II.
- Volk. „Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen“. Wiener med. Presse. 1905, str. 2322.
- Wiedmann. „Ein Beitrag zur Lehre von der Behandlung des traumatischen Kniegelenkergusses“. Dissertatio, Bonn. 1904.
- Wessely. 1. „Experimentelles über subconjunktivale Injectionen“. Deutsche med. Woch. N-r 7 i 8, 1903.
2. „Zur Kenntnis der Wirkung lokaler Reize und localer Wärmeapplication (nach Experimenten am Auge)“. Archiv f. klin. Chirurgie. Tom 71, zeszyt 2.

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### Choroby wewnętrzne.

344. Boltensstern. **O chorobie Basedow'a, jej teorii i leczeniu.** (Würzb. Abhandl. VI. Z.—11).

Karol Basedow w roku 1840 zwrócił uwagę na chorobę, łączącą w sobie 3 kardynalne symptomy: bicie serca, powiększenie gruczołu tarczycowego i trzeszcz gałek ocznych. W miarę czasu do symptomów tych dodano inne, też mniej więcej stałe, jak: wychudzenie, drżenie i pewne objawy nerwowe.

Objawy sercowe są dominującymi w tej chorobie, inne występują w następstwie. Trzeszcz gałek ocznych zwykle jest obustronny. Wole, występujące w tej chorobie, jest miękie, silnie unaczynione, równomiernie rozłożone. Z objawów mniej stałych wspomnieć należy o bezsenności, zmianach w usposobieniu, objawie Gräfe'go, Stellwag'a, Moebius'a, zmianach w oddechu, białko- i cukromoczu i t. d. Choroba rozwija się zwykle zwolna, choć czasem urazy psychiczne mogą ją wywołać. Wyleczenie należy do rzadkości (samoistne). Basedow upatrywał przyczynę choroby w zmianach krwi, Grawes i Stokes — w schorzeniu serca, Lemke — w schorzeniu mięśni.

Kochen i Trousseau obwiniali nerw sympatyczny, Gross nerw błędny, inni—obydwa lub centralny układ nerwowy.

Najwięcej zwolenników znalazła teoria, tłumacząca rzezoną chorobę zmianami funkcji gruczołu tarczycowego.

Mianowicie, uważano chorobę Basedow'a za wypływ zatrucia organizmu produktami gruczołu tarczycowego, wydzielanymi w nadmiarze, lub też wydzielanymi w zwykłej mierze, lecz o składzie patologicznym. Doświadczalnie udało się wywołać u ludzi podobne objawy przez nadmierne karmienie gruczołem; podobnie u królików i psów, ale nie zawsze. Chorobie Basedow'a, przebiegającej ostro, towarzyszy często wychudnięcie, mimo wilczego nieraz apetytu, podobnie, jak w karmieniu gruczołem tarczycowym. W chorobie Basedow'a utrata fosforanów jest bardzo silna, podobnie w karmieniu gruczołem.

Kraus sądzi, że pierwotną przyczyną choroby są zmiany w naczyniach krwionośnych i sercu, a te ostatnie dopiero wywołują zmiany w gruczole tarczycowym i następstwa dalsze tychże. Blum, wreszcie, uważa gruczoł tarczycowy za organ ochronny, mający na celu niweczyć trucizny organizmu, działające szkodliwie głównie na system nerwowy. Brak tej funkcji powoduje zatrucie systemu nerwowego i objawy wspomniane.

Leczenie choroby Basedow'a, podobnie jak i teorye, ją tłumaczące, przechodziło różne koleje.

Z metod leczenia objawowych znalazły zastosowanie tużenie chorych, środki działające na system nerwowy (brom, kąpiele, hydropatya), dalej, masaż, zwłaszcza gruczołu tarczycowego, elektryzacya, żelazo, arsen, belladonna i t. d.

Mayo polecił naświetlanie gruczołu Röntgen'em po częściowem wycięciu. Obserwowano przy tem wybitne wyniki, jak polepszenie zmian nerwowych, znikanie trzeszczu gałek, uspokojenie akcji serca i t. d. Gruczoł tarczycowy nawet i bez operacyi często malał, a osobniki przybierały na wadze. Działanie fosforu jest często wybitne, lecz tylko chwilowe. Jod za to działa wprost szkodliwie.

W chorobie omawianej szerokie zastosowanie ze skutkiem mniej lub więcej pomyślnym, znalazła organoterapia. Podawano sam gruczoł tarczycowy (wyniki mniej dobre), dalej, grasicę (Mikulicz, Owen), jajniki i nadnercza. Po preparatach tych obserwowano poprawę, przyrost wagi, ale nie wyleczenie, a korzystny wpływ był tylko przemijający.

W nową niejako erę weszło leczenie choroby Basedow'a surowicami. Wychodząc z założenia, że choroba polega na zatruciu organizmu (zmienionemi jakościowo i ilościowo) wydzielinami gruczołu tarczycowego, usuwano zwierzętom gruczoł tarczycowy, sądząc, że przez to otrzymać będzie można pewien rodzaj antytoksyny, która w chorobie Basedow'a działać musi chyba leczniczo. Używano do tego surowicy krwi, mleka kóz, pozbawionych gruczołu lub proszku z tegoż pod nazwą *rodagen*, tabletek ze sproszkowanej krwi Madsen'a, mięsa zwierząt, pozbawionych gruczołu, surowicy Moebius'a i t. d. Podskórnie środki te źle stosować, głównie też podaje się je wewnętrznie.

Ze 100 opisanych w literaturze, a leczonych wspomnianymi środkami, przypadków odnosi się wrażenie, że wyleczenia osiągnąć przy tem jeszcze nie można, ale poprawa, i to wybitna, nie należy do rzadkości, a niektóre objawy chorobowe znikają zupełnie. Stan ogólny się poprawia, szyja maleje, drżenie ustępuje, trzeszcz gałek się zmniejsza, tylko objawy sercowe zwykle pozostają w dawnym stopniu.

Efekt zjawia się raz zaraz, drugi raz bardzo późno. Dawki też są bardzo względne od 20—120 gm. Czasem zjawiają się niemiłe powikłania sercowe (objawy *anginae pectoris*) lub przypominające obrzęk śluzowy. Zwykle poprawa znika jednak po zaprzestaniu leczenia.

Chirurdzy zaczęli leczyć energicznie także chorobę Basedow'a, usuwając szyjowe zwoje nerwu sympatycznego lub inni — gruczoł tarczycowy, a Kocher i Riedel twierdzą nawet, że wszyscy chorzy na Basedow'a kwalifikują się na oddział chirurgiczny. Tak jednak nie jest. Ionnescio wspomina o wyleczeniach po wyjęciu zwojów szyjowych, a Rehn oblicza je na 28,1%.

Usuwanie gruczołu tarczycowego daje już lepsze wyniki. Według Rehn'a, na 319 przypadków operowanych — 175 wyleczeń, 79 polepszeń. Zważyć jednak należy, że śmiertelność przy tem 13,6%, podczas gdy przy zwykłej operacji wola zaledwie 1—2%.

Liczyć tu się bardzo trzeba ze stanem serca, które prawie nigdy nie jest normalne. I po operacji są częste powikłania, a sam Kocher, zwolennik operacji, wspomina, że w  $\frac{3}{4}$  przypadków występują: psychozy, podniecenie, bicie serca, poty, drżenie, wymioty, duszność, żółtaczką i gorączką.

Trudno też przy tej operacyi ocenić, ile należy zabrać z gruczołu.

Leczyć należy też chorobę Basedow'a przedewszystkiem wewnątrznie, a dopiero, gdy nie obserwuje się wyniku dodatniego, próbować można operacyi. *D-r A. Klesk.*

345. Werner Runge. **O leczeniu rodzimej padaczki, z dodatkiem o leczeniu innych rodzajów padaczki.** (Zentrallblatt für die gesammte Therapie. Maj, czerwiec, 1906).

Autor opisuje ściśle leczenie rodzimej padaczki, a na końcu swej obszernej pracy podaje leczenie i innych rodzajów padaczki; przytem uwzględnia piśmiennictwo z ostatnich 15 lat.

Wyniki otrzymane określa on, jak następuje.

Po pierwsze: W ogólnej padaczce na tle urazu należy stosować leczenie preparatami bromowymi, szczególnie wtedy, gdy zaraz po urazie nastąpiły ogólne konwulsye z utratą przytomności. W przeciwnym razie można przystąpić do wywiercania kości czaszkowych, gdy przedtem istniała częściowa padaczka, gdy konwulsye obejmowały zawsze jedną i tę samą grupę mięśni, lub też od pewnej grupy mięśni się zaczynały, lub, gdy na podstawie powiewu można zwrócić uwagę na pewne umiejscowienie, szczególnie, gdy ten powiew można wywołać przez ucisk na bliźnę na czaszce. Nadzieja dobrego wyniku mała.

Po drugie: Typową padaczkę Jackson'a należy zawsze leczyć wywierceniem kości, nie zważając na to, czy została ona wywołana przez uraz, czy nie. Tutaj umiejscowienie choroby wiadome.

Do operacyi należy przystępować jak można najprędzej po zginięciu kurczów padaczkowych.

Najwięcej polecają autorowie wycięcie warstwy korowej według sposobu Horsley'a.

Po operacyi należy dla podtrzymania operacyjnego leczenia dawać przez długi czas brom.

Po trzecie: W padaczce odruchowej należy jak można najwcześniej usunąć przyczynę (bliźnę), ma się rozumieć, tylko wtedy, gdy się napewno przekonano, że tylko ta, a nie inna przyczyna wywołała padaczkę.

Po czwarte: W tych rodzajach padaczki należy, jak i w rodzimej padaczce, dbać o stosowne odżywianie i sposób życia, gdyż one ogromnie współdziałają ogólnemu swoistemu leczeniu.

W rodzimej padaczce jest wskazane leczenie bromem i to jak można najwcześniej. Należy przytem dawać jak można najmniejsze dawki, wystarczające do wstrzymania napadów. Leczenie powinno trwać kilka lat po ostatnim napadzie i nie powinno być przerwane odrazu; należy stopniowo zmniejszać dawkę. Gdy leczenie bromem nie prowadzi do skutku, należy spróbować sposób leczenia Toulouse'a i Richet'a, leczenie opiumowe z bromem, leczenie kombinacją Bechterew'a i, наконец, wszelkimi innymi sposobami, które należy zastosować i wtedy, gdy chory nie znosi ani bromu, ani preparatów bromowych (bromipina etc).

Sądząc z dotychczas otrzymanych wyników, nie należy przystępować do wywiercania kości czaszkowych, ani do wyjęcia nerwu współczulnego, chyba, że się ma do czynienia z ciężkimi przypadkami, w których grozi psychiczne zwyrodnienie; tutaj można uważać operację, jako ultimum refugium.

*W. Biehler.*

346. Prof. Forlanini (Pawia). **W sprawie leczenia suchot płucnych sztucznie wywołaną odmą piersiową (pneumothorax).** (Deutsche med. Woch. N-r 35, 1906).

Forlanini w r. 1882 polecił leczyć suchoty za pomocą sztucznie wywołanej odmy piersiowej, wychodząc z założenia, że spokój płuca i ucisk, powodowany wpędzonym powietrzem, jest dla chorego organu zbawiennym. W roku 1894 demonstrował na kongresie międzynarodowym lekarzy w Rzymie chorych, leczonych tym sposobem. Chcąc nabrać kilkuletniego doświadczenia, nie ogłaszał potem wyników, obecnie jednak, wobec zjawiających się coraz częściej publikacji, zabiera głos w tej sprawie na mocy czternastoletniego doświadczenia. By odma piersiowa spełniła swe zadanie, musi być rozległą i zupełną, t. j. powinno się wpędzać tyle powietrza lub gazu, aż znikną szmery oddechowe. Odma powstawać powinna jednak zwolna, nie nagle, by nie wywołać ucisku i nagłego przesunięcia się śródpiersia. Najlepiej też powiększać odmě, wpędzając gaz codziennie lub co drugi dzień w mniejszej ilości. Dalej, odma powinna pozostawać potem stale pod tem samym ciśnieniem, czyli, mówiąc innemi słowy, w miarę wessania gazu trzeba ją dalej stale uzupełniać. Murphy postępuje też mylnie, wytwarzając odmě raz tylko i pozostawiając ją potem samą dalszemu losowi bez odnawia-

nia. Aparat, podany przez autora, do wywoływania odmy jest prosty i dozwala każdej chwili wpędzać gaz do opłucny. Składa się on z rezerwoaru szklanego w kształcie litery U. Jedno ramię (połączone z igłą) napelnione jest gazem, drugie (wypelnione sublimatem) łączy się z balonem wpędzającym gaz, który przechodzi do opłucny przez filtr z waty. Autor używa azotu, albowiem powietrze samo, a raczej tlen zanadto szybko ulega wessaniu. Na jednym posiedzeniu wpędza 200—300 cm. sz. W razie zrostów opłucnowych trzeba w pojedyncze odgraniczone przestrzenie wpędzać gaz. Płyny nie nadają się do wypelniania opłucny, bo drażnią zanadto tkanki. W miarę wessania powtarza się wpędzanie (mniej więcej raz na miesiąc).

W ten sposób leczył autor 25 chorych. Wyniki najlepsze w jednostronnej gruźlicy. W obustronnem schorzeniu postępować należy ostrożnie.

Przeciwwskazaniem jest to leczenie tylko w przypadkach, przebiegających ostro, natomiast w krwotokach wyniki są właśnie dobre. Po zabiegu podnosi się zwykle ciepłota i zwiększa chwilowo plwocina. Najpierw znikają włókna elastyczne i prątki, a potem ustępuje i plwocina.

Po wyleczeniu należy odmę jeszcze pewien czas utrzymywać.

Wyniki bardzo dobre. Jeden przypadek (zmarły z innych przyczyn) był sekowany i przekonano się, że płuco w miejscach chorobą zajętych zmieniło się w tkankę bliznowatą, zawierającą w środku otorbione ściśle ogniska serowate.

*D-r Adolf Klęsk.*

347. Låwen (klin. chir. Lipsk). **Powikłania płucne po operacyach w jamie brzusznej.** (Beitr. z. klin. Chir. T. 50, z. 2).

Powikłania płucne występują po operacyach w jamie brzusznej często, bo w 2—8%. Wpływa na występowanie: stan przedoperacyjny płuc i serca, sposób przygotowywania chorego, uspienie i zachowanie się chorego po operacyi. Głównie występują powikłania płucne pó operacyach, po nad pępkim wykonanych.

Bardzo często obserwowal je też autor po stłuczeniach brzucha i pęknięciach organów tegoż, co odnosi do utrudnionego oddychania i wykrztuszania.

Po operacji przepuklin wodnych powikłania płucne występują najczęściej przy metodzie Bassini'ego.

Po operacji na wyrostku robaczkowym występuje często zapalenie opłucny.

Największa część schorzeń, według autora, bierze swój początek z zachłyśnięcia się podczas uśpienia, lub braku dostatecznego odkrztuszania w pierwszych dniach po operacji. Zapalenia płuc na tle zakrzepów i zatorów stoją już na drugim planie.

*D-r Kleśk.*

348. Krause. **O uszkodzeniach organów wewnętrznych przez naświetlanie Röntgen'em i o zapobieganiu takowym.** (Münch. med. Wochft. N-r 36, 1906).

Szkodliwe działanie promieni röntgenowskich objawia się na wielu organach. Francuzi zwrócili uwagę na bóle głowy, bicia serca, bezsenność, biegunki, zmiany pęcherzowe i maciczne, występujące u ludzi zajętych przy aparatach. Podobne zmiany z niemieckich autorów obserwowali: Freund i Schär.

Albers-Schönberg zwrócił uwagę na szkodliwe działanie naświetlań na jądra i zdolność płodzenia.

Obecnie znamy już wiele przypadków, gdzie naświetlanie wywołało obumarcie plemników, czasem, wprawdzie, przejściowe. U królików doświadczalnie wykazać się daje zanik pęcherzyków Graafa i zmniejszanie się jajników. Promienie röntgenowskie działają też wybitnie na tkankę limfatyczną, wywołując zanik takowej. Tak w szpiku kostnym królików wywołują promienie Röntgen'a następujące przemiany:

Ciałka białe giną już po kilkugodzinnem naświetlaniu, a rozpad zaczyna się już od 3 godziny. Głównie rozpadają się limfocyty i bezziańciste myelocyty, potem ciała eozynofilowe i komórki tuczne, podczas gdy ciała neutrofilowe zachowują się najodporniej. Szpik ulega jednak po 2 tygodniach regeneracji. Birch-Hirschfeld osiągnął przy półgodzinnem naświetlaniu z odległości 8—10 cm. u królików zapalenie spojówki oka, wypadanie rzęs, zmętnienie rogówki, zapalenie tęczówki, a w końcu zanik nerwu wzrokowego. U człowieka obserwowano znów zanik komórek zwojowych siatkówki i plamki żółtej. Hoppel otrzymał przez naświetlanie embryona królika w łonie matki kataraktę warstwową i środkową. W białaczkę działanie Röntgen'a jest też wybitne. Liczba ciałek czerwonych się zwiększa, a zmniejsza



liczba limfocytów i myelocytów. Rozpad ciałek białych powoduje tworzenie się leukotoksyny. Wstrzyknięcie takowej in-nemu zwierzęciu powoduje silny rozpad ciałek białych. Leukotoksyna przechodzi drogą łożyska z matki na płód. Przez ogrzanie do 60° ulega zniszczeniu. Zmiany nerkowe po naświetlaniu wywołane są właśnie leukotoksyną. Po stadyum rozpadu ciałek białych występuje potem znowu podniesienie się liczby takowych. Niszcząco działa też Röntgen na śledzionę.

Heile zauważył po naświetlaniu tkanek wzmoczenie się antytoksycznych procesów. Wobec tych zniszczeń słuszną jest rzeczą znać sposób zapobiegania tym szkodliwym następstwom.

Służą do tego następujące przyrządy: domek drewniany, ochraniający osobę obsługującą aparat, i skrzynka, zakrywająca lampę. Osoba badająca ubierać się powinna w płaszcz gumowy napojony oliwą, rękawiczki, okulary, ewentualnie hełm na głowę. Zamiast okularów wystarczy posługiwać się ekranem, pokrytym szkłem oliwowym.

Skórę chorego, celem ochrony jej od możliwego zbrunatnienia, pokrywać należy płótnem lub papierem jedwabnym.

Naświetlać powinien tylko lekarz, a nie służący lub technik.

*D-r Klęsk.*

### 349. Basch. **Fizjologia i patologia grasicy. Usuwanie grasicy.** (Jahrb. f. Kinderheil. Bd. XIV, H. 2).

Celem badania funkcji grasicy, usuwał autor młodym szczeniętom tenże organ w całości i badał potem zwłaszcza wzrost kości, tworzenie się kostniny (callus) w złamaniach i zawartość wapna w kale i moczu.

Z badań swych dochodzi Basch do wniosków, że u zwierząt pozbawionych grasicy kości wogóle są miększe, kostnina tworzy się wolniej i słabiej, a obraz drobnowidzowy przypomina krzywicę. Za to wydzielanie się wapna jest prawie pięć razy silniejsze, niż u zwierząt normalnych.

*D-r A. Klęsk.*

## Wiadomości pomniejszych i terapeutyczne.

350. Mayet. **Doświadczalne wywołanie raka ludzkiego u psa.** (Z akademii nauk. Posiedzenie z dn. 5 czerwca 1905).

Już w roku 1893 wywołał autor raka u białego szczura (p. Sem. méd. z r. 1893, str. 283), obecnie zaś u psa. Zastrzykiwał on dużemu psu co 10 dni po 20 cc., potem po 40 cc. wyciągu przedcedzonego z mięsaka macicy. Po roku pies zdychał wskutek kacheksji, przyczem sekcyja wykazała obecność guza śledziony; guz był wielkości orzecha, utworzony z tkanki rdzeniastej utworzonej z komórek podłużnych (funimormis) o jednym lub dwóch jądrach i komórek zarodkowych. Jednym słowem, guz miał strukturę sarkomatu. Autor jest zdania, że płynne wytwory guzów mogą wywołać zdala od miejsca wprowadzenia nowotwory rakowate, różne od nowotworu pierwotnego.

351. Bergonié. **Nowy sposób w celu ochrony od promieni Röntgen'a.** (Z tegoż posiedzenia).

Wiadomo, że w celu ochrony od działania promieni zasłania się osoba, która operuje, za pomocą osłon nieprzezroczystych, pomieszczonych w bliskości centrów wydających promienie, bądź za pomocą ekranów postawionych przed operatorem, okrywających tę lub inną część jego ciała.

Obadwa te sposoby nie są dobre, a to dlatego, iż pierwsze: używanie lokalizatorów wywołuje zmianę w polu elektrycznym około rurki, drugie: stawianie płytek lub ekranów-protektorów—tamuje ruchy operatora.

Autor od 6 miesięcy postępuje w następujący sposób: Radiolog i jego pomocnicy znajdują się nad poziomą płaszczyzną, która stanowi przedłużenie antikatody; pod tem znajduje się chory. Przestrzeń jest tym sposobem podzielona na 2 części, z których górna tak jest niedostępna dla promieni X, że czuła płytka może być w niej bezkarnie obracana.

W praktyce daje się to z łatwością urzeczywistnić, trzeba tylko, by płaszczyzna łożka, które służy do radiografii (o radioskopii niema mowy — sposób ten nie daje się tu zastosować) znajdo-

wała się bardzo nisko — zaledwie trochę wyżej, niż płaszczyzna podłogi.

352. Vuillemain. **O nazwie przypuszczalnego czynnika przymiotu.** (Z tegoż posiedzenia).

Autor zaznacza, że pasorzyt, opisany niedawno przez Schaudin'a i Hopfman'a pod nazwą spirochaete pallida, jest prawdopodobnie pierwotniakiem, jak to wreszcie sami autorowie przypuszczają (p. Sem. méd. 1905, str. 261), bardzo podobnym do trypanosoma duriny, dlatego też nie należy nazywać pasorzyta spirochaete, gdyż nazwa ta oddawna oznacza specjalny typ bakterii, zbliżonej do alg. Vuillemain radzi utworzenie dla pasorzyta przymiotu specjalnej nazwy dla gatunku spironema dla rodzaju spironema pallidum.

M. B.

(Sem. méd. N-r 24, 1905).

353. **Dezynfekcja ginekologiczna za pomocą wody utlenionej i nadmanganianu potasu** stosowaną jest na tej zasadzie przez d-ra Futh, asystenta prof. Zweifl'a, że dwa te ciała, razem złączone, tworzą ług potasu i wodorotlenek manganowy, który jeszcze w środowisku kwaśnym zostawia część swego tlenu; tym sposobem spora ilość tlenu in statu nascendi zużyta jest do odkażenia.

Autor dodaje do litra wody 35 cc. wody utlenionej. Oddzielnie znów na litr wody bierze się z grany nadmanganianu potasu i 5 cc. kwasu octowego 3%. Chcąc zrobić iniekcję, używa się sondy podwójnej; każda połowa sondy połączona jest z naczyniem napełnionem jednym z tych płynów. Jeżeli obadwa naczynia posiadają otwory, którymi woda spływa, jednakowej wielkości i jeżeli znajdują się na tym samym poziomie. to płyn, który powstaje z połączenia powyższych płynów, powinien być bezbarwny.

Podobny sposób odkażenia daje dobre wyniki, specjalnie w zapaleniach macicy zgorzelinowych (metritis gangraenosa) i w rakach, których nie można operować—usuwa się tu w szczególności przykry zapach.

M. B.

(Sem. méd. N-r 36, 1906).

354. Romer i Much. **Antytoksyny i białka.** (Jahrb. f. Kinderheilk. LXIII, 6).

Wiadomą jest rzeczą, że dzieci, które urodziły się w czasie, gdy matka ich chorowała na chorobę zakaźną (ospę, szkarlatynę i t. p.), mogą bezkarnie być przez matkę karmione, dlatego że są,

jeśli się tak można wyrazić, uodpornione in utero i piją mleko, zawierające antytoksynę. Z pracy autorów: Romer'a, Uhlenhuth'a i in. widzimy, że kiszki noworodków zachowują przez bardzo krótki przeciąg czasu własność wchłaniania antytoksyn mleka, nie niszcząc nb. takowych. Już w 4-tym tygodniu po urodzeniu zwierzęta, w szczególności cielęta, nie wchłaniają już za pomocą kiszki antytoksyn.

Romer i Much stwierdzili nadto, że, o ile noworodki z łatwością wchłaniają antytoksyny zawarte w mleku zwierząt uodpornionych, o tyle z trudnością i w niewielkiej ilości wchłaniają antytoksyny dodane wprost do mleka. Zdaje się, że antytoksyna, przechodząc przez organizm zwierzęcia, które karmi, przybiera specjalne własności wchłaniania.

*M. B.*

355. Langmead. **O zatruciu salicylanem sodu u dzieci.** (Lancet, 30-VI, 1906).

Według doświadczeń, autora salicylan sodu może wywołać u dzieci objawy zatrucia, przypominające objawy cukrzycy. Dzieci są bardzo senne, mają oddech przyśpieszony, oczy błyszczące; skóra dzieci zabarwia się na fioletowo; uczuwają też chorzy silne pragnienie; niekiedy bywa maligna. Wszystkie te objawy poprzedzone są wymiotami. W przypadkach zatrucia w moczu jest dużo acetonu, gdy tymczasem niema acetonuryi w tych przypadkach, w których salicyl objawów zatrucia nie daje. W ciężkich przypadkach dech chorego wydziela zapach acetonu.

Dawka trująca zależy od ustroju dziecka; silna obstrukcja podtrzymuje objawy zatrucia, dlatego też należy zwracać uwagę na to, by chore dziecko, które bierze salicyl, miało regularne wypróżnienia.

Ponieważ objawy zatrucia salicylem przypominają zapasć w cukrzycy, przeto autor daje, jako środek zapobiegawczy i leczniczy, dwuwęglan sodu, którego wszakże trzeba bardzo dużo, ażeby zneutralizować moc. Langmead radzi natychmiast, gdy zauważono, że mocz staje się coraz bardziej kwaśnym przy podawaniu salicylanu, odstawić takowy i poddać dziecko kuracyi wyłącznie zasadowej.

*M. B.*

356. **Leczenie ostrego zapalenia ślepej kiszki za pomocą zastrzykiwań fizjologicznego roztworu soli do odbytnicy** stosuje Zollikofer z Saint Gall. Za pomocą irygatora pod słabem ciśnieniem

niem wlewa się do odbytnicy roztwór o T 40° (chory leży na wznak) w ilości 2 litrów na 3 do 4-ch razy.

Autor leczył tym sposobem 26 chorych, w niektórych przypadkach dawał 40—50 iniekcji w ciągu 3 tygodni. Iniekcje powyższe uspokajają pragnienie; tętno po nich nie jest tak częste (u jednego tętno było bardzo szybkie przed iniekcjami — 110, po iniekcjach 80). Skład moczu powracał do normy; wymioty, kolki i wzdęcie jelit znikwały po 2—3 dniach.

Zolliker prócz tego daje larga manu opium, wszakże trzeba opium daleko mniej przy zastrzykiwaniach roztworu soli, jak bez nich.

M. B.

(Sem. méd. № 36. 1906).

357. Demarchi. **Promienie Röntgen'a w zimnicy.** (Policlinico. XIII, 6).

Opierając się na doświadczeniach, które wykazały (p. Sem. méd. 1904, str. 255), że promienie Röntgen'a wywierają wpływ na śledzionę, autor poddał śledzionę chorych na malaryę działaniu promieni, chcąc tym sposobem wpłynąć na pasorzyty. Kuracyi poddał autor 7 chorych, z których 3 miało formę czwartaczki, trzech, którzy chorowali tylko w lecie, i jednego, który miał formę trzeciaczki (tertiana). Działał autor promieniami na śledzionę albo przed napadem, albo po, albo też, jeśli to było możliwem, na samym początku napadu.

Badano krew przed posiedzeniem i zaraz po lub też w kilka godzin po.

Autor przekonał się, że promienie Röntgen'a nie wpływają na przebieg choroby, ani też na ilość pasorzytów i ich rozwój. W każdym bądź razie promienie zmniejszają śledzionę, ale tylko o tyle, o ile napady febry ustępują same lub przy pomocy leków. Może być, że promienie będą miały wpływ na to, by nie zjawiały się nawroty, dotychczas jednak nie można powiedzieć, że dają dobre wyniki w leczeniu malaryi, jak to twierdzi Maragliano, który otrzymał, podobno, doskonałe wyniki, stosując radioterapię w przypadku febris intermittens quotidiana (p. Sem. méd. 1906, str. 226).

M. B.

358. **O wyższości kory chinowej nad niektórymi solami chininy w niektórych przypadkach malaryi** pisał już Trousseau. Obecnie pisał o tem Zilgien z Nancy. Autor dawał w 3 ciężkich przypadkach zimnicy proszki chinu według klasycznej formuły

Trousseau. U dwóch chorych, którzy nabyli febrę na Madagaskarze, sole chininy nie dawały żadnych wyników, gdy tymczasem po korze chinowej nastąpiło wyzdrowienie. *M. B.*

(Sem. méd. № 36, 1906).

## Kronika bieżąca.

— *Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.* Na posiedzeniu dnia 13 października r. b. członkowie Zarządu Stowarzyszenia, doktorzy: S. Bronowski, K. Chełchowski, O. Hewelke, B. Jakimiak, W. Kosmowski, W. Kamocki, W. Krajewski, H. Nussbaum, A. Przyborowski, B. Sawicki, W. Szumlański dokonali ze swego grona głosowaniem wyboru urzędników Zarządu, a mianowicie: na prezesa Zarządu powołany został d-r T. Dunin, na wiceprezesa — d-r H. Nussbaum, na sekretarza — d-r S. Bronowski, na skarbnika — d-r A. Przyborowski i na gospodarza lokalu — d-r W. Szumlański.

Tak ukonstytuowany Zarząd niniejszem uprasza Pp. Członków Stowarzyszenia o wniesienie składki, przypadającej za kwartał ostatni r. b., w kwocie rb. 3 na ręce skarbnika, d-ra A. Przyborowskiego. O oddaniu lokalu Stowarzyszenia do użytku jego członków Zarząd ogłosi osobno. Kandydaci na członków Stowarzyszenia winni podać do prezesa Zarządu krótki opis swego życia i podanie, w którym powołują się na dwóch członków Stowarzyszenia.

Podpisano: prezes: T. Dunin

sekretarz: S. Bronowski.

—jw— *Choroby epidemiczne w Warszawie.* Liczne są przypadki włóknikowego zapalenia płuc oraz szkarlatyny. Rzadziej występuje odra i błonica.

— Donoszą nam z Krakowa, iż wszechnica tamtejsza wymaga od „obcokrajowców“ przy przystępowaniu do egzaminów na doktora medycyny składania deklaracji, iż nigdy nie będą praktykować w granicach Austrii. Przepisy te stosowane są i do kolegów z Królestwa.

Nie chcemy w to wierzyć i sądzimy, że jest to jakies nieporozumienie, nawet bowiem w Rosyi każdy, kto złoży egzamin na lekarza, praktykować może bez ograniczenia, a zresztą, czyż lekarz warszawski może być uważany przez krakowian za „obcokrajowca“?

Oczekujemy wyjaśnień w tej sprawie ze strony miarodajnej na wszechnicy krakowskiej.

— D-r Aleksander Stopczański, profesor chemii lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim, przeszedł, z powodu dojścia do wieku ustawa przepisanego, na emeryturę i otrzymał przy tej sposobności tytuł radcy Dworu. Następcą jego mianowany d-r Leon Marchlewski, doktor filozofii, profesor nadzwyczajny tytularny wydziału filozoficznego Uniw. Jag. D-r Marchlewski znany jest z wielu cennych prac z zakresu chemii organicznej.

(Kn) Utarte w szerokich kołach mniemanie, że opisy towarzyszących śmierci męczarni często grzeszą przesadą, jest błędnem, jak twierdzi jeden z oficerów armii niemieckiej w piśmie specjalnem. Przy zdaniu swem autor stoi mocno, tam zwłaszcza, gdzie mówi o konaniu na polu bitwy. Prawie wszyscy zranieni śmiertelnie, o ile nie znieczuli się ich sztucznie, odczuwają arcydokładnie do ostatnich chwil postępujące zmniejszanie się sił żywotnych, śmierć szybką i nieuchronną i z życiem rozstają się bardzo ciężko. Horacy mylił się stanowczo i bitwy nie widział nigdy, gdy pisał słynny aforyzm swój: *dulce et decorum est pro patria mori*. Zdrowotność i siła narządów, które z pełni życiowej sprawności swej przechodzą nagle w stan zagłady, czynią zgon cięższym jeszcze, niż po chorobie.

Frazezem również jest następujący, ulubiony przez autorów, okres efektowny: „Dowódzca szedł do ataku na czele kolumny szturmującej. Trafiony kulą, padł i skonał w tej chwili“ i t. d. Otóż rzadko, niesłychanie rzadko kula zabija odrazu, nie mówiąc już o tem, że tego rodzaju atak odkryty przeszedł zupełnie w krainę wspomnień. Rażony pociskiem walczy ze śmiercią długie nie raz godziny lub chwile i wyjątkowo tylko kula zabija odrazu. Bitwa dzisiejsza, pozbawiona całkiem pierwiastków grozy poetyckiej, nie nęci nikogo swą dramatycznością, jak mniema skłonny do idealizowania twórca obrazów wojennych. Również grzeszą nieprawdą opisy zachowania się rannych po otrzymaniu ciosu, a bajką jest nieodczuwanie bólu w chwilach początkowych pod wpływem batalistycznej ekstazy. Strzelanina odbywa się dziś najczęściej przecie z kilometrowego dystansu, pocisk przebiega do 200 metrów w sekundę i, torując sobie drogę w mięsie ludzkim, wyrządza rany szarpane, co do których nonsensem byłoby mniemać, że nie sprawiają bólu. Zresztą, i ból ten, jak twierdzi autor z własnego doświadczenia, nie jest wyłącznym jakimś objawem urazu, gdyż daleko ciężej ranny cierpi od następstw porażenia lub wstrząsu.

(Kn) Na terytorium Beja Tunetańskiego krążą jeszcze do dziś różne plemiona zbojeckie, które, w stosunku do swych ofiar, używają środków, obcych rzeźmieszkom kulturalnych państw Europy. Opryszek z Tunisu wierzy w to święcie, że większość podróżnych, w obawie przed rabunkiem, połyka pieniądze, czyniąc sobie w ten sposób z własnych kiszek bezpieczną kryjówkę na pewien czas. Dawnymi czasy, celem zdobycia gotowizny, maur-bandyta rozprawał bez miłosierdzia brzuch wszystkim, co wpadli mu w ręce; gdy jednak przekonano się, że na stu pokrajanych żywcem nie-

raz ani jeden nie dźwigał w sobie pieniędzy. porzucono ową metodę krótkiej rozprawy, przeszedłszy do systemu więcej ludzkiego.

Osoby „podejrzane“ zbój przetrzymuje w niewoli przez dłuższy czas. Żydów więzi się najdłużej, ci bowiem, zdaniem czcicieli Ałłacha, grosz ukochali najwięcej i często chowają cenny kruszec „pomiędzy swą duszą i ciałem“, t. j. we wnętrzu jelit, lub w „złotym żołądku“. Jakoż, gdy napadnięty nie ma przy sobie przynajmniej 100 sztuk złota, poddaje się go w niewoli usilnej kuracyi przeczyszczającej, która polega na zaaplikowaniu co rano soli gorzkiej i zmuszaniu do picia wody gorącej w obfitych ilościach. Gdy po niej jakim czasie metoda nie wydaje pożądanego skutku, arab wypuszcza swego klienta wspaniałomyślnie na wolność.

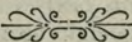
-- W ostatniej chwili uzyskała zatwierdzenie ustawa szkoły położniczej przy miejskich przytułkach położniczych. Wykład odbywać się będzie po polsku. Do każdego przytułku może uczęszczać 12 kobiet od 18—40 lat. Pierwszeństwo mają chrześcianki. Opłata 100 rb. rocznie. Po egzaminach uczennice otrzymują tytuł akuszerki II-go stopnia.


**Zmarli.** D-r Wacław Szczęsnowicz dnia 1 października r. b. w Modliborzycach (gub. lubelskiej), w wieku lat 32.

D-r Julian Serwiński, lekarz powiatu sochaczewskiego, dnia 13 października r. b. w Sochaczewie.

D-r Gustaw Lohrer dnia 23 października r. b. w Łodzi, w wieku lat 37. Padł ofiarą swego powołania, zaraziwszy się od chorego szkarlatyną.

D-r Jan Zduń, prezes rady powiatowej nowotarskiej, właściciel dóbr ziemskich, wzorowy gospodarz, lekarz na polu publicznem, mimo młodego wieku, już zasłużony, dnia 7 października r. b. w dobrach swych w Galicyi, skutkiem przypadku na polowaniu.



 Do numeru bieżącego dołącza się okólnik Apteki Magistra H. Klawe o Sirolinie i Petrossinie.

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.