

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administraçya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nowym sposobie wykrywania siarkowodoru w żołądku. Podał d-r W. Rubin. — O leku Bechterewa w padaczce. Podał Leon Karwacki. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 64. W sprawie leczenia padaczki. 65. O rokowaniu w dusznicy bolesnej. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 1 maja r. b. — Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 19 maja r. b. — XXIX zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (18—21 kwietnia). (Ciąg dalszy). Streścił d-r Ant. J. Goldman (Łódź). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r W. Rubin**—Nouveau procédé pour démontrer H₂S dans l'estomac. 2) **D-r L. Karwacki** — Le médicament de Bechterow dans l'épilepsie.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r W. Rubin**— Ein neues Verfahren zum Nachweisen von H₂S im Magen. 2) **D-r L. Karwacki**— Das Bechterow'sche Mittel gegen Epilepsie.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU D-RA MED. PACANÓWSKIEGO W SZPITALU STAROZAKONNYCH
 W WARSZAWIE.

O nowym sposobie wykrywania siarkowodoru w żołądku.

Podał

D-r W. RUBIN, asystent oddziału.

Obecność siarkowodoru w żołądku, patologicznie zmienionym, stwierdzona została względnie niedawno. W roku 1864 **BETZ** ¹⁾ opisał przypadek ostrego niezytu żołądka i kiszek; w zawartości żołądkowej dostrzegł obecność siarkowodoru. Takież spostrzeżenie uczynił nieco później **SENATOR** ²⁾ w roku 1868. Następnie **EMMINGHAUS** ³⁾ w r. 1872 ogłosił przypadek, w któ-

1) **BETZ.** Memorabilien. 1864 p. 145 i 1869 p. 1.

2) **SENATOR.** Ueber einen Fall von Hydrothionamie i t. d. Berl. Klin. Woch. 1868 p. 254.

3) **EMMINGHAUS.** Berl. Klin. Woch. 1872. Nr. 40 i 41.

rym obecność siarkowodoru w żołądku zależna była od bezpośredniego połączenia żołądka z odcinkiem kiszek. W roku 1874 jeden przypadek opisał EWALD⁴⁾, a wreszcie w r. 1892 BOAS⁵⁾ zajął się szczegółowo powyższą sprawą i doszedł do wniosku, że obecność siarkowodoru w zawartości żołądkowej nie należy wcale do objawów rzadkich, gdyż często daje się spostrzec, zwłaszcza w rozszerzeniu żołądka. Opisał 4 przypadki rozszerzenia żołądka, w których stwierdził niewątpliwie wydzielanie się siarkowodoru w zawartości żołądkowej, dochodzi do wniosków następujących: 1) Siarkowódor powstaje wskutek nieprawidłowego rozpadu białka w żołądku rozszerzonym, gdzie ciała białkowe przez czas długi pozostają i ulegają działaniu peptynych, nieznanym nam jeszcze drobnoustrojów. 2) Kwas solny wolny nie powstrzymuje owego rozkładu białka, i siarkowódor wtedy daje się wykryć zarówno przy mniejszej, jak i przy większej ilości wolnego kwasu solnego. 3) Warunkiem koniecznym powstawania siarkowodoru jest dłuższe pozostawanie ciał białkowych w żołądku, dotkniętym niedomogą ruchową wysokiego stopnia. 4) Siarkowódor, znajdujący się w żołądku, na ustrój szkodliwie nie wpływa, t. j. samozatrucia nie powoduje.

W dwa lata później ZAWADZKI⁶⁾ nanowo poruszył też sprawę i, przedstawiając szczegółowe historye chorób 4-ech swych chorych, u których spostrzegł obecność siarkowodoru w zawartości żołądkowej, dochodzi do wniosków, zgodnych z twierdzeniami BOAS'a i utrzymuje, że rozkład białka możliwy jest pomimo obecności wolnego kwasu solnego jedynie tylko w tych przypadkach, w których pokarmy zbyt długo w żołądku przebywają, skutkiem czego przeciwnie działanie kwasu solnego musi ustać; na dowód tego autor przytacza spostrzeżenie SIEBER'a⁷⁾, któremu udało się utrzymać mięso w stanie świeżym przy pomocy 0,1% roztworu kwasu solnego w ciągu tylko 24 godzin, — później zaś nastąpiło gnicie mięsa wskutek rozmnożenia się bakterii.

W roku 1895 BOAS⁸⁾, prowadząc w dalszym ciągu swoje badania nad tworzeniem się siarkowodoru w żołądku, stwierdza znów częstość występowania tego gazu w żołądku rozszerzonym, ale tylko w cierpieniach natury łagodnej. W raku żołądka autorowi prawie nigdy nie udało się siarkowodoru wykryć. W nerwicach, wrzodzie, niezycie żołądka i t. d., również nie wykrył siarkowodoru; lecz wszędzie, gdzie udało się stwierdzić obecność siarkowodoru w żołądku, istniała niedomoga ruchowa w znacznym stopniu, przy której pokarmy długo w żołądku pozostawały.

Tak więc obecność siarkowodoru w zawartości żołądkowej w stanach chorobowych została niewątpliwie przez różnych autorów stwierdzona i należy do faktów powszechnie znanych. Zwłaszcza w rozszerzeniach żołądka niejednokrotnie zdarza się, że podczas przepłukiwania tegoż daje się odczuwać silna woń, charakterystyczna dla siarkowodoru.

W celu wykrycia siarkowodoru w zawartości żołądkowej używane są dotąd dwa sposoby: jeden za pomocą powonienia, drugi za pomocą octanu ołowiu. Powonienie pozwala stwierdzić obecność siarkowodoru z pe-

4) EWALD. Arch. f. Anat. u. Phys. 1874, p. 217.

5) BOAS. Deut. Med. Woch. 1892. Nr. 49.

6) ZAWADZKI. Centralblatt für innere Med. 1894. Nr. 50.

7) SIEBER. Journal f. prakt. Chemie. 1879.

8) BOAS. Centralbl. f. inn. Med. 1895. Nr. 3.

wnością, lecz posługiwać się możemy powonieniem tylko w przypadkach, w których ilość wytworzonego gazu jest znaczna. Nie ulega jednakże wątpliwości, że w wielu przypadkach, w których siarkowódór niewątpliwie w zawartości się znajduje, powonienie wykryć go nie jest w stanie, czy to wskutek zbyt małej jego ilości, czy innej przyczyny. W przytoczonej wyżej pracy Boas sam przyznaje, że w jednym przypadku zawartość, zachowana w zamkniętym naczyniu i natychmiast badana, nie wykazała zapachu siarkowodoru, jednakże próba za pomocą papierka, zwilżonego roztworem ołowiu, obecność tego gazu stwierdziła.

Dla wykrycia tedy siarkowodoru w zawartości żołądkowej autorzy posługują się roztworem octanu ołowiu. Boas czyni to w ten sposób, że papierek, zwilżony octanem ołowiu i zalkalizowany za pomocą potasu gryzącego, opuszcza w naczyniu z zawartością żołądkową, poczem naczynie zatyka; w razie obecności siarkowodoru papierek czernieje. Próbę tę można wykonać i w ten sposób, że zawartość żołądkową ogrzewamy, i wówczas roztwór ołowiu wskutek obecności siarkowodoru powinien czernieć.

W oddziale szpitalnym spostrzegalem przez czas dłuższy chorą z rozszerzeniem żołądka (p. przyp. I). Razu pewnego podczas przepłukiwania tegoż za pomocą zgłębnika, poczuliśmy silną woń siarkowodoru, wydobywającą się z przepłuczyn. Na zjawisko to szczególniejszej uwagi nie zwróciliśmy. Po paru dniach chora w celach terapeutycznych otrzymała azotan bizmutu zasadowy i gdy wydobyta po tem zawartość żołądkowa okazała się ciemno zabarwioną, postawiliśmy fakt ten w związku z poprzednim, tłumacząc sobie ciemne zabarwienie zawartości żołądkowej działaniem bizmutu na znajdujący się w żołądku też chorej siarkowódór. Zbadana pod mikroskopem zawartość żołądkowa zawierała mnóstwo czarnych kryształów w postaci pałeczek, które okazały się kryształami siarku bizmutu.

Spostrzeżenie to nasunęło mi myśl, że w bismucie posiadamy czuły odczynnik na siarkowódór i w tym celu zacząłem czynić poszukiwania i przeprowadzać doświadczenia na chorych.

Przypadek I. Chora E. K., lat 26 uskarża się na uczucie ściskania w dołku podsercowym, zgagę, nudności, uczucie pełności po jedzeniu i częste wymioty, występujące w parę godzin po jedzeniu. Cierpienie trwa półtora roku, t. j. od czasu przebytego porodu; w tym czasie chora zaczęła doznawać silnych bólów w dołku i w brzuchu, zwłaszcza po jedzeniu. Przed trzema miesiącami zmuszona była z powodu owych bólów położyć się do łóżka; wówczas wystąpiły i wymioty, również po każdym jedzeniu, według słów chorej wymioty były ciemno zabarwione. W ostatnich czasach wymioty następowały przeważnie wieczorami, lub też po przyjęciu większej ilości pokarmów. Łaknienie i stolce prawidłowe. Nadużycia napojów wysokokowych nie było, gorących napojów nie przyjmowała. Nie kaszle.

St. praesens. Odżywianie upośledzone, twarz i błony śluzowe blade. Tętno 76. Oddech 20 ciepłota 36^o,8^o. Obrzęków niema. W płucach i w sercu nic nieprawidłowego nie wykryto. Brzuch miękki, przez powłoki brzuszne zarysowuje się wyraźnie dolna granica żołądka, dosięgająca w linii środkowej 5 ctm. poniżej pępka. Na przestrzeni pomiędzy dołkiem podsercowym a dolną granicą żołądka widoczne są ruchy robaczkowe, zwłaszcza wokoło pępka, idące w rozmaitych kierunkach: pionowym i ukośnym. Opukiwanie, jak również opukiwanie z jednoczesnem wysłuchiowaniem, stwierdza dolną granicę żołądka o 5 ctm. poniżej pępka. Po rozdęciu żołądka kwasem węglą-

nym dolna granica przesunęła się o 4 ctm., czyli znajduje się o 9 ctm. poniżej pępka. Mocz blade-żółty, mętnawy, odczynu słabo alkalicznego, o ciężarze właściwym 1010; męt rozpuszcza się po dodaniu kwasu octowego (= fosforany); białka, ani cukru mocz nie zawiera.

Wydobyta 15. II. zawartość żołądkowa naczczu w ilości 250 ctm. sz., woni ostrej, kwaśnej, barwy szarawej, z resztkami pokarmowemi (węglowodany), odczynu kwaśnego, zawiera wolny kwas solny (CONGO, GÜNZBURG). Ilość wolnego kwasu solnego = 40 = 0,14%, ogólna kwaśność = 90 = 0,32%. Kwasu mlecznego niema, kwasy lotne niewydatne. Pod drobnowidzem znaczna ilość grzybków drożdżowych, liczne czwórniaki i ziarenka krochmalu; kryształów ciemnych niema. Próba sprawności ruchowej żołądka, wykonana za pomocą salolu, dała wynik dodatni (fioletowe zabarwienie moczu) dopiero po 95 minutach.

Rozpoznanie brzmiało: *dilatatio ventriculi post ulcus*.

Dnia 23. II. chora otrzymała w ciągu dnia 2 proszki *magisterii bismuthi* po 1,0. Nazajutrz rano zawartość żołądkowa okazała się barwy ciemnej, woni kwaśnej, przenikliwej, lecz dla siarkowodoru nie charakterystycznej. Pod mikroskopem prócz drożdży i czwórniaków znalazłem liczne kryształy ciemno zabarwione. Kryształy te dają się z łatwością zauważyć wśród innych części składowych zawartości żołądka i przedstawiają się w postaci pałeczek rozmaitej długości i szerokości, o wyraźnych brzegach. Papierek z roztworu ołowiu, trzymany nad nagrzaną zawartością, nie czerniał,

Aby przekonać się o tem, że istotnie bizmut tylko powoduje zmianę barwy zawartości żołądkowej i występowanie owych kryształów pod mikroskopem, — przemyłem chorej 26. II. doszczętnie żołądek, i nazajutrz zbadałem treść żołądkową. Barwa okazała się jasno-szarą, drobnowidz zaś nie odkrył wcale ciemnych kryształów. Nazajutrz 27. II. wyniki były też same (chora bizmutu nie otrzymywała). 28. II. chora otrzymała rano o godz. 10-ej 1,0 *magisterii bismuthi*. Zawartość, wydobyta po upływie godziny, jest ciemno zabarwiona, woni kwaśnej, pod mikroskopem wykrywają się dość liczne kryształy siarku bizmutu, mocno czarne. W dwie godziny po podaniu proszku wydobyta zawartość żołądkowa jest barwy bardzo ciemnej, pod mikroskopem zaś wykazuje obfitą ilość kryształów w postaci mocno czarnych pałeczek.

W celu przekonania się, jak długo uda się wykrywać owe kryształy, nie podawano już tego dnia chorej bizmutu i zbadano zawartość żołądkową, wydobytą nazajutrz rano: okazała się barwy szarawo-białej, woni mocno kwaśnej, drobnowidz wykrywał tylko gdzieś czarne kryształy siarku bizmutu. Nazajutrz rano, t. j. po dwóch dniach od podania proszku, kryształów ciemnych już wcale nie znalazłem.

Tak więc połączenie bizmutu z siarkowodorem następuje w żołądku szybko i już po upływie 1—2 godzin pozwala z pewnością stwierdzić obecność tego gazu w żołądku. Znalezienie zaś tychże kryształów nazajutrz lub po dwóch dniach zależne jest od sprawności ruchowej żołądka, i gdy w żołądku z względnie lepszą sprawnością ruchową nazajutrz kryształów nie wykryjemy, — w znacznie pod względem ruchowym upośledzonym żołądku znajdziemy kryształy i po 2-ch, 3-ch, a nawet 4-ch dniach.

Przekonawszy się, że bizmut stanowi czuły odczynnik dla wykrycia siarkowodoru, próbowałem próbę powyższą wykonać nazewną ustroju z zawartością żołądkową.

W tym celu, wydobywszy zawartość żołądkową od tejże chorej i stwierdziwszy w niej obecność siarkowodoru, dodałem do zawartości nieco azotanu bizmutu zasadowego. Barwa nie zmieniła się widocznie, pozostała jasną, a pod mikroskopem wykryłem nieliczne tylko ciemne kryształy i obfitą ilość pałeczek nieprawidłowych jasnych, przedstawiających sam azotan bizmutu⁹⁾.

Kryształy siarku bizmutu znane są oddawna i znajdują w wypróżnieniach po wewnętrznym użyciu bizmutu. Pierwszy zwrócił na nie uwagę BAMBERGER. Aby się przekonać, że istotnie powstają wskutek połączenia się bizmutu z siarką, można do azotanu bizmutu zasadowego dolać cokolwiek roztworu siarku amonu, otrzymamy wówczas natychmiast czarne zabarwienie mieszaniny i pod mikroskopem charakterystyczne kryształy siarku bizmutu, (D. n.).

O LEKU BECHTEREWA W PADACZCE.

Podał

LEON KARWACKI z Sosnowicy.

BECHTEREW zmodyfikował zwykle leczenie padaczki bromkami, dodając do nich środek nasercowy — naparstnicę lub miłek wiosenny (*adonis vernalis*) i kodeinę. Forma przepisywania leku jest następująca: 2,0 — 3,75 *adonis* na 180,0 naparę, do tego 7,5 — 11,25 bromku potasu i 0,12 — 0,18 kodeiny. Dawać 4—8 łyżek na dobę w wodzie lub mleku. Z natury rzeczy leczenie musi być długotrwałe. W czasie przerw, spowodowanych zatruciem bromowem, należy podawać wyłącznie lek nasercowy. Pierwszeństwo przed naparstnicą oddawał BECHTEREW miłkowi wiosennemu, gdyż ten nie posiada działania zbiorowego. W następstwie jednak przekonał się, że przy zdrowem sercu i naparstnica nie posiada działania zbiorowego.

BECHTEREW wychodzi z założenia, że jednym z współczynników napadu padaczkowego są zaburzenia naczynioruchowe, wywołujące czynne przekrwienie mózgu: z jednej więc strony bromkiem i kodeiną usiłował zmniejszyć pobudliwość ośrodków korowych, z drugiej zaś środkiem nasercowym zwiężał światło naczyń, zmniejszając przekrwienie.

BECHTEREW twierdzi, że, stosując w praktyce swoją metodę, stale otrzymywał polepszenie, bądź to pod postacią zmniejszania się częstości, bądź pod postacią złagodzenia poszczególnych napadów.

Nie wszyscy jednak z tych, którzy stosowali jego lek, są w zgodzie z tem twierdzeniem.

TATY (z Lyonu) stosował lek BECHTEREW'a u 16 chorych. Wyniki, otrzymane w leczeniu, przypisuje wyłącznie bromkowi potasu. Dodatek kodeiny uważa za szkodliwy. Miłek podnosi energię serca, zwiększa nieznacznie częstość tętna i działa moczopędnie. Ma więc działanie pomocnicze pożyteczne. Może się przydać w traktowaniu padaczki u otyłych ze słabem działaniem

⁹⁾ Azotan bizmutu zasadowy przedstawia się pod drobnowidzem w postaci pałeczek rozmaitej długości i szerokości, lecz jasnych, z wyraźnymi brzegami. Od kryształów, ukazujących się w razie obecności siarkowodoru w żołądku odróżnia się łatwo tem, że te ostatnie są ciemne, często nawet czarne, ze środkiem również czarnym.

serca. Zupełne zniknięcie napadów spostrzegane było tylko w jednym przypadku, gdzie TATY poprzednio stosował bromek bezskutecznie.

PELLIZZI leczył metodą BECHTEREW'a 25 padaczkowych. W żadnym przypadku nie osiągnął wyleczenia zupełnego; pewną zaś poprawę, spostrzeżaną przy tej metodzie, przypisuje działaniu bromku potasu.

LUI wypróbował środek BECHTEREW'a w 10 przypadkach padaczki i otrzymał wyniki zadawalniające. GUICIARDI odmawia wszelkiej wyższości lekowi BECHTEREW'a nad zwykłym leczeniem bromkami.

DE CESARE z kliniki BIANCKI'ego przypisuje otrzymane przez się dodatnie wyniki w znacznej mierze działaniu *adonis vernalis*.

WARDA w 33 przypadkach miał wyniki ujemne.

Sam BECHTEREW w następstwie ogłosił jeszcze 9 spostrzeżeń, bardzo przekonywających o skuteczności metody.

ROSSI przeniósł kwestyę na grunt doświadczalny. Trepanował psy i, drażniąc korę mózgową prądem indukcyjnym, wywoływał drgawki; następnie, dając lek BECHTEREW'a, otrzymał znakomite obniżenie pobudliwości korowej. Chcąc zaś przeświadczyć się, jaką w tem rolę gra miłek, usuwał z połączenia bromki i przekonał się, że miłek w niczem nie zmienia charakteru napadów.

Doświadczenia te jednak tracą siłę przekonywającą w obec rozpatrywania napadu padaczkowego, jako zjawiska zależnego od współdziałania wielu czynników. Otóż zmniejszając natężenie tylko jednego z nich, nie mamy podstawy do oczekiwania wybitnych zmian w całości zjawiska.

Na grunt kliniczny doświadczenia Rossi'ego przeniósł GIANNI z oddziału prof. BONFIGLI w Rzymie. Lekarz ten wybrał 12 dziewczyn, dotkniętych padaczką, nie obciążonych żadnem cierpieniem organicznem, podlegających typowym napadom częściej, niż raz na miesiąc. Chore pozostawały w możliwie jednakowych warunkach dyetetycznych. Na czynność przewodu pokarmowego była zwrócona szczególna bacność. W ciągu jednego miesiąca chore nie otrzymywały leków zupełnie, następnie w ciągu miesiąca otrzymywały po 6 łyżek dziennie roztworu *kalii bromati* 70,0, *aq. destil.* 1000,0; dalej również przez miesiąc otrzymywały oprócz rzezonego roztworu jeszcze pigułkę z 0,05 wyciągu wroniego oka; na koniec przez dwa miesiące po 2,0 *adonis vernalis* w 120,0 naparzu dziennie. Każde nowe leczenie od następnego było oddzielone miesięcznym odstępem czasu. Notowana była częstość napadów, czas trwania, nasilenie i przeciąg okresu drgawek, obecność lub brak podrzędnych objawów — ślinotok, oddawanie moczu i t. p.

Wniosek z liczb, otrzymanych przy tem, jest dość bałamutny.

W 7 przypadkach stosowania miłka napady były częstsze, niż bez leczenia, w 5 zaś rzadsze. W dwóch przypadkach częstość napadów była mniejsza, niż przy bromku lub bromku z wroniem okiem.

W 8 razach przy stosowaniu naparzu miłka czas trwania napadów był krótszy, a same napady łagodniejsze.

W jednym przypadku miłek wpłynął bardzo dodatnio na zmniejszenie się częstości napadów i ich złagodnienie. W jednym na koniec podczas stosowania miłka napady były wyjątkowo częste i silne.

W ciągu ostatnich dwóch lat spostrzegłem siedm przypadków padaczki. W leczeniu trzymałem się następującego szablonu. Chorzy odżywiali się

pokarmami roślinnymi i mlekiem¹⁾. Przy braku wypróżnień w ciągu dnia mieli zalecony na wieczór lek rozwalniający w postaci siarczanu magnezyi. Dorośli chorzy otrzymywali w ciągu pierwszego miesiąca po 6,0–8,0 bromku potasu dziennie; następnego miesiąca tę samą ilość bromku w naparze z 2,0 *adonis vernalis*. Z formułki BECHTEREW'a odrzuciłem kodeinę, idąc za radą TATY'ego, który jej przypisuje senność i zaparcie stolca, spostrzegane u chorych. Otaczający notowali częstość i siłę napadów w czasie pierwszego i drugiego leczenia.

Przytaczam w krótkości swoje spostrzeżenia.

I. Antoś Z., lat 15, pochodzi z inteligentnej rodziny. Między rodzicami bliskie pokrewieństwo. Nie umie czytać, ani pisać. Umysłowość przyćmiona. Wyraz twarzy głuptaka. Łatwo wpada w gniew. Pierwszy napad padaczkowy 12 lat temu bez wiadomej przyczyny. Częstość napadów nie przeniosła nigdy 6 miesięcznie. Był leczony bromkiem potasu bez ograniczeń w dyecie.

W ciągu pierwszego miesiąca, przy 6,0 bromku *pro die*, napadów było 4.

Następnego miesiąca przy 7,0 bromku w naparze z 1,5 miłka wiosennego, były robione przerwy, w czasie których chory otrzymywał tylko napar. Liczba napadów 1.

Trzeciego miesiąca leczenie poprzednie. Liczba napadów 3.

II. Dominik R., lat 20. Pochodzi z rodziny bardzo zdrowej. Przymiotu nie miał. Przed 3 lata po upiciu się pierwszy napad padaczkowy. Odtąd napady przychodzą stale, dochodząc do 5 na miesiąc. Leczył się bromkami, nie zaprzestając jednak wysokoku.

Pierwszy miesiąc 8,0 bromku potasu dziennie. Liczba napadów 3.

Drugi miesiąc: 9,0 bromku w szklance naparu z 2,0 *adonis vernalis*. Napadu nie było.

Trzeci miesiąc leczenie poprzednie. Jeden napad.

III. Pałaszka K., dwa i pół roku. Przed rokiem spadła ze stołu na ziemię. Nastąpiły wymioty, nazajutrz drgawki. Początkowo napady drgawek przychodziły nie częściej, niż raz na miesiąc, poprzedzane zwykle zaburzeniami narządu trawienia (zaparcie stolca). W następstwie stawały się coraz częstszymi, obecnie są codzien, dochodząc niekiedy do 3 dziennie.

Pierwszego miesiąca zalecono 2,0 bromków sodowego i potasowego na dobę. Liczba napadów 41.

Następnego miesiąca dawka bromków ta sama, 0,3 miłka w naparze. W początkach miesiąca śmierć w czasie napadu.

IV. Wowdia G., lat 9. Ojciec alkoholik. Przed rokiem pierwszy napad padaczkowy skutkiem przestradchu. Odtąd napady przychodzą parę razy na tydzień.

Pierwszy miesiąc 3,0 bromków sodowego i potasowego na dobę. Napadów 5.

Drugi miesiąc — bromków 4,0 na dobę w naparze z 1,0 miłka wiosennego. Napadów 2.

¹⁾ Nie mogę powstrzymać się od przytoczenia paradoksalnego zdania Roux, który wartość dyety mlecznej stawia w związku ze zmniejszeniem dowozu chlorków do ustroju — przy dyecie mlecznej ilość chlorków wprowadzonych do ustroju wynosi 3,0–4,0, przy dyecie mieszanej 8,0–9,0. U jednego z chorych Roux wystarczyło dodać soli kuchennej do mleka, ażeby napady padaczkowe powróciły. (Semaine méd. 1900. Nr. 12).

V. Dyna L., lat 35. Ojciec zmarł na gruźlicę. Siostra histeryczka. Przed rokiem wskutek silnego moralnego wstrząśnienia (śmierć dziecka) napad padaczkowy. Napady nie zjawiają się częściej, niż raz na miesiąc.

W ciągu pierwszego miesiąca 6,0 bromku potasu dziennie. Jeden napad. Drugiego miesiąca 7,0 bromku z 2,0 miłka wiosennego. Napadu nie było.

VI. Teofila B. 23 lata Pijaństwo ze strony rodziców. Napady padaczkowe datują się od dzieciństwa. Bywały nie częściej, niż parę razy do roku. Po zamążpójściu stały się częstszymi. Obecnie bywają prawie co tydzień.

Pierwszy miesiąc — 7,0 bromku potasu. Liczba napadów 4.

Drugi miesiąc — 8,0 bromku i 2,0 miłka wiosennego. Napadów 5.

Trzeci miesiąc — leczenie poprzednie: Napadów 2.

VII. Władysława M., lat 18. Pochodzi z rodziny zdrowej. Pierwszy napad przed 5 laty. Odtąd napady przychodzą stale 3—5 razy na miesiąc, zjawiając się zwykle przed i w czasie miesiączkowania.

Pierwszy miesiąc — 7,0 bromku potasowego. Napad jeden.

Drugi miesiąc — 8,0 bromku w naparze z 2,0 miłka wiosennego. W obec zatrucia bromem były przerwy, w czasie których przyjmowała tylko napor z miłka. Napadu nie było.

W 6 przypadkach na 7 lek BECHTEREW'a dał wyniki lepsze, niż same bromki. Względna jednak krótkość obserwacji, ani jeden przypadek nie mógł być spostrzegany dłużej nad 3 miesiące, oraz zbyt mała liczba spostrzeżeń, nie wyłączająca przypadkowości, osłabiają w znacznej mierze wartość ostatecznych wniosków

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

64. KOTHE. W sprawie leczenia padaczki. Pogląd na padaczkę, jako na chorobę nieuleczalną, w ostatnich czasach nieco się zmienił. Uważna obserwacja notuje niewątpliwe wyleczenia samoistne, oprócz tego niekiedy dobrze stosowane metody leczenia dają niezłe wyniki. Autor przez dłuższy czas spostrzegał i leczył 47 przypadków samoistnej padaczki (*epilepsia genuina*), dotyczących osobników, pod względem psychicznym zupełnie normalnych, obu płci, w wieku od lat 17 do 39. Na chorych tych autor wypróbował i poddał ścisłej analizie wszystkie metody badania padaczki i przyszedł do wniosków następujących:

1) Środek specyficzny przeciwko padaczce idyopatycznej nie istnieje; skuteczne jej leczenie wymaga ścisłego i metodycznego współdziałania całego szeregu różnorodnych czynników. Główny ich cel przedewszystkiem powinien polegać na łagodzeniu i regulowaniu podnieć, dopływających do obwodowego i centralnego układu nerwowego, powtóre na wzmocnieniu odżywiania ustroju wogóle, a układu nerwowego w szczególności.

2) Leczenie powinno się rozpocząć możliwie wcześnie, t. j. natychmiast po rozpoznaniu natury cierpienia i powinno trwać możliwie długo, conajmniej pół roku, jeżeli można rok i dwa bez przerwy, poczem chory ma być umieszczony w odpowiednich warunkach życiowych. W wielu razach zbyt krótkotrwałe leczenie psuło jego wyniki.

3) Leczenie powinno odbywać się najlepiej w specjalnym zakładzie i w odpowiedniej miejscowości. Znaczenie w tych razach klimatu niesłusznie bywa zapoznawane. Znawca padaczki, BINSWANGER, twierdzi, iż najodpowiedniejsze

do tych celów są miejscowości lesiste o umiarkowanym wzniesieniu nad poziom morza.

4) Właściwe leczenie powinno poprzedzać dokładne zbadanie kliniczne i obserwacja chorego i jako pierwszy akt leczenia należy ściśle uregulować cały tryb jego życia, wszystkie czynności psychiczne, ruchowe i wegetacyjne.

5) Zwłaszcza należy dbać o dobry sen u chorego, oczywiście najlepiej drogami naturalnymi. Autor oświadcza się przeciw hipnozie.

6) Niemniej ważna jest sprawa uregulowania diety, co jest równoznaczne z uregulowaniem czynności wegetacyjnych ustroju. Przekroczenia w diecie powodują masę podniet trzewiowych, których chory powinien tak się wystrzegać, jak i niezwykłych podniet skórnych lub nadmiernych bodźców psychicznych. Pożywienie osób chorych na padaczkę powinno być przeto proste, do pewnego stopnia mieszane, przeważnie roślinne. Wyskok, tytoń powinny być wyłączone. ZIEHEN zabrania mocnego bulionu. Sprawa przekarmiania powinna być rozstrzygnięta w każdym poszczególnym przypadku.

7) Należy unikać nagłych i częstych podrażnień skóry. Raz na dzień może być stosowany zabieg wodoleczniczy pod postacią powierzchniowego obmywania wodą letnią lub chłodną, albo też krótko trwająca letnia wanna. Przy nadmiernie wzmoczonej pobudliwości autor radzi stosować letnie obwijania. Natrysków radzi autor unikać.

8) Elektryzacyi radzi lepiej wcale nie stosować. Masaż niekiedy może być pomocny.

9) Ze środków wewnętrznych przeciwko napadom padaczkowym najskuteczniejszymi okazały się związki bromu. Nie należy jednak zapominać, że są to tylko ogniwa w łańcuchu różnych czynników leczniczych, i że w celu osiągnięcia pożądaných wyników należy związki bromu stosować bardzo długo. Należy pamiętać, że stanowią nie alkalia, a przeto należy preparaty zmieniać, dawki zwiększać lub zmniejszać, popijać je dużą ilością wody, ażeby uniknąć działania ubocznego.

10) Z nowych preparatów bromu na szczególną uwagę zasługuje bromipina, 10% olejek bromo-sezamowy; środek ten, wypróbowany najpierw przez WINTERNITZ'a, następnie przez GESSLER'a, DORNBLUETH'a, SCHULTZE'go, WULFF'a i autora, zaleca się i z tego jeszcze względu, że, posiadając w najwyższym stopniu zalety związków bromowych, nie posiada ich wad, które oznaczamy mianem bromizmu. Stosowany w dawkach od 15—40 g. *pro die*, usłwa napewno i na dłuższy czas napady padaczkowe, działając przytem bezpośrednio dodatnio na stan umysłowy i psychiczny chorego. Preparat ten, jako tłuszcz lekkostrawny, o znacznej wartości pożywnej, nadaje się najbardziej do długotrwałego użycia.

11) W przypadkach, w których chorzy niechętnie olejek ten przyjmowali *per os*, autor stosował go pod postacią lawatyw (iniekcyi do kiszki prostej) również w dawkach dziennych od 15 do 40 g., i preparat ten okazywał się również skutecznym.

Autor zaleca ten środek w dawce jednorazowej najlepiej przed pójściem spać. Podrażnienia kiszki i innych ubocznych działań autor nigdy nie spostrzegł. U kobiet podczas dni miesiączkowania podawać należy preparaty bromowe *per os*, stosując przytem dla zmiany zamiast olejku inne. Co się tyczy wsysania się bromipiny w kiszce prostej, to podług badań WINTERNITZ'a, dokonanych nad moczem, okazało się, że już w 8 godzin po pierwszym zastrzyknięciu do kiszki prostej w moczu znajdowano ślady bromy, które po powtórnych dawkach zwiększały się. SCHULTZE zaleca nawet podskórne zastrzykiwania bromipiny i wcie-

rania jej w skórę. W *status epilepticus* KOTHE stosował 33% bromipinę z bardzo dobrym skutkiem.

12) W przypadkach zastarzałych, w których zwykle leczenie bromem pozostaje bez skutku lub sprowadza przykre uboczne działanie, jak wiadomo, FLECHSIG radzi stosować w ciągu pierwszych 6 tygodni opium w dawkach coraz większych, począwszy od 0,15 a skończywszy na 1,0 *pro die*, następnie opium od razu przerwać i podawać brom w dużych dawkach (7,5). Leczenie to nie jest bezpieczne, i dla tego FLECHSIG żąda, ażeby tacy chorzy leżeli w łóżku i ażeby znajdowali się pod ścisłą kontrolą lekarską, na wzór ciężko chorych. Autor w trzech przypadkach podobnej kuracji widział dobre wyniki, lecz również nie długotrwałe. Od czasu stosowania bromipiny do tej skombinowanej kuracji FLECHSIG'a nie ucieka się wcale. Powiada on, że leżenie w łóżku w tych razach i bez opium posiada doniosłe znaczenie. Wogóle my nie doceniamy należycie wartości metody leczenia za pomocą leżenia w łóżku: spokój cielesny, usunięcie podnieć psychicznych stwarzają niezbędne i najlepsze warunki do leczenia roz-bieranego cierpienia.

Artykuł swój kończy autor temi słowy:

„Każdy przypadek padaczki, bez różnicy, świeży, czy zadawniony, lekki czy ciężki, leczę obecnie w ten sposób, iż każę choremu przedewszystkiem leżeć kilka tygodni w łóżku, pozwalając raz lub najwyżej dwa razy w tygodniu na krótkotrwałą ciepłą kąpiel. Przytem oczywiście muszą być zachowane przytoczone powyżej przepisy dyetetyczno-higieniczne. Lekarstw zwykle na początku nie podaję i dopiero po upływie kilku tygodni, najlepiej po jakimś napadzie, rozpoczynam podawanie choremu, leżącemu wciąż w łóżku, związków bromu wzgl. bromipinę. Rozpoczynam od 15 g. bromipiny, zwykle pod postacią jednorazowych zastrzykiwań do kiszki prostej, i zwiększam dawki w ciągu 6—7 tygodni do 30, a nawet do 40 g., t. j. tylko do tej dawki, która wystarcza do przerwania drgawek i usunięcia jakichkolwiek równoważników psychicznych. Na tych wysokich dawkach pozostają co najmniej w ciągu 2—3 tygodni i następnie w ciągu 6—7 tygodni stopniowo powracam do dawek pierwotnych. Podobne kwartalne leczenie, które do pewnego stopnia w poszczególnych przypadkach zmieniam, stosuję kilka razy, stosując się do stanu chorego. Na tej drodze otrzymywałem wyniki, jakich poprzednio nie znałem. Czy główną w tem rolę należy przypisać bromipinie, zwłaszcza stosowanej pod postacią wstrzykiwań do kiszki prostej, o tem przekonają nas dalsze badania. Główna wartość każdej metody leczenia padaczki polega na ścisłości w przeprowadzeniu tej metody i na dostatecznym czasie jej trwania. Rzeczą jest oczywistą, że metoda leczenia powinna być przystosowana do poszczególnego przypadku; wszak nie jest dla mnie obojętnem, czy chory dostaje napadów padaczki codziennie, czy raz na rok. Metoda leczenia powinna tu ulegć modyfikacji. Zwłaszcza ostrzedz muszę przed leczeniami sezonowymi lub sześciotygodniowymi, których przejściowe wyniki nie opłacają poniesionych na nie kosztów“.

(*Neurologisches Centralblatt*, 1900 Nr 6).

St. Koczyński.

65. ŠAMBERGER. **O rokowaniu w dusznicy bolesnej.** Na podstawie zanotowanych w czeskiej poliklinice w Pradze w przeciągu niespełna czterech lat 73 przypadków dusznicy bolesnej autor wypowiada kilka uwag w sprawie rokowania w tem cierpieniu. Nie jest to choroba rzadka: z przytoczonych liczb wypadł 1 przypadek dusznicy bolesnej na 9 przypadków cierpień serca i naczyń, na 20 przypadków chorób wewnętrznych i na 731 chorych, którzy wogóle zwracali się o pomoc polikliniczną.

Mężczyźni, jak to już oddawna zauważono, częściej, aniżeli kobiety, podlegają dusznicy bolesnej: na 64,4% mężczyzn było 35,6% kobiet. Ludzie w wieku podeszłym są bardziej usposobieni od innych; w spostrzeżeniach Ś. ludzi starszych ponad 40 lat znajdujemy 72,6%. Dotychczas utrzymuje się mniemanie, że brak pracy fizycznej i dostatni byt usposabia do dusznicy bolesnej. Rozpowszechnienie tego cierpienia wśród ludzi biednych, pracujących ciężko, jacy stanowią materiał polikliniczny, skłania autora do wniosku, że choroba ta dotyka ludzi bez różnicy stanu majątkowego i zajęcia.

Cierpienie częściej występowało w porze zimnej (58,9%), aniżeli w miesiącach ciepłych (41,1%).

Dusznica bolesna częściej się zdarza wobec wad zastawkowych tętnicy głównej, aniżeli w wadach lewego otworu żylnego (4,3% i 1,6% wszystkich przypadków).

Napady dusznicy, wikłające niedomykalność zastawek tętnicy głównej, czynią rokowanie smutnem: chorzy, dotknięci tą wadą, albo prędko umierali, albo też wiodą nędzny żywot. Do tych mianowicie przypadków odnieść można wypowiedziane przez WHITTAKER'a, OSLER'a i innych zdanie, że chorzy, skłonni do napadów dusznicy bolesnej, znajdują się w ciągłym niebezpieczeństwie nagłej śmierci, która przy każdym napadzie może nastąpić. Co się zaś tyczy dusznicy bolesnej na tle stwardnienia tętnic, zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego, to, zdaniem Ś., rokowanie bynajmniej nie jest złe. Większość chorych (wszystkich 53) tej kategorii po odpowiednim leczeniu stała się zdolną nawet do ciężkiej pracy i ma się wcale nieźle, kilku poprawiło się zupełnie, u 3 stan zdrowia się nie polepszył, ale po części ze względów postronnych. Jeden z nich był pijakiem i nałogowym palaczem, drugi miał zapalenie opłucny, u trzeciego stopniowo rozwinęła się niedomykalność zastawek aorty, co było stwierdzone znacznie później przy badaniu zwłok, po nagłej śmierci chorego (w czasie drukowania niniejszej pracy). Zmarło 4 chorych: trzech na postronną chorobę i tylko jeden nagle w czasie napadu po 3 latach choroby.

Ze względu więc na rokowanie należy chorych, cierpiących na dusznicę bolesną, rozdzielić na dwie grupy. Do jednej należą przypadki na tle niedomykalności zastawek aorty i te dają rokowanie bardzo złe. Reszta przypadków dusznicy bolesnej nie daje prawa do złego rokowania. Zresztą, zdaniem Ś., w obecnej chwili w tej sprawie dyskusji za ukończoną uważać nie należy.

Sbornik Klinický. Rocznik I. Nr. 1. 1899 r.

Sz. Kossobudzki.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 maja r. 1900.

TREŚĆ: Prof. PRZEWOSKI — Przedstawienie preparatów anatomo-patologicznych: 1) *Transpositio arteriarum*. 2) *Neurofibroma molluseum multiplex cutis, peritonei, pleurae et pericardii*. 3) *Osteomyelitis et periostitis purulenta acuta maligna femoris dextri*. 4) *Endocarditis acuta maligna*.

Prof. PRZEWOSKI przedstawił następujące preparaty anatomo-patologiczne:

1) *Transpositio arteriarum* znaleziono u paromiesięcznego dziecka, które zmarło przy objawach upadku sił i stopniowo wzmagającej się sinicy. Na trupie znaleziono sinicę wszystkich tkanek w bardzo wysokim stopniu; nawet biała substancja półkul mózgowych odznaczała się czerwonawo-sinym odcieniem. Przyczyną tej sinicy była wada rozwojowa serca. Osierdzie nie przedstawiało nic szczególnego. Serce znacznie powiększone w wymiarze poprzecznym. Do roz-

szerzonego prawego przedsionka otwierają się na prawidłowym miejscu żyły główne górne i dolne. W otworze prawym żylnym widać dobrze zbudowaną zastawkę trójdzielną. Z prawej komory wychodzi zupełnie prawidłowo wyglądająca aorta z trzema zastawkami półksiężycowymi i z tętnicami wieńcowymi. Z łuku aorty odchodzą ku górze tętnice w zwykłym porządku i wielkości. Do lewego przedsionka serca otwierają się żyły płucne w zwykłej wielkości. Zastawka dwudzielna zbudowana normalnie. Z lewej komory wychodzi tętnica płucna, która rozdziela się na dwie gałęzie zwykłej wielkości, udające się do prawego i lewego płuca. Na prawidłowym miejscu aortę z tętnicą płucną łączy niezarośnięty przewód BOTAL'a. Średnica jego ma około 4 mm. Przegroda międzykomorowa wykształcona zupełnie dobrze. Przegroda między-przedsionkowa ma otwór BOTAL'a takiej wielkości, jaki zwykle bywa u dzieci paromiesięcznych.

Skutkiem zupełnego przestawienia tętnic wielkich serca wytworzyły się dwa zupełnie osobne krążenia: tętnicze i żylnie. Połączenie pomiędzy nimi było tylko za pomocą *foramen ovale* i przewodu BOTAL'a. Wada powyższa powstała skutkiem nieprawidłowego zrośnięcia się górnego końca przegrody międzykomorowej z dolnym końcem przegrody, rozdzielającej zarodkowy *truncus arteriosus*.

2) *Neurofibroma molluscum multiplex cutis, peritonei, pleurae et pericardii*. Guzy te znaleziono u 36-letniego mężczyzny, który zmarł na ostre włóknikowe zapalenie płuc. Nowotwory te na skórze były od dziecka i stopniowo rosły, nie sprawiając choremu jakichkolwiek bólów. Najwięcej guzów było na tułowiu, zwłaszcza na grzbiecie. Były one rozmaitej wielkości od ziarnka prosa do wielkości głowy dziecka; wszystkie były miękkie, półsferyczne, brodawkowate, lub wiszące na szypułkach. Na pokrytej włosami skórze głowy guzów także było niezmiernie wiele, największe z nich dochodziły tutaj do wielkości orzecha laskowego. Na czole guzów było dość wiele. Na twarzy tylko miejscami i małe. Toż samo na przedniej części szyi. Za to na tylnej części szyi guzów było dużo. Na kończynach wogóle guzów było mniej, niż na tułowiu.

Na przecięciach skóry widać było mniejsze i większe guziki w rozmaitych jej warstwach, nawet w tkance łącznej podskórnej. Przy delikatnem wyłuszczeniu tych guzików, jedne oddzielały się łatwo, inne zaś pozostawały związane ze skórą za pomocą nitkowatych szypulek.

Guziki takie w dość znacznej liczbie były i na otrzewnie, na opłucnie i na osierdziu. Nakoniec miękkie włókniaki znaleziono również i na niektórych nerwach obwodowych.

Przy badaniu drobnowidzowem guzy te przeważnie okazały się miękkimi włókniakami na nerwach obwodowych (*neurofibroma*). W części tych guzów można było bardzo wyraźnie wykazać wchodzący nerw do guza i wychodzący z niego. W guzach włókna nerwowe przebiegały albo razem albo oddzielnie, poprzedzielane przez tkankę łączną, często włókna nerwowe leżały w osi guza, rzadziej jednak i w jego obwodowej części. W wielkich guzach najczęściej nie można było odszukać włókien nerwowych. Tkanka łączna włókniaków wszędzie była miękka i zupełnie z budowy podobna. Wszędzie zawierała ona stosunkowo więcej komórek stałych, niż zwykła miękka tkanka łączna. Wogóle wszędzie w guzach było bardzo wiele komórek tucznych (*Mastzellen*). Leukocyty tylko miejscami występowały w większej ilości; substancja międzykomórkowa guzów była wszędzie słabowłóknista. Nad guzami skóry wszędzie uwydatniała się mocno wzmożona pigmentacja naskórka.

3) *Osteomyelitis et periostitis purulenta acuta maligna femoris dextri* u około 10-miesięcznego dziecka, które chorowało kilka dni. W czasie choroby dziecko to mocno gorączkowało i było nieprzytomne (*typhus ossium*).

Na trupie oprócz zmętnień parenchymatycznych w wątrobie i nerkach znaleziono tylko wymienione cierpienie.

Cała okostna prawego uda była odluszczone od trzonu kości w postaci obszernego worka i wypełniona gęstą żółtą ropą. Chrząstka pomiędzy trzonem kości udowej i dolnym jej końcem stawowym była zupełnie zropiała. Trzon kości udowej na miejscu szpiku przepelniony ropą, w której znaleziono wiele ciałek ropnych i ogromną ilość *staphylococci et streptococci pyogenis*.

4) *Endocarditis acuta maligna* z niezwykle powikłaniami, preparat ten znaleziono u 42-letniego mężczyzny, który przed kilku miesiącami chorował na włóknikowe zapalenie górnej części prawego płuca z zejściem w stwardnienie. W stwardniałych tych miejscach wytworzyły się nie wielkie rozszerzenia oskrzeli. U tego chorego na kilka dni przed śmiercią bez żadnych wyraźnych objawów wybuchła *endocarditis maligna acuta valvularum semilunarium aortae*. Została w zwykły sposób zniszczona zastawka półksiężycowa zewnętrzna aorty; z niej sprawa zapalna przeszła na ścianę aorty, na wielką klapę zastawki dwudzielnej i na przednią część mięśnia sercowego lewej komory. Zniszczenie miejscowe ściany aorty (*intimae et mediae*) stało się punktem wyjścia dla woreczkowatego tętniaka aorty wielkości małego orzecha laskowego. U podstawy wielkiej kłapy zastawki dwudzielnej wytworzył się *aneurysma valvulare acutum*. Wreszcie rozszerzenie się zapalenia na mięsień serca wywołało w nim wytworzenie się ropnia u podstawy zastawki półksiężycowej, a ten, szerząc się do samego osierdzia, wywołał *pericarditis purulenta acuta* z wielką ilością ropy. W ropie wszędzie znaleziono *diplococcus FRAENKEL'a*.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 19 maja r. b.

Na posiedzeniu odczytano list p. Sokołowskiej o zupełnym braku dobrej obsługi dla rodzących na wsi oraz o przeróżnych operacjach, dokonywanych na nich przez osoby niepowołane. Zwrócono uwagę, że istniejące u nas w każdej niemal wsi babki samouczki działają w najlepszej wierze, a źródłem ich odwagi jest zupełna nieświadomość. Najprostsze choćby wiadomości z anatomii i fizjologii, zawarte w takich książeczkach ludowych, jak „Poradnik dla kobiet“, „Jak zbudowane jest ciało człowieka“, mogłyby już wpłynąć na większą ostrożność naszych babek samouczek. D-r TCHÓRZNIKI radzi rozpowszechniać między nimi owe książeczki za pośrednictwem księży, należących do Towarzystwa higienicznego.

W drugim liście p. Sokołowska zaznacza, że wieśniacy nasi, wychodzący do Prus na robotę, często wracają z tamtąd ze świerzżą, która się szerzy łatwo między nimi wskutek braku bielizny i nadmiernego skupienia w ciasnych mieszkaniach. W dodatku lud nasz leczy świerzżę, Bóg wie, jakimi środkami, nawet kwasem siarczanym, lękając się i wstydząc udać do lekarza. Radzono podać w pismach ludowych wiadomość, że dziś na świerzżę są tanie, pewne i łatwe do użycia środki.

Rozpoczęto rozprawy nad środkami praktycznymi podniesienia u nas czystości ciała.

W Warszawie kąpiele ludowe istnieją, ale rozwijają się trudno i powoli. Towarzystwo higieniczne mogłoby wesprzeć i przyspieszyć ich rozwój, czy to radą, czy pomocą czynną swych członków, czy wreszcie zasiłkiem pieniężnym.

Zmysł czystości należy wyrabiać od dziecka, a więc w domach sierot, ochronach, szwalniach i t. p. Pod tym względem dużo się już u nas robi. P. Półkotycki wyjaśnił, że domy sierot mają swoje kąpiele, jakkolwiek bardzo skromne, ale starannie wyzyskiwane. W ochronach i szwalniach z powodu braku środków niema dotąd dostatecznych urządzeń nawet do mycia dzieci. A warto byłoby przecież zapewnić tym dzieciom i bezpłatne kąpiele, choćby kilka razy do roku.

Postanowiono porozumieć się w tym względzie z towarzystwem dobroczynności i wydziałem kąpeli ludowych.

Właściciele kąpeli publicznych w Warszawie płacą za wodę dość znaczną sumę (15 kop. za 100 wiader wody, czyli 3 kop. za każdą wannę, nie licząc wody potrzebnej na utrzymanie wanien i zakładu w czystości). W obec wielkiego zaniedbania czystości w Warszawie, pożądanoby uprosić magistrat o obniżenie tej opłaty właścicielom kąpeli. Za to możnaby żądać obniżenia cen kąpeli dla uczącej się młodzieży.

Zarządom fabryk warszawskich i członkom tow. hig. należy rozesłać broszurkę d-ra BARTKIEWICZA o kąpielach warszawskich z odpowiednią odezwą do fabryk o zakładanie kąpeli fabrycznych i rozdawanie robotnikom biletów do kąpeli.

Takąż broszurę o kąpielach prowincjonalnych należy rozesłać zarządom miejskim i fabrykom prowincjonalnym w Królestwie. Należy też przedrukować wyborną broszurkę „Kąpiele dla robotników“, wydaną w Łodzi, zawierającą kosztorysy i plany kąpeli fabrycznych i rozesłać ją fabrykom.

Co do ludu wiejskiego, to trzeba rozesłać opisy i plany łaźni wiejskich towarzystwom i syndykatom rolniczym. Trzeba dalej prowadzić próby z wypożyczeniem wanien włościanom, choćby po kilka w każdej gubernii.

W dyskusyi p. Półkotycki wytknął wadliwość kąpeli przy prywatnych mieszkaniach w Warszawie, ciasnotę i złe umieszczenie tych łaźni. Daleko lepszą byłaby obszerna i porządna łaźienka wspólna dla całego domu lub kilku lokali.

XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(18—21 kwietnia).

Streścił

D-r Ant. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 19).

Prof. KÖRTE (Berlin). Zabiegi operacyjne w guzach złośliwych kiszek. Mówca przedstawia szereg chorych, którym usunął nowotwory kiszek natury rakowatej; jako *corpus delicti* służą odpowiednio zachowane preparaty. Doświadczenie swe opiera KÖRTE na 54 przypadkach, z których w 43 wykonał zabieg operacyjny 51 razy. Najstarszy jego chory miał lat 84, 9 — było w wieku około lat 30—40. Głównem siedliskiem guza była kiszka zagięta, mianowicie

w 19 przypadkach; w okolicy biodrowo-kątnicznej nowotwór był umiejscowiony u 15 chorych. Obok tak ważnych objawów, jak odchodzenie przez odbytnicę krwi i krwawego śluzu, na pierwszym planie należy postawić zwężenie kiszki, które powstaje najwcześniej przy guzach formy pierścieniowatej, aczkolwiek nawet znacznych rozmiarów guzy kiszki mogą przebiegać dłuższy czas bez objawów zwężenia ich światła. Rzeczą pierwszorzędnej wagi jest, rozumie się, rozpoznanie różniczkowe, a następnie ocena przypadku odnośnie do tego, czy należy w danym przypadku wykonać zabieg operacyjny, czy też chorego pozostawić jego własnemu, niestety smutnemu losowi. W guzach w okolicy biodrowo-kątnicznej granice wkazań do rękoczynu operacyjnego są znacznie większe, niż w guzach ruchomej części kiszki; zamknięcie światła kiszki przez guz, wpływa w znacznym stopniu na wynik zabiegu chirurgicznego. Z 25 przypadków w 15 otrzymał mówca wyzdrowienie, 10 chorych zmarło. Doszczętne usunięcie guza wykonał KÖRTE tylko u 19 chorych; z tych u 6-iu w okolicy biodrowo-kątnicznej, u 6-iu przy umiejscowieniu guza w okrężnicy wstępującej, u 7-iu zaś w okrężnicy zstępującej i kiszce zagiętej. 5-iu przedstawionych chorych nie ma nawrotu cierpienia od 3—5 lat. Jako *palliativum* właściwszą niż *enterostomia* jest bez wątpienia *enteroanastomosis*. Operacji tej dokonał mówca 12 razy, przyczem 9 razy otrzymał dobre wyniki, 3 chorych zmarło: 3 razy połączone zostały okrężnica poprzeczna i kiszka zagięta, 5 razy jelito biodrowe i kiszka zagięta, 4 razy jelito biodrowe i okrężnica poprzeczna. W 20 przypadkach dokonana została *enteroanastomia*, a mianowicie dwa razy — *ileostomia*, 8 razy — *coecostomia*, 10 razy — *kolostomia*; chorzy ci, dzięki odpowiedniej pelocie i uregulowaniu pożywienia, prowadzą znośny żywot.

Mówca zwraca uwagę, że cięcie brzuszne, jego zdaniem, jest bezwarunkowo wskazane przy zwężeniu światła kiszki, uwarunkowanem przez guzy natury gruczliczej lub bliznowatej.

Dyskusya.

Prof. KRASKE (Fryburg) mniema, że ogłoszony przez niego sposób wyluszczenia odbytnicy odpowiada w zupełności swemu celowi ze szczególnem uwzględnieniem czynnościowego wyniku rękoczynu; jeśli chirurg nie przywiązuje wagi do utrzymania w całości odbytu, metoda operacyjna mówcy traci *raison d'être*. Nawroty cierpienia widział KRASKE w swym sposobie wyluszczenia odbytnicy po 5 i więcej latach. W sprawie nawrotów po wyluszczeniu raka odbytnicy, mówca jest zdania, że szybko po rękoczynie wyrastające guzy nie stoją w związku z usuniętym nowotworem, później zaś wyrastające — pochodzą od pozostawionych cząstek raka. Dla uniknięcia tych ostatnich KRASKE radzi postępować według metody złożonej. Wykonawszy uprzednio cięcie brzuszne, przekonywamy się o możliwości doszczętnego usunięcia raka odbytnicy i w takim razie uprzednio podwiązujemy tętnicę odbytniczą tylną i usuwamy natychmiast zajęte przez nowotwór gruczoły, chroniąc się możliwie od nawrotu cierpienia; następnie wykonywamy wyluszczenie odbytnicy zwykłą drogą. Jeśli zaś po obejrzeniu jamy brzusznej dochodzimy do wniosku, że doszczętne usunięcie nowotworu jest niemożliwe, korzystamy z cięcia brzuszego dla utworzenia sztucznego odbytu. Obawa powstania martwicy ściągniętej części kiszki jest, zdaniem mówcy, nieznaczna.

D-r HEULE (Wrocław) poleca sposób NICOLADONI'ego dla uniknięcia zakażenia przez zjawiający się stolec. W klinice Wrocławskiej cięcie przez kość krzyżową okazało się dogodniejszym, niż cięcie przez krocze.

D-r STEINTHAL (Stuttgart) w jednym przypadku raka odbytnicy, umiejscowionego na 5 ctm. powyżej odbytu, dokonał amputacji chorej części kiszki według sposobu, stosowanego przez MIKULICZA przy wypadnięciu odbytu. W drugim przypadku po uprzednim założeniu lustra DITTEL'a zastosował mówca elastyczną pętlę, która po 8 dniach przecięła odbytnicę; po 5 tygodniach nastąpiło wyzdrowienie z zachowaniem czynności zwieracza. We 2½ roku później wystąpił nawrót cierpienia; po przypaleniu nowotworu otrzymał mówca długotrwałe wyleczenie. Sposobem złożonym wykonał STEINTHAL zabieg operacyjny u 52 letniej chorej w następujący sposób. Przekonawszy się po dokonaniu cięcia brzuszno na linii pośrodkowej o niemożności ściągnięcia w dół kiszki (krezka była nader uposażona w tłuszcz i niezmiernie krótka), mówca odciął kiszkę powyżej nowotworu, odśrodkowy jej koniec wpochwili i pozostawił na miejscu, dośrodkowy zaś wszył do rany brzusznej; po pewnym zaś czasie dokonał mówca wyluszczenia odbytnicy z dołu. Nieznaczną wielkość cięcia odbiła się w danym przypadku w niekorzystny sposób na rozległości pola operacyjnego.

Prof. GUSSENBAUER (Wiedeń) wyjaśnia powód, dla którego pomimo największej względnie do innych ilości dokonanych przez niego operacji raka odbytnicy nie umieszczono w tablicy KRÖNLEIN'a ani jednego trwałego wyniku: ostateczne oświadczenie o stanie zdrowia otrzymał on tylko od niewielu chorych. Co się tyczy określenia ostatecznego terminu, po za którym należy mówić o zupełnym wyleczeniu *resp.* trwałym wyniku, GUSSENBAUER jest zdania, że okres 3-letni jest zbyt krótki, aby z braku objawów ze strony odbytnicy sądzić o trwałym wyniku: nawrót cierpienia może wystąpić po 7 latach. Cięcie przez krzyż u kobiet jest zbyt cenne, dużo zalet zaś posiada u mężczyzn w połączeniu z czasową rezekcją kości krzyżowej.

VII. D-r von MANGOLDT (Drezno) przedstawia chorą, u której z dobrym skutkiem dokonał przeszczepienia chrząstki żebrowej do krtani z powodu zwężenia jej w przebiegu duru brzuszno, i chorego, którego tymże sposobem uwolnił od zniekształcenia nosa na tle przymiotu (Sattelnase).

W dyskusji prof. von BERGMANN (Berlin) zwrócił uwagę na ruchomość pod skórą chrząstki w okolicy krtani; von MANGOLDT wyjaśnił, że ta ruchoma chrząstka została przeszczepiona obok właściwej, jako zapasowa na wypadek, gdyby pierwsza nie przyrosła (?).

VIII. D-r von STUBENRAUCH (Monachium). Zmiany we wzroście kości pod wpływem fosforu. Mówca przeprowadził doświadczenia na kurach, gołębiach i świnkach morskich i doszedł do wniosku, że pod wpływem fosforu powstaje na chrząstkowych końcach kości w istocie gąbczastej masa nieco więcej zbita, niż normalnie. Najsilniej występuje wzrost tej istoty zbitej na dolnych końcach kości biodrowej, promieniowej i łokciowej u zwierząt szybko rosnących. W żadnym przypadku nie widział von MANGOLDT zamknięcia światła kanału szpikowego. Zdaniem mówcy, trudno sądzić o wartości fosforu w krzywicy, dopóki nie poznamy rdzennie istoty tego cierpienia. Spostrzeżenia, dotyczące silnej budowy tych dzieci, które przebywają w fabrykach fosforu, wymagają ściślejszej oceny. Badania zwłok ludzi, którzy pracowali przy wyrabianiu zapalek wykazały dośrodkowe nawarstwienia kości i nawet zupełne zamknięcie światła kanału szpikowego. Liczne zdjęcia RÖNTGEN'a, przedstawione przez mówcę, wykazują wyraźne nawarstwienia kostne na granicach końców odnośnych kości.

IX. Prof. Franz KÖNIG (Berlin). Technika chirurgiczna w cierpieniach stawów. Mówca odróżnia postępowanie w jałowych i ropnych cierpieniach stawów. Przy jałowych rezekcjach, szwie rzepek, usuwaniu obcych

ciał ze stawów KÖNIG stawia następujące wymagania: 1) nie należy dotykać stawu palcem, 2) zawsze winno się wykonywać rękoczyn przy zastosowaniu sposobu ESMARCH'a (Blutleere), gdyż w ten sposób nie tylko zyskujemy możność jasnego oryentowania się, lecz i sprzyjamy aseptycznemu biegowi rękoczynu, 3) sączkowania ran należy unikać. Nadzieje, jakie pokładaliśmy w promieniach RÖNTGEN'a, co się tyczy przypadków obcych ciał w stawach, zawiodły nas srodcze. Często rozpoznajemy na zasadzie omawianych zdjęć obce ciało w stawie wtedy, kiedy mamy do czynienia ze skostnieniami chrząstki i podobnego rodzaju ciałami, warunkującymi powstające na zdjęciu cienie. W przypadkach, gdzie znajdujemy w stawie ropę, mówca wykonywa możliwie długie (8—18 cm.) cięcia z obu stron stawu na najniższych granicach jego maziówki. W ten sposób leczzone zapalenia stawów na tle rzeżączkowym przebiegają względnie pomyślnie. Jeśli rozległe cięcia po bokach stawu nie przynoszą korzyści, KÖNIG otwiera staw za pomocą poprzecznego cięcia, usuwa rzepkę (w cierpieniu stawu kolanowego) — i tylko dzięki takiemu postępowaniu udaje mu się często uniknąć odjęcia kończyny. W ciężkich postaciach zniekształcającego cierpienia stawów (*arthritis deformans*) — szczególnie jeśli zajęty jest przez sprawę chorobową staw biodrowy, KÖNIG jest zwolennikiem rezekcyi stawu w przeciwstawieniu do używania przyrządów HESSING'a (zwłaszcza u ludzi zmuszonych do ciężkiej pracy).

Mówca przedstawia chorego, któremu uratował kończynę dolną tylko dzięki wyżej wymienionemu postępowaniu w ropnem zapaleniu stawu kolanowego.

Dyskusya.

D-r FRANKE (Brunświk) zwraca uwagę, że podany przez KÖNIG'a sposób postępowania w *arthritis deformans* mówca wykonywał i wyniki jego przedstawił w roku 1894.

FRANKE nie odrzuca płukania stawu w ropnem jego zapaleniu.

Prof. SCHEDE (Bonn) jest zdania, że w wielu przypadkach udaje się osiągnąć wyleczenie w rzeżączkowym zapaleniu stawu za pomocą odpowiednich przepłukiwań bez sączkowania i krwawych zabiegów. Należy tylko nie zapominać o wykonywaniu odpowiednich ruchów stawowych; do płukania w początku używamy kwasu boiny, salicylowy, a następnie dwuchlorek rtęci w roztworze 1 : 1000 — warunek, *sine qua non* w takich razach stanowi brak wszelkich zmian w torebce maziowej.

Prof. KÖNIG przemawia na zakończenie dyskusyi.

X. Prof. EISELSBERG (Królewiec) przedstawia chorego, u którego dokonał przeszczepienia drugiego palca u nogi na miejsce utraconego prawego wskaźnika.

XI. D-r BUNGE (Królewiec) przedstawia kilku chorych, u których dokonano odjęcia kończyny dolnej według sposobu BIER'a.

XII. D-r HIRSCH (Kolonja) — przedstawia chorego po odjęciu goleni z dogodnym do chodzenia kikutem i według własnego sposobu dorobionym przyrządem (protezą). HIRSCH nie używa kostnej podkładki, lecz osiąga pożądanych własności kikut drogą masażu i systematycznego następywania na kikut. Przyrząd jego ma jedną boczną szynę i do niej przymocowane dwie wyściełane żelazne kłamy.

Dyskusya.

D-r HÖTZEL (Frankfurt) podnosi niewrażliwość kikuta po odjęciu kończyny sposobem BIER'a i uznaje w omawianym sposobie bezwarunkowy krok naprzód.

D-r BUNGE (Królewiec) poświęca kilka słów zwyczajnym przyrządom (protezom) gipsowym, używanym przeważnie przez biednych chorych; przyrząd taki

składa się z kółka drewnianego, pokrytego pończochą i warstwą gipsu i umocowanego za pomocą bandaży do kikuta.

Prof. BIER (Greifswald) zwraca uwagę, że systematyczne następywanie na kikut choroby po odjęciu kończyny winni wykonywać nader ostrożnie; ważną zaletę jego sposobu stanowi niemożność tworzenia się przy nim wyrosły pochodzących z okostny i nadzwyczaj bolesnych.

XIII. D-r REICHEL (Chemnitz). Przyczynek do kazuistyki chrzęstniaków stawu kolanowego. U 35-letniego chorego rozwinął się w przeciągu 5 lat chrzęstniak wielkości pięści dorosłego człowieka; miejscem wyjścia guza była maziówka stawu kolanowego, obecnie jest on w nieruchomym związku z otaczającymi kośćmi; płynu w stawie wykazać nie można, czynność jego została znacznie upośledzona. Badanie drobnowidzowe guza wykazało, że mówca miał do czynienia z chrzęstniakiem. Preparat został przedstawiony zebraniem. (C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BEER i BROWN w Cincinnati znaleźli przy sekcji kulę w sercu u mężczyzny, ranionego podczas wojny 1861 r. Kula przez dolny brzeg płuca i osierdziej ugrzęzła w dolnej części ściany bocznej komory lewej. Chory pełnił jeszcze nadal służbę wojskową i żył jako farmer do 1898 r. Zmarł skutkiem raka. (N. Y. med. Jour. 10. 12. 98).

= SIMIONESCU spostrzegł 26-letniego mężczyznę, który z powodu zimnicy leczony był czas dłuższy płynem FOWLER'a. Chory przytem zaczął doznawać częstych pobudzeń płciowych i częstych érekcyi; lecz z chwilą przystąpienia do spółkowania prącie na-

tychmiast opadało. Nie mogąc znaleźć innej przyczyny tego stanu, S. przypisał ją arsenowi; i istotnie, po usunięciu środka zdolność płciowa powróciła. (Gaz. d. Osped. 2—99).

= HAHN opisuje 3 przypadki wyleczenia pryszczycy przewlekłej pod wpływem promieni ROENTGEN'a. Posiedzenia trwały codziennie, po 20—25 minut, w odległości rurki 30—40 ctm. od chorego. Już po pierwszym razie mokre miejsca wyschły; po 4-ym wszelkie szczeliny zagoiły się, skóra przybrała barwę świeżą i stała się gładką. (Fortschr. auf. d. Geb. der R. Strahlen. T. 2). P.

Wiadomości bieżące.

— Uroczystość 500-ej rocznicy odnowienia Wszechnicy Jagiellońskiej odbyła się według następującego programu: I. O godzinie w pół do 8-mej rano zebrali się w Collegium Novum profesorowie i docenci Uniwersytetu w togach, urzędnicy Biblioteki, adjunkt obserwatorium astronomicznego i zarządca klinik uniwersyteckich, oraz asystenci Uniwersytetu, z kąd wraz z zaproszonymi delegatami Uniwersytetów krajowych i zagranicznych, gronem doktorów honorowych i deputacjami instytutów i stowarzyszeń naukowych, oraz innych korporacji, udali się w pochodzie do kościoła N. P. Maryi. II. Porządek pochodu był następujący: 1)

Młodzież Uniwersytecka i deputacje młodzieży innych Uniwersytetów. 2) Przedstawiciele: szkół ludowych, seminariów nauczycielskich, gimnazyów i szkół realnych oraz szkoły przemysłowej krakowskiej i lwowskiej. 3) Doktorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego. 4) Deputacje instytucji i stowarzyszeń naukowych, czasopism naukowych, wydawnictw i korporacji ofiarujących dary. 5) Prezydent m. Krakowa z Radą miejską. 6) Doktorowie honorowi. 7) Reprezentacje Uniwersytetów. 8) Rektor Politechniki Lwowskiej, Rektor Akademii weterynaryi we Lwowie i Reprezentacja Akademii Sztuk pięknych w Krakowie oraz Senat akade-

micki i reprezentacya Uniwersytetu lwowskiego. 9) Byli profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego. 10) Profesorowie, docenci, asystenci i urzędnicy Uniwersytetu Jagiellońskiego porządkiem wydziałów, poprzedzeni berłami wydziałowemi. 11) Berła rektorskie. 12) Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego. 13) Jego Magnificencya Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, (w powrocie z kościoła N. P. Maryi). 14) Najprzewielebniejszy Książe Biskup krakowski z członkami kapituły kat. krakowskiej. 15) Dostojnicy Władz rządowych i autonomicznych; posłowie. 16) Młodzież Uniwersytecka zamykająca pochód.

Pochód ruszył z uderzeniem godziny 8-ej, przyczem orkiestra „Harmonii“ ustawiona przed Collegium novum dała hasło do wyruszenia pochodu. III. O godzinie w pół do 9-tej rano Najprzewielebniejszy Książe Biskup krakowski odprawił Mszę św. cichą. IV. Po Mszy św. nastąpił powrót w tym samym porządku do kościoła św. Anny i tą samą drogą; pochód zatrzymał się w drodze celem odebrania adresu od ludności m. Krakowa. V. W kościele św. Anny odbyła się uroczystość główna jubileuszowa, w której brali udział tylko osoby zaopatrzone w bilety wejścia. Program był następujący: a) Śpiew chóru akademickiego. b) Przemówienie Magnificencyi Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego. c) Przemówienie Jego Exc. D-ra Wilhelma HARTLA c. k. Ministra Wyznań i Oświaty. d) Składanie darów i adresów pamiątkowych, porządkiem wskazanym przez Komitet porządkowy. e) Przemówienie w imieniu doktorów Uniwersytetu Jagiellońskiego. f) Ogłoszenie doktorów honoris causa i wręczenie dyplomów. g) Przemówienie w imieniu młodzieży. h) Podziękowanie Magnificencyi Rektora. i) Śpiew chóru akademickiego.

VII. O godzinie 6-tej odbył się obiad w Sali „Sokoła“, urządzony przez profesorów i docentów Uniwersytetu Jagiellońskiego na cześć gości. VII. O godzinie 9-tej przedstawienie w teatrze: a) „Oratorium jubileuszowe“ słowa Deotymy, muzyka Wł. Żeleńskiego. b) „Odprawa posłów greckich“ Jana Kochanowskiego, odegrana przez młodzież uniwersytecką i amatorów.

W dniu 8 czerwca odbyła się uroczystość odsłonięcia pomnika Koperni-

ka, tablicy pamiątkowej ofiarowanej przez m. Kraków i tablicy pamiątkowej ofiarowanej przez Akademię Sztuk pięknych w Krakowie. Uroczystość ta miała miejsce w dziedzińcu gmachu Biblioteki Uniwersyteckiej o godzinie 11-ej przed południem, według następującego programu: a) Oddanie pomnika Uniwersytetowi. b) Kantata wykonana przez chór akademicki, podczas której został pomnik odsłonięty. c) Przemówienie Prof. D-ra Kazimierza MORAWSKIEGO. d) Przemówienie w imieniu młodzieży uniwersyteckiej. e) Przemówienie Prezydenta miasta i odsłonięcie tablicy przez m. Kraków ofiarowanej. f) Przemówienie delegata Akademii Sztuk pięknych i odsłonięcie tablicy pamiątkowej przez tę Akademię ofiarowanej. g) Odpowiedź Magnificencyi Rektora. h) Śpiew chóru akademickiego.

— Komitet Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej, która się odbędzie w lipcu b. r. w Krakowie podczas IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, prosi pp. autorów i wydawców dzieł, broszur, rozpraw i t. p. z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, wydanych w czasie od r. 1891 do 1900 włącznie, aby prace te objęte I działem programu Wystawy zechcieli już nadsyłać pod adresem Komitetu Wystawy. Zkatalogowanie bowiem tej literatury, ułożenie w odpowiednie grupy potrzebuje spokojnego traktowania, co przed samem otwarciem Wystawy, gdy zaczyna się gromadzić okazy przemysłu w olbrzymiej, jak jest uzasadnioną nadzieją, ilości, doznałoby znacznej przeszkody.

Wypełniania kart zgłoszenia się do Wystawy pp. autorowie i wydawcy nie potrzebują załatwiać, Komitet bowiem ręczy za zwrot nadesłanych dzieł, jak tylko adres posyłającego będzie mu znany.

Wszystkie pisma polskie prosimy o łaskawe powtórzenie tej wiadomości.

D-r Michał Sławiński

Dyrektor Wystawy.

— Wyszła z druku książka p. t. „Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku“, pióra d-ra Jana ŚĘDZIĄKA. Autor pracę swą dedykował Wszechnicy Jagiellońskiej.

— W odpowiedzi na liczne zapytania, zwrócone do komitetu Wykonaw-

czego XIII Zjazdu międzynarodowego w Paryżu, tenże komitet podaje do wiadomości, że dentyści, nie mający stopnia lekarza lub doktora medycyny, a tylko dyplomy rządowe, już to fran-

cuskie, już to zagraniczne, mogą się zapisywać jako członkowie sekcji Zjazdu stomatologicznej. Zwracać się w tym względzie należy do biura Zjazdu Paryż, rue de l'École de Médecine, 21.

— **Zmarli.** Dnia 28 maja zmarł w Kielcach po krótkiej chorobie d-r Mikołaj WARMAN przeżywszy lat 41. Nieboszczyk urodził się w 1859 roku w Lublinie, uczęszczał do gimnazjum i do uniwersytetu w Warszawie, który ukończył w r. 1884. W Kielcach praktykował lat 14 i cieszył się rozległą praktyką jako akuszer i ginekolog. Zmarły chwile wolne od mozołnych zajęć lekarza prowincjonalnego poświęcał pracy literackiej. Liczne artykuły, jego skreślone piórem, pomieszczała „Medycyna“, „Gazeta Lekarska“ i czasopisma zagraniczne. Na początku roku bieżącego ukazała się ostatnia praca zmarłego w Czasopiśmie Lekarskim p. t. „Lekarz jako biegły wobec nieszczęśliwych zdarzeń przy pracy“. Ciężka i nagła choroba przerwała nie żywota młodego i zdolnego pracownika. Pokój jego ceniom!

— W Montreux w Szwajcaryi zmarł d-r W. ONUFROWICZ. Zmarły urodził się w roku 1856 w Jenisejsku. W 21 roku życia ukończył wydział lekarski w Zurychu. W „Correspondenz-Blatt f. Sch. Aertz.“ znajdujemy nader pochlebny nekrolog o zmarłym zacnym koledze.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO: a) z poprzedniego konkursu: 1) Badanie kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcyi przewodu pokarmowego. (Badanie może dotyczyć środków nowych, lub dotychczas nie próbowanych). 2) Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci. 3) Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasorzytów występujących przy: *Favus*, *Herpes tonsurans* lub *Ecze-ma marginatum*. 4) Zbadanie dokładne jednego z produktów bakteryi gruźliczych. 5) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*Cystitis*). 6) Badanie doświadczalne nad wycinaniem płuc (*Pneumectomia*). b) nowe. 7) Zmiany w naczyniach krwionośnych mózgu przy wylewach krwi do jego substancyi. 8) Gorączka aseptyczna i jej przyczyny. 9) Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego. 10) Semiotyka i metodyka odruchów ścięgniowych. Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1901 roku. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 10-ciu tematów wyznacza się nagroda rb. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały D-r Brodowski.