

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona na konkursie Amerykańskiego Towarzystwa Laryngologicznego i od-
czytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w dniu 6-ym czerwca r. b.)

(*Ciąg dalszy*).

Przebieg grzybicy włoskowcowej górnego odcinka dróg oddechowych jest zwykle powolny: cierpienie to może trwać tygodnie całe, miesiące, a nawet lata, przyczem zazwyczaj w późniejszych okresach czopki te ulegają rozmiękczeniu i wtedy łatwiejszymi są do zdjęcia (Parker).

Tym sposobem sprawa sama przez się «spontaneo modo» może ustąpić. Zwykle jednak grzybica włoskowcowa odznacza się niezwykłą — niesłychaną uporczywością — nawroty cierpienia zdarzają się bardzo często, nawet po energicznym usunięciu tych tworów.

Objawy przy grzybicy włoskowcowej, występującej w górnym odcinku dróg oddechowych — mogą wcale nieistnieć: chorzy udają się po poradę dla tego tylko, że zaniepokoiły ich przypadkowo przez nich spostrzeżone jakieś «białe plamy» na migdałkach, lub też lekarz z okazji innego cierpienia — przy-

padkowo tylko odkrywa to cierpienie, o którego istnieniu chorzy nawet nie wiedzą (Michelson, Root).

Ja również miałem sposobność spostrzegać tego rodzaju przypadki. Czasami jednak (według Ingals'a w 58%) cierpienie to daje powód do pewnych, acz niezbyt zresztą dotkliwych objawów, jako to drapania, palenia, pieczenia, uczucia pełności, odrętwiałości, nieprzyjemnego smaku (Root) wreszcie bólu (Ingals), oraz uczucie ciała obcego w gardle (paraesthesia pharyngis), te ostatnie objawy najczęściej notowałem w moich spostrzeżeniach.

W 2 przypadkach moich istniało też cuchnienie z ust (fotor ex ore); w 3 przyp. Ingals'e dominującymi były objawy niestrawności (dyspepsia).

Rzecz prosta, że w ostrych postaciach grzybicy włoskowcowej występować może utrudnione, bolesne łykanie (dysphagia) gorączka, oraz obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi (Spans, Unterholzner).

Rozpoznanie grzybicy włoskowcowej w górnym odcinku dróg oddechowych po większej części nie przedstawia żadnych trudności, a to dzięki wysoce znamienym dla tego cierpienia objawom, jako to wyglądu, konsystencji, oraz umiejscowieniu (perłowo-białe, rogowo-twarde czopki, siedzące w kryptach migdałków podniebiennych oraz językowego); tak że nawet bez badania drobnowidzowego rozpoznanie grzybicy włoskowcowej jest możliwem w większości przypadków (Kraus).

Ja również prawie we wszystkich przypadkach tego cierpienia byłem w stanie postawić à priori rozpoznanie grzybicy włoskowcowej, które następnie zostało potwierdzone przez badanie drobnowidzowe czopków, bądź co bądź decydujące ostatecznie w tem cierpieniu.

Odnosnie do rozpoznania różniczkowego — przedewszystkiem ze spraw przewlekłych najbardziej zbliżonem do grzybicy włoskowcowej jest cierpienie zwane tonsillitis caseosa.

Ta ostatnia sprawa chorobowa jednakże różni się przedewszystkiem konsystencją czopków, które są miękkie i łatwo

dają się usunąć z krypt. Czopki te różnią się umiejscowieniem jedynie w migdałkach (ich kryptach), podczas gdy *mycosis leptothricia* może występować prawie w całym górnym odcinku dróg oddechowych (z wyjątkiem jam nosowych). Ostatecznie drobnowidz rozstrzyga tu wątpliwości: — mianowicie w grzybicy włoskowcowej czopki prawie w zupełności składają się ze znamiennych nitek *leptothrix buccalis*.

W celu szybkiego badania Seifert i Kahn radzą zakwasić massy czopkowe, roztarte na szkiełku przedmiotowym za pomocą słabego roztworu kwasu mlecznego z dodatkiem 1 — 2 kropeł roztworu jodu w jodku potasu: duże pęczki i kłębki *leptothrix* wykazują wtedy wyraźne piękne zabarwienie niebieskie.

W przypadkach natomiast *tonsillitidis caseosae* spotykamy pod drobnowidzem w czopkach różnorodne drobnoustroje jamy ustnej, pomiędzy którymi może być także i *leptothrix buccalis* w małej jednak ilości. Oprócz tego ponieważ serowate zapalenie migdałków jest następstwem sprawy zapalnej łuszczącej (*desquamatio*), przeto czopki te składają się również z rogowatego nabłonka, śluzu, leukocytów, *calcaria fosforica* wreszcie resztek pokarmowych.

Pomimo to jednakże, zdaniem mojem, niektóre przypadki serowatego zapalenia migdałków przy bliższem badaniu t. j. pod drobnowidzem mogą się okazać prawdziwą grzybicą, jak to mianowicie miało miejsce w jednym z moich przypadków (chora 33 letnia z miękkimi typowymi czopkami w kryptach obu migdałków — rozpoznanie kliniczne *tonsillitis caseosa*, pod drobnowidzem czopki składają się prawie wyłącznie z typowych nitek *leptothrix buccalis*).

Z ostrych spraw zapalnych najbardziej zbliżoną do grzybicy włoskowcowej sprawą chorobową jest t. zw. angina s. *tonsillitis*, gdzie jednakże istnieje przede wszystkim wysoka gorączka, oraz znaczne obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi.

Już o wiele mniejsze podobieństwo daje błonica, gdzie zresztą nie mamy do czynienia z czopkami, lecz błon-

kami, obejmującemi oprócz migdałków podniebiennych inne jeszcze części jamy ustnej i gardzieli (języczek etc.).

W każdym razie niekiedy, mianowicie w przypadkach ostrej grzybicy włoskowcowej, przebiegającej również z gorączką oraz zajęciem gruczołów chłonnych szyjowych — rozpoznanie napotyka na pewne trudności i znowu tylko badanie drobnowidzowe (laseczniki Löffler'a w błonicy, oraz gronkowce ropotwórcze i laseczniki pseudobłonnicze przy anginafollicularis) rozstrzyga wątpliwości.

Rokowanie w grzybicy włoskowcowej, występującej w górnym odcinku dróg oddechowych, jest w ogóle pomyślne: możliwe są nawet wyleczenia samoistne (Semon), jak to między innymi miało miejsce w jednym z moich przypadków.

Co się tyczy jednakże zupełnego wyleczenia, to rokowanie nie jest tak pomyślne: grzybica włoskowcowa w ogóle należy do bardzo uporczywych cierpień, usposabiających do częstych nawrotów.

W literaturze istnieje jeden tylko przypadek z zejściem śmiertelnym — mianowicie Dubler'a (dziecko 8 miesięczne — śmierć w następstwie bronchopeumonii).

Leczenie. Niektórzy autorowie (Semon, M. Schmidt, Richardson, Kraus), są zdania, że zwłaszcza w tych przypadkach, w których brak zupełnie objawów podmiotowych, leczenie miejscowe jest zbyt cenne, tem więcej, że jak to już wspomniałem, wyleczenie samoistne jest możliwe.

Natomiast ogólne leczenie tam, gdzie ogólny stan jest niepomyślny, przede wszystkim powinno być zastosowane (środki wzmacniające, zmiana powietrza — Semon, podróże morskie — Wilson, usunięcie zaburzeń żołądkowo-kiszkowych — Richardson).

Jednakże większa część autorów, do których i ja się zaliczam, jest tego samego zdania, że w każdym razie leczenie miejscowe w grzybicy włoskowcowej jest niezbędne i to nawet energiczne, a to w celu uniknięcia nawrotów. Oprócz zazwyczaj niewystarczających płukań antyseptycznych, jako to

kwasu bornego (Glasgow), kali chloricum (Semon), a przede wszystkim sublimatu (1:2000 — Jacobson, Ołtuszewski, 1:10000 — Chiari), stosują się w tem cierpieniu pędzlowania różnorodnymi środkami żrącymi (caustica) z mniejszym, lub większym skutkiem, jako to: sublimat w różnych stężeniach (1:1000 Chiari, 1:500 Parser i Tidswell, wreszcie $\frac{1}{2}$ — 2% Putermann), następnie chlorek cynku (1 — 5% Nabias i Sabrasés), azotan srebra (2 — 10% Powell i Tuttle), kwas salicyłowy (1:4 alkoholu — Tilley), alcohol absolutny (B. Fraenkel, Baber), pyoktanina (10% M. Curtis, Lincoln), formalina (10% — Ledermann) nalewka jodowa (Dundas Griant), nikotyina (0.2:100 Jurasz), kwas karbolowy (Bennet), kwas chromny (Griffini, Prevost, Wagnier), kwas trójchloroctowy, wreszcie at last but not at least galwanokaustyka.

Wszystkie powyżej przytoczone środki miałem sposobność wypróbować w przypadkach swoich, przyczem względnie najlepsze wyniki otrzymywałem od kwasu trójchloroctowego per se, lub jeszcze lepiej po uprzednim zastosowaniu żegadła galwanicznego, którą to metodę uważam za najskuteczniejszą w leczeniu grzybicy włoskowcowej. Niektórzy autorowie (Stern, Arnspenger, Rosot) za najbardziej radykalną w tem cierpieniu metodę uważają wyskrobanie (curetement) czopków za pomocą ostrej łyżeczki, przyczem Th. Pooley w tych licznych przypadkach, gdzie grzybica włoskowcowa umiejscowioną jest w kanalikach migdałków, radzi szerokie rozszczepienie tych ostatnich z następczem wyskrobaniem zlogów. Najwięcej jednakże zwolenników ma metoda skombinowana t. j. wyskrobanie z następczem użyciem galwanokaustyki — najlepiej pod postacią wkłowań ostrego kouteru w krypty migdałków.

Do zwolenników tej ostatniej metody zaliczyć przede wszystkim należy: Herynga, Dechkert'a, Seifert'a, Hemenway'a, Cheathama, Thomas'a, Hamilton'a, Kinney'a, Waxham'a, Price Brown'a, Richardson'a, Hav.

Hall'a, Quaya, wreszcie Wendell C. Phillips'a z New-Yorku, a więc jak widzimy przeważnie amerykańskich lekarzy.

Z drugiej jednak strony galwanokaustyce, jako metodzie leczniczej w grzybicy włoskowcowej górnego odcinka dróg oddechowych nie brak i przeciwników, do których między innymi należą: Spicer, Oltuszewski, zwłaszcza zaś Simon z Londynu. Ten ostatni autor w jednym przypadku po wypaleniu galwanokauterem grzybicy włoskowcowej, umiejscowionej na nasadzie języka widział zapalenie gruczołu przyusznego (parotitis) z wysoką gorączką (40°).

W jednym z moich przypadków, dotyczącym 25-letniej chorej — również z grzybicą włoskowcową migdałka językowego — również spostrzegalem po użyciu galwanokauteru nieprzyjemne powikłanie (wysoka gorączka, wielkie osłabienie).

Samo się przez się rozumie, że wszędzie tam, gdzie istnieje więcej wyrażony przerost migdałków, dotkniętych grzybicą włoskowcową, należy te ostatnie usunąć — najlepiej za pomocą pętli gorącej, a to w celu uniknięcia krwawień wtórnych, mając na uwadze fakt, że cierpienie to po większej części występuje powyżej 15-tu lat życia (Richardson, Hamilton, Knight).

Że jednak i ta metoda tj. wycięcie przerosłego migdałka, dotkniętego grzybicą włoskowcową, nie zawsze prowadzi do celu, dowodzi przypadek Rosenberg'a, jako też jeden z moich przypadków, w których nastąpiła recydywa.

W końcu muszę tu zwrócić uwagę na wpływ pomyślny palenia tytoniu na przebieg grzybicy włoskowcowej, co już spostrzegal Jurasz, Donellani i Collin.

Ja również w jednym przypadku mogłem się o tem przekonać naocznie (chory 30-letni — z bardzo silnie wyrażoną grzybicą włoskowcową na obu migdałkach podniebiennych, oraz nasadzie języka z brakiem absolutnym jakichkolwiek objawów podmiotowych; mniejwięcej — po roku miałem sposobność go widzieć — ani śladu grzybicy, która znikła bez

leczenia — *chory, który przedtem nigdy nie palił, w ciągu ostatniego roku oddał się namiętnie temu nałogowi*).

Z tem wszystkim nie należy zapominać, że jest to środek obosieczny i jako taki nie powinien być zalecanym w leczenia grzybicy włoskowcowej górnego odcinka dróg oddechowych.

II. *Mycosis sarcinica* — grzybica czworniakowa niekiedy występuje też w górnym odcinku dróg oddechowych — mianowicie stosunkowo dość często w śluzie jamy ustnej w przypadkach cierpień płucnych (pneumonia, bronchectasiae, gangraena, zwłaszcza zaś w gruźlicy), następnie w tyfusie, jako też w stanach nieżytowych błony śluzowej jamy ustnej (stomatitis) u osobników wyniszczonych (marasmus), a nawet u zupełnie zdrowych.

Z jamy ustnej i gardzieli grzybica ta może się rozszerzać na płuca, jako też żołądek, gdzie grzybek ten t. zw. czworniak żołądkowy (*sarcina ventriculi*) po raz pierwszy był odkryty przez Goodsire'a w roku 1842 w zawartości żołądka, zwłaszcza zaś w wymiotach.

Pasorzyt ten (*sarcina*) przenika do górnych dróg oddechowych z powietrza, gdzie istnieją jego różnorodne gatunki, począwszy od bezbarwnych, a skończywszy na najczęstszej odmianie: żółto-zielonej.

W jamie ustnej wzgl. w płucach mamy do czynienia po większej części z odmianami bezbarwnymi.

Prawdopodobnie podobnie, jak i w czworniaku żołądkowym (*sarcina ventriculi*), jak to dowodzą mianowicie najnowsze badania i tu mamy do czynienia nie z jakąś zupełnie określoną postacią, lecz mogą tu się zdarzać różne gatunki zwykle występujące w świecie zewnętrznym.

Czworniak (*sarcina*) tworzy na błonie śluzowej — zwłaszcza języka jako też na miękkim podniebieniu (Fischer, Friedreich) białawe rozlane massy zbliżone do pleśni (*soor*).

(d. c. n.)

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

248. Trendelenburg. **Wyniki szwu rzepki przy złamaniach.** (Therapie d. Gegenwart, Nr. 1905).

Trendelenburg w r. 1878 wykonał jeden z pierwszych szew rzepki przy złamaniu. Dawniej tu i ówdzie próbowano już tego, np. Logan w r. 1864. Inni nie radzą szyć rzepki, chyba w przypadkach zadawnionych, źle leczonych, należy do nich np. Stoffa. Autor szyje zawsze rzepkę w razie wyraźnego odstępu odłamków. Dawniej szyto drutem srebrnym, obecnie żelaznym. Statystyka obejmuje 62 przypadki, z tego jeden przypadek zakończył się zropieniem stawu (zaczęto za wczas, bo w 8 dni po operacji wykonywać energiczne bierne ruchy). Autor radzi szyć tylko w przypadkach świeżego złamania i to w 6 — 10 dni po wypadku. Cięcie stosuje łukowato ku górze skierowane, przez co szew leży pod zdrową skórą. Zakłada 1—2 szwów, ewentualnie w razie małych odłamków podprowadza drut pod nie. Okostną i torebkę szyje katgutem i zaszywa skórę na głucho. Nogę układa się w szynie. Po 2 — 3 tygodniach pozwala pacjentom wstawać. Z małymi wyjątkami potrafią chorzy następnie zginać kolano aż do ostrego kąta i silnie prostować.

Dr. A. Klęsk.
(Kraków).

249. Moynihan. **Wrzód dwunastnicy z dodaniem uwag nad 52 operacjami tegoż.** (Lancet, 11 luty 1905).

Przez przeciąg 4 lat operował autor 52 wrzody dwunastnicy. W 7 było już przedziurawienie (5 wyzdrowień). W 22 przypadkach były i wrzody żołądka równocześnie. Rozpoznanie nie jest znów tak trudnem, jak mówią podręczniki. Wrzód siedzi zwykle w początkach dwunastnicy, a dokumentuje się bólami występującymi po prawej stronie, w 2—4 godzin po jedzeniu. Samo spożywanie pokarmów łagodzi zwykle bóle. Czasem występują wymioty krwawe i melaena. Częściej wrzód spotyka się u mężczyzn w średnim wieku, jak u kobiet. W połowie przypadków równocześnie są i wrzody

żołądka. Wtedy chorzy odczuwają ból zaraz po przyjęciu pokarmów, ból ten znika i w 2 — 3 godzin zjawia się na nowo. Komplikacjami wrzodu dwunastnicy są: krwotoki, przedziurawienie, zwężenie szczególnie brodawki, zapalenia okoliczne, rak, ucisk żyły brzusznej i t. d. Przy krwotokach trzeba wykonać zaraz gastroenterostomię. Przedziurawienie rozpoznaje się zwykle mylnie jako appendicitis. Autor wykonywa zawsze tylną gastroenterostomię i wrzodu nie rusza.

Dr. A. Kleśk.

(Kraków).

250. Bartlett (St. Louis). **Nowy sposób sterylizacji katgut.** (Centralblatt f. Chirurg. Nr. 15 — 1905).

Po zwinięciu nitek w pierścieniu nawleka się je na nitkę bawełnianą i trzyma godzinę w 85° C., potem stopniowo znowu godzinę, aż do 105° C. Następnie przenosi się do płynnej parafiny aż stanie się zupełnie przezroczystym (mniej więcej w 12 godzin). Następnie całe naczynie w kąpeli piaskowej ogrzewa się przez godzinę w 160° C., poczem przenosi się katgut do roztworu 1 części jodu na 100 części alkoholu metylowego, gdzie leży 24 godzin, poczem jest gotowym do użycia.

Dr. A. Kleśk.

(Kraków).

251. Ranzi i Clairmont. **Kazuistyczne uwagi nad rozległym ropnem zapaleniem otrzewny.** (Arch. f. klin. Chir. Tom 76. Zeszyt 1—2).

Praca autorów nie przynosi, wprawdzie, wiele nowego, bądź co bądź jednak omawia 41 przypadków rozległego zapalenia otrzewny i dla klinicysty ma wiele pouczających szczegółów. Z 41 przypadków 25 operowano wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. W 3 przypadkach była zgorzel wyrostka, w 14 przebicie zwykle, w reszcie ropienie ogólne.

W 19 z tych przypadków płukano jamę otrzewnową obficie roztworami soli kuchennej (20 — 40 litrów), procent wyzdrowień 42,1%; nie płukano w 6, procent wyzdr. 33,3%. Po operacji rozległa tamponada podług Mikulicza. Z 6 ciu przypadków dziurawiącego zapalenia otrzewny z przebicciem żołądka (5 z powodu wrzodu, 1 z powodu raka) uratowano 3 pacjentów. Wrzód wycinano, lub zaszywano i obszywano siecią, zresztą postępowanie podobne, jak wyżej, z wyjątkiem

dotawania *jejunostomii*, która przy wrzodzie żołądka bardzo zdrowieniu pomaga, pozwalając odżywiać zaraz chorych przy zostawieniu żołądka we względnym spokoju. Z powodu przedziurawienia dwunastnicy operowano 2 razy bez skutku. Jeden przypadek rozpoznano przed operacją, jako wrzód dziurawiący żołądka, drugi jako kamicę żółciową. Inne przypadki ogólnego zajęcia otrzewny nie przedstawiają nic ciekawego. Ogólna śmiertelność wynosi 63,4%.

W 2 przypadkach wyhodowano z otrzewny prócz koków także anaeroby, w drugich 2 nawet czyste anaeroby. Przypadki te charakteryzowały się klinicznie ciężkim, gwałtownym przebiegiem z objawami ostrego zatrucia, wysięk był surowiczokrwawy z nielicznymi strzępami włókna, prawie bez zrostów.

Autorzy radzą płukać otrzewną możliwie gorącymi rozczynami soli kuchennej, tamponować, ewentualnie robić enterostomię. Szczególnie tamponować należy podżebrza i miednicę małą. Tampony należy zacząć usuwać w czas (3—5 dni) pod strumieniem rozczyń wody utlenionej. Po operacji gorące zawijania chorych i podskórne wlewania rozczyń soli 6 — 8 litrów dziennie.

Dr. Adolf Klęsk.
(Kraków).

252. Dr. Clairmont i Haberer. **Badania doświadczalne nad fizjologią i patologią otrzewny.** (Arch. f. klin. chirurg. Tom 76, zes. 1 — 2).

Autorzy badali doświadczalnie chłonięcie z otrzewny jodku potasu w różnych stanach fizyo- i patologicznych. Jodek potasu wykazywali w moczu i to początek jego pojawiania się (normalnie w 15—13 minut) i znikanie z moczu (w 24—48 godzin). Podobne doświadczenia wykonali Schnitzler i Ewald, którzy wykazali, że osuszanie kiszek zwalnia znacznie chłonięcie otrzewowe.

Badania aurorów miały na celu oznaczyć stopień chłonięcia przy zwykłym otwarciu jamy brzusznej, przy otwarciu z krótkotrwałym wyłożeniem kiszek, w końcu przy dłuższej trwającej ewentracji. Zwykle otwarcie brzucha nie wpływa na chłonięcie zupełnie. Chwilowe wyłożenie kiszek powoduje wybitne zwolnienie chłonięcia i dłuższe wydzielanie się jodku potasu z moczem. Zwolnienie chłonięcia najwybitniej występuje jednak przy dłuższej trwającym wyłożeniu jelit. Zwalnia chło-

nienie także uszkodzenie otrzewny ściennej. Wdmuchiwanie powietrza nie wpływa nic na wessalność, podobnie niewiele uspienie lub podskórne wstrzykiwanie morfiny. Zapalny stan otrzewny wywołany produktami chemicznymi, np. olejkiem krotonowym i terpentyną, przyspiesza bardzo chłonicie, zwłaszcza w stadyach początkowych zapalenia, poczem następuje zwolnienie. Podobnie wpływa zakażenie otrzewny kałem. Celem zbadania, czy przepona ma duży wpływ na chłonicie otrzewnowe, smarowali autorzy collodium i przekonali się, że chłonicie wybitnie jest wtedy upośledzone. Na chłonicie wielki wpływ ma stosunek napełnienia naczyń krwionośnych. Exner zastosował to praktycznie, wywołując zwięzenie naczyń za pomocą adrenaliny. Zwierzęta uodpornione w ten sposób zatruwał następnie z otrzewny strychniną, sinkiem potasu, a nawet drobnoustrojami i wyniki miał mieć pomyślne.

Z badań swych dochodzą autorzy do przekonania, że wyłożenie jelit i płukanie z następczem wysuszeniem rozczyynu użytego do płukania uważać należy za najkorzystniejszą metodę leczenia. Szyć jamy brzusznej przy zajęciu tejże nie wolno, lecz szeroko tamponować podług Mikulicza.

Dr. A. Klęsk.

(Kraków, klin. chirur.)

253. Lemmp. **O wartości jejunostomii.** (Arch. f. klin. med. T. 76, zesz. 1—2).

Jejunostomię uważa wielu za zabieg zupełnie bezcelowy. Praca niniejsza ma właśnie za cel wzięcie w obronę tej operacyi. W ostatnich czasach pomnożyły się publikacye podnoszące złe strony łączenia żołądka z jelitem czczem, wielu też a szczególnie Eiselsberg wprowadziło jejunostomię w leczeniu wrzodu żołądka. Od roku 1894 do 1903 włącznie, wykonał Eiselsberg 68 razy jejunostromię i to 44 razy z powodu raka, w 18 z powodu wrzodu, w 5 z powodu rozległego oparzenia żołądka, a raz z powodu marskości i zapalenia okołożołądkowego. Wskazaniami do jejunostomii przy raku są przypadki, gdzie nie można wykonać gastroenterostomii, rak wpustu (gdy gastrostomia jest niemożliwą), dalej wypadki, gdzie rak zajmuje wpust i odźwiernik równocześnie, przebicie się rakowatego wrzodu, fistulę żołądkowo-okrężnicową, silne bóle po spożywaniu pokarmów, w końcu zaś znaczne wyniszczenie chorego zmusza często do jejunostomii, jako

operacji krótkiej, a pozwalającej zaraz odżywiać chorego. Każdego chorego na żołądek powinno się przestrzedz przed operacją, a raczej zyskać zezwolenie na ewentualną jejunostomię. Przeciwwskazaniami są komplikacje ze strony płuc, liczne przerzuty szczególnie w sieci i wątrobie lub rozpad nowotworu do jamy brzusznej. Śmiertelność przypadków wyżej wymienionych wynosi 32,5%. Mikulicz uważa przeciąg czasu 30 dni po operacji, jako stojący w zależności (w razie zejścia śmiertelnego) od operacji samej. Zaledwo $\frac{1}{6}$ operowanych z powodu raka żyła dłużej jak kwartał. Średnia długość życia po operacji 60 — 80 dni. Śmiertelności u ludzi wyniszczonych nie trzeba kłaść tylko na karb samej operacji, bo u takich osobników i sama laparotomia próbna jest zabiegiem poważnym (np. Krönlein liczy 30% śmiertelności po niej). Stosunek operacji żołądkowych Eiselsberg'a przedstawia się przez 8 lat 152 operacji i to:

33 rezekcye,
77 gastroenterostomii,
42 jejunostomii.

Jejunostomię radzą niektórzy robić jako zabieg przedwstępny, przy następczej rezekcyi, autor uważa to za niewłaściwe, utrudnia bowiem znacznie potem przez zrosty warunki operacyjne.

Z 18 chorych operowanych z powodu wrzodu żołądka umarło 8 (44,4% śmiertelności). Z pozostałych 10 zupełnie wyzdrowiało 6, u 3 wybitna poprawa, i nieuleczony.

Jejunostomia przy wrzodzie żołądka ma tę wyższość nad gastroenterostomią, że usuwa zaraz bóle i pozwala równocześnie odżywiać chorego. W razie krwotoków żołądkowych z wrzodu jejunostomia daje lepsze wyniki niż gastroenterostomia; w razie licznych wrzodów nie w okolicy pylorus przy perigastritis, ulcuscallosum i t. d. trzeba wykonywać jejunostomię naturalnie, o ile możności tymczasową.

Badania doświadczalne na zwierzętach wykazują, że z wysoko położonej fistuły można w zupełności dobrze organizm odżywiać. Żołądek pozostaje przytem we względnym spokoju o tyle względnym, że zawsze przy wprowadzaniu pokarmów zjawia się częściowa czynność żołądka. Szczególnie alkohol podnieca podawany przez jejunostomię czynność żołądka, powinno go się też u chorych krwawiących unikać.

Autor poleca sposób Eiselsberga jajunostomii. Domyka się bardzo dobrze, unika się zwięzienia i fistuła goi się potem łatwo. Gdy koło drenu zaczyna treść wracać należy usunąć go na kilka godzin, by otwór znowu trochę się zwięził a nie wsadzać grubszych drenów.

Jejunostomię robić należy zawsze poniżej linii pępka, by uniknąć możliwości zagięcia jelita.

Dr. Adolf Klęsk.
(Kraków, klin. chirurg.)

254. A. Polya. **Nowy sposób radykalnej operacji dużych przepuklin udowych** (Centralblatt) f. Chirurgie, № 18, 1905).

Autor opisuje nowy myoplastyczny sposób operowania dużych przepuklin udowych. Używa on mięśnia sartorius w całej jego grubości do wypełnienia kanału udowego. Skórne cięcie autor robi w formie litery *T* lub pół $T=I$, odpreparowuje płat skórny, podwiązuje żyłę saphena i przecina ją. Potem podwiązuje on worek przepuklinowy i odcina go. Dalej otwiera pochwę mięśnia sartorius od ości przedniej górnej aż do środka uda i przecina mięsień. Potem od strony jamy owalnej zapomocą tępej kornzangi przedziurawia autor pochwę mięśnia sartorius. Przez ten otwór wyciąga się proksymalny koniec przeciętego mięśnia po nad naczyniami do kanału udowego, umieszcza go tam głęboko i przyszywa go tam katgutem do fascia pectinea, Lig. Cowperi, Gimbernati i Pouparta.

Dalej robi autor drugi płat z fascyi szerokiej za pomocą cięcia, które łączy się z pierwszym pod kątem, odchyła go i przyszywa do ścięgna Pouparta do fascyi pectinei i do przechodzącego pod nim mięśnia sartorius. Nakoniec autor zaszywa ranę skórą.

Tym sposobem autor operował dużo razy ze świetnym wynikiem. W jednym przypadku przyplątała się róża i pomimo to kanał udowy okazał się ściśle zamkniętym. Autor poleca ten sposób operowania tylko przy dużych przepuklinach udowych. Małe przepukliny można wyleczyć mniej trudnymi zabiegami.

W. Biehler.

255. König. **Studjum kliniczne nad przypadkami raka.** (Deutsche medicin. Wochenschrift, № 19, 1905).

Na podstawie własnego bogatego chirurgicznego doświadczenia, autor przychodzi do następujących wniosków. Rak może się tam wszędzie rozwijać, gdzie się znajduje nabłonek (na skórze, w gruczołach). Przez pewien przeciąg czasu, długość którego nie daje się określić, należy raka uważać za chorobę ściśle miejscową — z tego powodu należy go, jak tylko można najwcześniej, usunąć, nawet gdyby rozpoznanie było wątpliwem. Raka można wyleczyć, jeżeli są zajęte tylko te gruczoły, które można doszczętnie usunąć; przerzuty wykluczają zupełnie wyleczenie. Bez operacji, która prowadzi do wyleczenia, rak kończy się śmiercią dzięki uogólnieniu choroby, charłactwo rakowe następuje jako skutek: a) zropienia raka (można wyleczyć czasami dzięki doszczętnej operacji) i b) jako skutek uogólnienia choroby. Istnieje ogólna skłonność do raka (wiek) i swoista, mianowicie: skłonność, rodzinna uraz, wrzody, które podlegają drażnieniu, szczególnie ropiejące i wzmaganie się działalności gruczołów (mamma).

Autor nigdy nie zauważył, aby jeden chory zaraził się od drugiego chorego na raka; nie zauważył on też możliwości przeszczepienia raka ani też epidemii raka, to jest znacznego powiększenia się ilości przypadków raka. Co się tyczy przeniesienia raka to autor jest zdania, że jest to możebne, jak to można zauważyć, że przez dotyk rak z dolnej wargi przechodzi na górną lub naodwrot, można też zauważyć ponowienia się sprawy w otworach sączkowych i dziurkach od igły. Autor nie wierzy w to, aby się ilość rakowatych powiększała. Jest on tego zdania, że przyczyną raka jest jakiś, nieznany dotychczas, swoisty drobnoustrój. Najpewniejszym leczeniem jest operacja doszczętna raka; jednakże należy przyznać, że wyniki, osiągnięte przy leczeniu promieniami Roentgena, są godne uznania.

W. Biehler.

256. **O pooperacyjnych krwotokach żołądka i kiszek.**
(Archiv f. klin. Chirurgie, Tom 76, 1—2 zeszyt).

Autor zebrał z literatury medycznej 82 przypadki krwotoków pooperacyjnych żołądka i kiszek i dodał do nich jeszcze 14 przypadków, które obserwował w klinice Eiselsberg'a. Takie krwotoki mogą nastąpić po najrozmaitszych operacjach na ciele, przeważnie zaś po laparotomiach. Co się zaś tyczy etyologii, to autor jest tego samego zdania, co

Eiselsberg, mianowicie, że krwotoki powstają się przez zanieśnienie wprost lub pośrednio skrzepów tak z tętnic, jak i z żył i że oprócz tego do wywołania krwotoku jest potrzebna oprócz operacyi (podwiązanie naczyń) jeszcze i inna szkodząca przyczyna, jużto ogólne, lub miejscowe utrudnienie w obiegu krwi, urazy podczas operacyi, usypianie, wpływy nerwowe i niedostateczny skład krwi. Krwotoki pojawiają się najczęściej w pierwszych tygodniach i powtarzają się kilka razy. Co się zaś tyczy zmian anatomicznych, to są to zwykle wylewy krwi, otarcia i owrzodzenia w żołądku i kiszki; czasami zmian wcale niema. Rokowanie poważne, gdyż w takich przypadkach mamy 55% śmiertelności.

W. Biehler.

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

257. **Antidotum przeciw nikotynie.** Zalackas komunikuje, że, otrzymawszy dobre wyniki w psychozach wskutek nikotyny, dając rzerzuchę, zaczął robić doświadczenia na zwierzętach, by się upewnić co do własności tej rośliny jako antidotum nikotyny. Królik, któremu zastrzyknięto do vena jugul. 0,025 nikotyny, dostał objawów uduszenia, wtedy zastrzyknął mu autor ctm. sz. soku rzerzuchy (sok ogrzany był na parze) i 0,30 kofeiny. Po 10-u minutach nastąpiła obfita diureza, przyczem mocz miał zapach tytoniu. W godzinę potem zastrzyknięto jeszcze 0,5 ctm. sz. tego samego płynu, wkrótce wszelkie objawy zatrucia zniknęły. Też same wyniki dały doświadczenia robione z psami. Z tego wniosek, że sok rzerzuchy jest doskonałym antidotum nikotyny.

M. B.

258. **Przypadki zatrucia weronalem.** Pisał już o tem Kress (p. Sem. méd., str. 69, 1905). Obecnie Alter, stosując w zakładzie dla obłąkanych veronal dla usunięcia bezsenności, miał jeden — przypadek śmierci na 3. W jednym z tych przypadków chory, otrzymawszy na noc 1 gr. veronalu, miał nazajutrz mdłości, ból głowy oraz bóle newralgiczne w dolnej gałęzi trigeminusa z lewej strony i obydwóch nerwów ischiadicus, a także objawy przekrwienia (krwioplucie). Tętno 110 — 116, chory miał halucy-

nacye wzrokowe, wieczorem stan się pogorszył, chory popadł w śpiączkę, w wypróżnieniu była krew, odtąd (a działa się to nazajutrz wieczorem po otrzymaniu veronalu) stan zaczął się poprawiać. Zaburzenia trwały 48 godzin; autor, nie wierząc, że przyczyną ich jest weronal, dawał temu choremu po 0,25—0,50, za każdym jednak razem zaburzenia ponawiały się. W drugim przypadku 60-0 letnia neurasteniczka, dotknięta zwapnieniem tętnic i zapaleniem nerek, miała też same objawy, a także objawy angina pectoris po otrzymaniu jednego gr. veronalu. Pierwsze wydzieliny kału zawierały też krew.

W trzecim przypadku 50-0 letni epileptyk po 1 gr. — spał najpierw doskonale, nazajutrz jednak oddech był nader utrudniony (nawet typu Cheyne Stokes'a), zauważono incontinentia urinae, myosis, zanik odruchu pupillae, mięśnie były porażone. Ciepłota dochodziła do 39° 9. Tętno, które rano wynosiło 60, było nierówne i nieregularne. Następnego dnia ciepłota doszła do 41° 4. Na trzeci dzień chory zmarł wśród objawów obrzęku płuc.

(Sem. méd. Nr. 12, 1905).

M. B.

259. Collet. **Santonina jako środek przeciw napadom krtaniowym w wjadzie rdzenia.**

Santonina dawała już dobre wyniki w bólach błyskawicznych u tabetyków (p. Sem. méd. 1901 r. str. 72 i 1902 r. str. 224). Obecnie stosuje autor ten alkaloid w napadzie krtaniowym (w wjadzie rdzenia). Chory, którego autor leczył, cierpiał na napady te od lat kilku, nic mu nie pomagało, wystarczało jednak dawać trzy razy dziennie po 0,15 santoniny, ażeby napady zupełnie zniknęły po 3-ch dniach, pomimo to Collet dawał choremu santoninę jeszcze w ciągu 2-ch miesięcy. Po 8 miesiącach napady krtaniowe znów powróciły i tym razem santonina pomogła.

(Sem. méd. Nr. 23, 1905).

M. B.

260. D-r Meier. (Allg. Med. Zentr. Ztg. Nr. 18, 1905) zaleca **bromocollum**, jako **środek uśmierający**. Bromokoll w doświadczeniach nad zwierzętami działa specyficznie przeciw zatruciu strychniną, co należy przypisać nadzwyczaj szybkiemu wchłanianiu.

D.

261. Prof. Heule z Wrocławia (Deutsche Med. Wochensch. Nr. 6, 1905) kilkakrotnie stosował z dobrym wynikiem **metodę Bier'a w ostrym niezycie nosa** i proponuje używanie do tego celu

rury wydrążonej, którą się nakłada na szyję pod ciśnieniem około 15 mm. rtęci i pozostawia w ciągu 1—3 godzin. Działanie ujawnia się nadzwyczaj szybko, łechtanie w nosie, łzy i wydzieliny ustają wraz z początkiem zastoju—ten ostatni nie powoduje jakichkolwiek znaczniejszych dolegliwości. *D.*

IV. Wiadomości pomniejsze.

262. Collo. **Nowy sposób wykrywania acetonu w moczu.** (Revista Farmacii Nr. 2, 1905).

Wykrywanie opiera się na własności acetonu przechodzenia w kwas octowy przy utlenianiu. Jeśli mocz zawiera nieznaczne ilości acetonu, to należy kilka centymetrów sześciennych moczu, po zakwaszeniu za pomocą kilku kropeł rozcieńczonego roztworu kwasu siarczanego, przedestylować i zrobić odczyn z otrzymanym płynem. Gdy się znajduje dużo acetonu w moczu, to ta manipulacja jest zbyt ciężką. Dalej postępuje się następującym sposobem. Do 5 ctm.³ moczu lub płynu, jak wyżej wymieniliśmy, dodaje się 2 lub 3 krople 5% roztworu siarczanu żelaza, 5 kropeł rozcieńczonego roztworu kwasu siarczanego i kilka sześciennych centymetrów wody utlenionej i ogrzewa się lekko. Potem dodaje się 15—20 kropeł koncentrowanego kwasu siarczanego i znowu się ogrzewa. Utworzony przez utlenienie z acetonu kwas octowy łączy się z wyskokiem przy obecności kwasu siarczanego, przez ogrzewanie otrzymuje się eter octowy który łatwo poznać po zapachu.

Ta próba jest bardzo czuła i wykazuje nieznaczne ilości acetonu. Można ją użyć i do ilościowego określenia zawartości acetonu, autor robi obecnie nad tem próby. *W. B.*

263. Mousseaux. **O zapaleniu miedniczki i nerki i o piasku moczowym pochodzenia szkarłatynowego u dzieci.** (Archiv. de méd. des Enfants Nr. 5, 1905).

Dotychczas pisano tylko o zapaleniu nerek z białkomoczem, jako o jedynem powikłaniu szkarlatyny; autor zwraca uwagę na to, że podczas szkarlatyny występuje też zapalenie miedniczki i nerki i kamica moczowa. O pyelonephritis zaledwo że wspominają niektórzy autorowie (Dentu, Hallé), tak że trudno jest

orzec, czy powikłanie to wynika wskutek zakażenia płoniczego, czy też zakażenia wtórnego paciorkowcowego. Autor opisuje też przypadek D-r Boulo umie, w którym to przypadku ośmioletni chłopiec, którego rodzice cierpieli na dnę, zachorował na szkarlatynę, po której w moczu prócz śladów białka znaleziono sporo ciałek ropnych. Wyzdrowienie nastąpiło dość szybko po tygodniowej tylko kuracji w Vittel. Wyzdrowienie to autor przypisuje dyecie, która nie dopuszczała do podrażnienia nerek, oraz szybkości interwencji, a także dobremu stanowi górnych przewodów moczowych. Co się tyczy kamicy nerkowej to w literaturze znalazł autor opisane 2 przypadki tejsze przy szkarlatynie (Dickinson, Coulon). Dickinson jest zdania, że szkarlatyna jest jedną z głównych przyczyn strącania kwasu moczowego u dzieci; na 77 przypadków, leczonych w Vittel, w 13 znalazł autor szkarlatynę w historii cierpiących na kamice moczową, we wszystkich przypadkach chodziło o dzieci. Kamica występuje albo zaraz w okresie ozdrowienia, albo też w jakiś czas po szkarlatynie, w innym przypadku znaleziono u 12-letniego chłopca piasek w moczu w 7 lat po szkarlatynie.

W 3-ch przypadkach po szkarlatynie wystąpiły najpierw zaburzenia żołądkowe, a potem kamica. Co się tyczy tych przypadków, w których kamica poprzedziła szkarlatynę, to w 2-ch przypadkach szkarlatyna nie wywołała żadnych zmian, w jednym zaś ilość piasku zwiększyła się, przyczem mały pacjent dostał napadu kolki nerkowej w 3 tygodnie po szkarlatynie.

Z badania licznych przypadków autor dochodzi do następujących wniosków: że kamice można uważać za mającą coś wspólnego ze szkarlatyną tylko wtedy, jeżeli zjawia się ona w wieku dziecięcym, nie można np. kamice u dorosłego czynić zależną od szkarlatyny, którą tenże miał w dzieciństwie. W żadnym przypadku nie miał autor do czynienia ze złoгами fosforanów, była tylko zawsze kamica kwaśna, nie było też nigdy ciałek ropnych w moczu. To też szkarlatyna wywołuje, zdaje się, kamice bądź działając na ogólne odżywianie organizmu, bądź na same nerki. Badania moczu w czasie szkarlatyny wykazały w okresie gorączkowym moczenie skąpe (oliguria) ze zwiększeniem kwaśności i kwasu moczowego.

Zważywszy tu, że jad szkarlatynowy działa źle na tkanki nerek, nie jest niemożliwym, by uszkodzenie tego organu nie ułatwiało nagromadzenia soli moczowych i utworzenia piasku, co jest jeszcze łatwiejszem u dzieci obciążonych dziedzicznie (dzieci artrytyków i t.p.) lub znajdujących się w złych warunkach higienicznych, złe wa-

runki w szczególności mogą przygotować grunt dla kamicy (np. po szkarlatynie).

Matylda Biehler.

264. Schaudinn i Hoffman. **Obecność spirochete (prętka krętego) w płynie wydzielanym przez gruczoły limfatyczne u syfilityków.** (Deut. med. Wochenschr. 4 maj, 1905).

Autorowie przy badaniu drobnowidzowem znajdowali prątki kręte nie tylko na powierzchni grudek i wrzodów wenerycznych, lecz i w samej tkance chorej. Drobnoustroje były dwójakiego rodzaju, jedne większe, barwy ciemnej spirochete refringes, drugie bardziej delikatne, które zabarwiają się trudniej — t. zw. spirochete pallida; te ostatnie znajdowali zawsze w przypadkach przymiotu pierwotnego w guzkach organów płciowych, a także w głębi niebolesnych gruczołów pachwinowych. Autorowie badali sok gruczołów u 6 chorych, w 2-ch przypadkach gruczoły zostały wycięte, w 4-ch otrzymano trochę soku z krwią przez nakłucie. Chorzy ci byli zarażeni od 4 — 8 tygodni, we wszystkich przypadkach znaleziono spirochete pallida. Drobnoustroje te, które znajdowano dotychczas tylko w owrzodzeniach syfilitycznych, są mało przezroczyste, bardzo delikatne, ruchliwe, cienkie (filiformis), zawinięte w spiralę, o końcach zaokrąglonych, długości do 4 — 14 μ ., szerokość trudna do wymierzenia $\frac{1}{4}$ m. Ilość wężownic = 6 — 14. Znajduje się najczęściej na powierzchni, różni się od spir., refringes tem, że ilość wężownic jest większą prątek bardziej zakręcony (jak grajcarek) wąskie, gdy tymczasem sp. refringes jest płaski, szerszy, falisty. Zabarwić sp. pallida, bardzo trudno. Autorowie mimo, że znajdują zawsze sp. pallida w soku gruczołów syfilityków, nie twierdzą iż one to powodują zachorowania syfilityczne i zachęcają kolegów do dalszych badań.

Wacław Biehler.

265. **Z posiedzenia akademii lekarskiej 16 maja 1905 r.** (Sem. med. Nr. 20. 1905).

Miecznikow odczytał pracę, w której donosi, iż przedsięwziął szereg doświadczeń tak na ludziach, jak i zwierzętach w celu skontrolowania wyników otrzymanych przez Schaudinn'a i Hoffman'a (Sem. méd. Nr. 20, 1905) o czynniku chorobotwórczym przymiotu. W 2 przypadkach wrzodu kiłowego u szympanów autor nie znalazł spirochaete pallida, zaznacza jednak, że cierpienie znajdowało się w okresie zagojenia, natomiast znalazł go u mahaka w pierwszym okresie przymiotu, toż samo znalazł u 3 innych małp czyli razem w 4-ch na 6 wyniki były pozytywne. Miecznikow znalazł też spirochete pallida w 4-ch przypadkach na 6 u ludzi

w zeszkrobanych częściach skóry lub błony śluzowej. W 8 przypadkach drobnoustroje wyglądały, tak jak je opisali autorowie. Miecznikow ani razu nie znalazł ich w cierpieniach natury niesyfilitycznej. Autor wnioskuje, że przymiot jest to chroniczna spirillosis, wywołana przy *Spirochaete pallida*. Ponieważ dotychczas nie otrzymano jeszcze hodowli drobnoustroju, należy przeto wziąć w celu otrzymania uodporniającej surowicy, krew syfilytyków i to, co się otrzymuje z zeszkrobania gruczołów limfatycznych. Miecznikow przypomina też, że w 1902 r. Bordet i Gengon znaleźli *Spirochaete* na powierzchni wrzodu wenerycznego i w kilku przypadkach plam przymiotowych w gardle, ponieważ jednak podobne drobnoustroje znajdują się w gardle u osobników zdrowych i ponieważ w wielu przypadkach przymiotu pierwotnego drobnoustrojów tych nie znaleźli wyżej wymienieni autorowie, przeto nie ośmielali się nazywać *Spirochaete* drobnoustrojami specyficznymi dla przymiotu.

W. B.

266. Z posiedzenia lekarskiego w Wiedniu w maju 1905. (Sem. méd. Nr. 22, 1905).

Prętek kręty (*Spirochaete pallida*) w syfilisie.

Kraus pokazywał preparaty drobnowidzowe prątka krętego Schaudrun'a i Hoffmann'a, autor znajdował go zawsze w płynie gruczołów u syfilytyków, a także w wydzielinach owrzodzeń, ilość ich tylko była różna, rzadko znaleźć go można we wrzodzie kiłowatym świeżym, w większej ilości istnieje w łuszczycy jamy ustnej przymiotowej.

Paltauf zauważył, że prątki, znane dotychczas, były prawie wszystkie pasorzytami krwi, jeden tylko czynnik chorobotwórczy bolaka wschodniego posiada własność tworzenia tkanki ziarninowej.

(Sem. méd. Nr. 22, 1905).

W. B.

V. Doroczny Kongres Chirurgiczny w Berlinie.

Przewodniczył prof. KRONLEIN w Zurichu.

(Dokończenie).

Dyskusya.

Czerny stosuje 10% storainę, Splot krzyżowy zmieczulić łatwiej, niż splot lędźwiowy.

Hermes — Berlin, podaje statystykę ze szpitala w Moabicie. Z wyników jest zadowolony, czasami bywają bóle głowy.

Silbermark — Wiedeń. Uważa za przeciwwskazanie młody wiek, wypuszcza dość znaczną ilość płynu rdzeniowego dla wywołania następnie silniejszego prądu znieczulającego środka w kierunku rdzenia przedłużonego.

Neugebauer — Mähr-Ostrowo. Uważa za najlepszą tropokokainę w żelatynie według Klapps'a.

Bier kończy dyskusję uwagą, że obecnie wkłuwają igłę po linii środkowej, a płyn znieczulający zastrzykuje wówczas, gdy krople płynu rdzeniowego przestają szybko wyciekać. Chcieć robić laparotomię przy tem znieczuleniu, jest to dyskredytować ten sposób. Gorąco mówca poleca dodawanie paranefryny oraz b. oględne stosowanie tego znieczulania u starców i osłabionych.

Czerny: Prostatectomia. Leczenie hypertrophia prostatae chirurgiczne — polega normalnie na wycięciu tego gruczołu. Operacja Bottini'ego jest niebezpieczna i zaledwie dla $\frac{1}{3}$ przypadków daje w dodatku niepewne wyniki. Ostre zatrzymanie moczu należy leczyć cewnikowaniem, jeżeli błona śluzowa pęcherza i nerki są w porządku lub też niezbyt ciężko schorzałe. Wybór między nadłonowem lub międzykroczołem cięciem zależy od stanu pęcherza, międzykroczołą drogą udaje się lepiej sączkować, ale operacja jest trudniejsza, uszkodzić można kiszkę, wywołuje impotentia. Sposób ten ma pierwszeństwo przy zakażonej błonie śluzowej pęcherza.

Kümmel. Operacja Bottini'ego przy ulepszonej narzędziu i technice obecnie daje lepsze nieco wyniki. Operacja ta u osobników starych i zgrzybiałych ma swoje zalety. Przy wycięciu stercza droga nadłonowa jest łatwiejszą, niż kroczoła. Często bardzo udaje się z łatwością gruczoł wprost wyluszczyć na tępo palcem. Mówca uważa za najważniejsze sączkowanie pęcherza oraz przedewszystkiem otwarcie cewki. Narzędzie Jung'a oddaje doskonale usługi. Przeciwwskazanie stanowi schorzenie nerek, nigdy — starość.

Lex'er mówi o raku stercza wielkości kułaka. Sectio alta — całkowite wycięcie, szew błony śluzowej.

Izraël jest zwolennikiem sectio alta, nie lubi sączkowania dołem poprzez ranę w cewce. Kładzie nacisk na dokładny szew pęcherza.

Dalej mówi Nikolicz z Tryestu i Freudenberg

z Berlina. Ten ostatni zadowolony jest z wyników sposobu Bottini'ego.

Küster zaleca częściowe wycinanie stercza.

Riedel usuwa stercz ostrą łyżką, unikają obadwaj zranienia cewki.

Frank Berlin: o wynikach leczenia sposobem Bottini'ego wyraża się krytycznie.

VIII. Posiedzenie.

Bier (Bonn) ostrzega, że opaska gumowa, nałożona w celu leczenia przekrwieniem i obrzękiem, nie powinna: 1) być nakładana w pobliżu chorego miejsca, 2) wywoływać zaburzeń w odżywianiu, niżenia ciepłoty kończyny, a przedewszystkiem bólu. W końcu pokazuje chorych, leczonych tą metodą przez parę dni trwania zjazdu. Wyniki wysmienite.

Hackenbruch — o leczeniu rdzeniowego porażenia u dzieci za pomocą:

Rehn — o owrzodzeniach pęcherza u robotników w fabrykach anilinowych. U 18-letniego robotnika rak nerki, moczowodu i błony śluzowej pęcherza.

Weinrich mówi o operowaniu pod kontrolą cystoskopu za pomocą operacyjnego cystoskopu Nitze.

Tholl — Gdańsk. Operacje guzów wątroby.

Podaje statystykę leczonych zachowawczo i operacyjnie zranień wątroby, co przemawia na korzyść operowania, potem przechodzi do guzów wątroby, rokowania, sposobów usuwania ich, szwu, tamponowania i podwiązek. Masowe podwiązki nakłada się bez względu na to, że miażdżymy tkankę; zaciskać je należy z wolna. Tylko pierwotne i pojedyncze guzy nadają się do wycinania. Przy przerzutach operacja ta jest bezcelowa. Decyduje o operacji próbna laparotomia. W końcu pokazuje mówca narzędzia do operowania guzów wątroby.

Payr. O doświadczeniach i spostrzeżeniach klinicznych nad szwem i cząstkowym wycinaniem wątroby. Mówca poleca do szwu płytki magnezjowe, przez które przeprowadza nitki katgutowe.

A. Neumann mówi o pozaotrzewnowym tłuszczaku około torebkowego tłuszczu nerki u dziecka. Tłuszczak ogromnych rozmiarów mówca usunął laparotomicznie. Waga tłuszczaka 7 (niemieckich) funtów.

Zondek — Berlin. Przyczynek do nauki o wędrującej nerce. Przeczy możliwości rozpoznawania wędrującej nerki za pomocą obmacywania.

Albrecht. Przyczynek do klinicznego i anatomicznego rozpoznawania hypernefromatu. Mówca zebrał 27 przypadków, znanych w literaturze.

Pierwszym i jedynym objawem są przerzuty w kości. Najsubtelniejsze badanie moczu nie daje żadnych wskazówek.

Pozostaje, stosownie do rady Angerer'a i Kuttner'a wykonać próbne operacyjne obnażenie obu nerek. Wogóle guzy w kościach u osobników w wieku średnim winny nasuwać podejrzenie hypernefromatu. Rokowanie jest złe.

Dr. A. Zawadzki.

Kronika bieżąca.

(w) Jak lat ubiegłych, tak i w tym roku na letnich mieszkaniach w pobliżu Warszawy wiele osób zapadło na tyfus brzuszny i krwawą biegunkę. W Warszawie liczne są przypadki szkarlatyny, odry, błonicy, koklusu, krwawej biegunki i tyfusu brzuszno-go. Ostatnia choroba dotyka prawie wyłącznie osób, zamieszkujących w dzielnicach nieskanalizowanych Warszawy i w okolicach podmiejskich.

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W d. c. powołani zostali koledzy: Edward Beatus (z Kalisza) i Eugeniusz Arnold (z Sosnowca gub. Piotrkowskiej).

(w) W Kaliskim Towarzystwie Lekarskim na posiedzeniu wyborczem w dniu 1 b. m. na prezesa wyarano d-ra Adama Drozdowskiego, na wiceprezesa d-ra Waleryana Wilczewskiego, na sekretarza d-ra Marcina Kasprzaka.

Zmarli. Dr. Adam Wincenty Buckiewicz, dawniej praktykujący w Warszawie, zmarł w połowie lipca r. b. w Wiernym (na Syberji).

Dr. Ludwik Żerański, lekarz kolejowy, d. 30 lipca r. b. w Radomiu, w wieku lat 56.

Dr. Felicjan Komocki dnia 8 sierpnia r. b. w Mińsku gub., w wieku lat 77.

Dr. Szumowa-Simanowska, współpracowniczka wielu prac ś. p. D-ra Marcelego Nenckiego, w Petersburgu, w lipcu r. b.

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

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

WIELKI WYBÓR
Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny,

i pracownia przyrządów-ortopedycznych

D-ra REICHSTEINA

Warszawa, Twarda 10, Telefonu 4217.

KĄPIELE kwaso-węglowe
wydaje zakład kąpielowy
KSIĄŻĘCA № 4.

Głos Lekarzy

dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii
lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcją *D-ra Szczepana Mikołajskiego*
i licznego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron, 6 marek,
3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi:

Lwów ul. Śniadeckich, 6.