

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego. Skreślił D-r W. Stankiewicz. (Dalszy ciąg). Kilka słów o badaniu klinicznym krwi. Skreślił Stanisław Klein. (Dalszy ciąg). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 6 Czerwca r. b. — **Korespondencya Medycyny.** Sprawozdanie z XI Kongresu Towarzystwa Okulistycznego Francuskiego w Paryżu. — **Streszczenia i wyciągi.** 95. O leczeniu otyłości. (Dokończenie). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego.

Skreślił D-r **W. Stankiewicz.**

(Rzecz czytana na posiedzeniach Warsz. Tow. Lek. d. 14 i 21 Marca 1893 r.).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 23).

Częstość nowotworów. Mówiliśmy na wstępie o panującej niedawno jeszcze opinii, iż nowotwory pęcherza moczowego są wielką rzadkością, tymczasem od chwili udoskonalenia metody badania w ostatnim lat dziesiątku pokazało się, iż spotykają się one o wiele częściej, aniżeli dotąd przypuszczano. ALBARRAN począwszy od r. 1888 zebrał 385 obserwacji nowotworów pęcherza, które były sprawdzone przy operacji lub też na stole sekcyjnym, z tej liczby 185 nie było ogłoszonych drukiem. Co się zaś tyczy stosunku liczebnego nowotworów pęcherza do nowotworów wszystkich innych organów, według GURLT'a na 16637 tych ostatnich, zebranych w trzech największych szpitalach Wiednia, było 66 nowotworów pęcherza, co wyniesie 0,39%. KÜSTER zaś podaje statystykę *Augusta-Spital* w Berlinie, gdzie w przeciągu czasu od r. 1871 do 1885 na 1308 nowotworów wogóle było 10 pęcherzowych czyli 0,70%. W stosunku zaś do innych chorób dróg moczowych według ULTZMAN'a nowotwory pęcherza stanowią 3,2%. Statystyka szpitala NECKER'a wykazuje jeszcze większą różnicę pod tym względem, gdyż na 1150 chorych, leczonych na cierpienia dróg moczowych w ciągu lat 4-ech od 1888 do 1892, było 55 z nowotworami pęcherza czyli 3,90%.

Ale największą sprzeczność dat statystycznych spotykamy w ocenianiu stosunku liczebnego nowotworów pęcherzowych u mężczyzn i kobiet, porównując epokę dawniejszą z ostatniem dziesięcioleciem. I tak: według CONNER'a w okresie od 1747—1880 na 32 nowotwory u kobiet było 17 u mężczyzn, a zatem prawie dwa razy częstsze u kobiet, gdy tymczasem w okresie od 1880 do 1888 na 36 u kobiet było 125 u mężczyzn, czyli jak 1:3,5. Otóż sprzeczność ta pochodzi stąd, iż w czasach dawniejszych łatwość badania pęcherza kobiet dozwalała rozpoznawać częściej ich nowotwory, gdy sposoby zbadania pęcherza u mężczyzn dopiero w tym ostatnim okresie zostały wynalezione i udoskonalone.

Ze względu na wiek, spotykano nowotwory pęcherza u dzieci dwuletnich, a następnie we wszystkich okresach życia; najczęstszymi są między 50—60 rokiem, najpóźniej zaś obserwowano je w 75 roku życia. Co do natury nowotworów, to nabłonkowe i łagodne najczęściej występują między 50—60 rokiem, wcześniej zaś i później objawiają się nowotwory powstające z tkanki łącznej, złośliwe, jak: *sarcoma*, *myxo-sarcoma* i inne. Przyczyny pierwotne powstawania nowotworów pęcherzowych, podobnie jak we wszystkich innych organach, są nam zupełnie nieznaną, najstaranniejsze bowiem badania stwierdziły, że żadna ze zwykłych chorób dróg moczowych nie była w związku przyczynowym z powstawaniem nowotworów.

Co do symptomatologii, to najpierwszym i najstalszym objawem nowotworów pęcherzowych jest pokazywanie się krwi z moczem (*haematuria*). Na 200 obserwacji objaw ten wystąpił pierwotnie w 148 przypadkach i to przeważnie w nowotworach nabłonkowych, szypułkowatych, gdy tymczasem w złośliwych jako objaw pierwotny o wiele rzadszym bywa. Mocz krwawy objawia się zwykle bez żadnego wyraźnego powodu jakoteż bólu i jest zupełną niespodzianką dla chorego; trwa bardzo rozmaicie, już to przy następnym oddawaniu mocz jest czysty, co się zresztą rzadko zdarza, już to trwa przez dobę lub kilka dni, aby ustać nagle, jak nagle wystąpił. Objaw ten może powtarzać się w rozmaitych odstępach czasu w większym lub mniejszym stopniu albo też występuje po kilku, a nawet kilkunastu latach. Bazy przytacza obserwację kobiety w wieku 46 lat, u której operował nabłoniaka (*epithelioma*) pęcherza moczowego, a pierwsze i jedyne pokazanie się krwi z moczem miało miejsce w 18 roku życia, zatem przed 28 laty. Ponieważ mocz krwawy pochodzić może z rozmaitych okolic organów moczowych, jak: cewki moczowej, prostaty, pęcherza i nerek, niezmiernie ważną jest rzeczą ściśle zbadać źródła krwawienia, ku czemu prowadzi przedewszystkiem uważne śledzenie oddawanego moczu. Przy krwawieniach umiarkowanych z pęcherza strumień moczu z początku jest mało zaczerwieniony, a dopiero pod koniec zawiera więcej krwi, ostatnie zaś krople stanowią prawie czystą krew. Objaw ten bardzo ważny pod względem dyagnostycznym, nazwany został *haematuria terminalis*. Dla uwydatnienia go radzi Guyon zbierać podejrzany mocz w chwili urynowania w 3 osobne kieliszki, najprzód pierwszą część, potem środkową, a wreszcie ostatnie krople. Każdą z tych części rozcieńczyć równą (ilości moczu) częścią wody, a wtedy natężenie zabarwienia najdokładniej nam wykaże, w którym naczyniu jest najwięcej krwi. Jakkolwiek *haematuria terminalis* stanowi niezmiernie ważny objaw rozpoznawczy nowotworów pęcherza, to jednak niemożna go uważać za patognomoniczny, gdyż w przypadkach nagłych, obfitych krwotoków nerkowych cała ilość moczu jest przesyconą krwią, świeżo wynaczynioną. Guyon przytacza 3 obserwacje, wprawdzie wyjątkowe, małych nowotworów nerkowych, przy których właśnie miało miejsce krwawienie końcowe i gdyby nie pomoc cystoskopu, popełniłby błąd co do siedliska narośli. Przy nowotworach pęcherza krew, jako świeżo wynaczyniona, barwi mocz na jasno-czerwony kolor, gdy tymczasem wydzielina z nerek (w małej ilości) miesza się z moczem i przebywając dłużej w pęcherzu nadaje moczu kolor brudno-rdzawy. Otóż w powyżej wspomnianych trzech przypadkach krew sącząca się z narośli nerkowych miała również żywą barwę, nerki zaś były wcale niepowiększone tak, że przy obmacywaniu najmniejszej różnicy ocenić niebyło można, a nadto brakło innych objawów subiektywnych.

Dla upewnienia się jeszcze dokładniej o źródle krwawienia, należy wypuścić mocz cewnikiem miękkim, zbierając wszystkie trzy części w naczynia oddzielne, skoro zaś część ostatnia okazuje się słabo zabarwioną, należy otwór zewnętrzny cewnika zatkać i na kilkanaście minut pozostawić go w pęcherzu. Po wypuszczeniu przekonamy się, czy mocz jest mocniej zabarwiony, a nadto dobrze jest przez pociskanie palcami wydalić z otworu cewnika krople zebrane, które częstokroć przedstawiają niemal krew czystą. Podobny rezultat otrzymujemy przy przestrzykiwaniu pęcherza roztworem kwasu bornego. Jeśli pierwsza część moczu jest czerwienią, przypuścić należy, że źródło krwawienia znajduje się w prostatie lub też w nowotworze usadowionym blisko szyi pęcherza; w podobnym przypadku trafia się, że i część ostatnia moczu będzie mocniej zabarwioną. Ze względu na nadzwyczajną łatwość krwawienia niektórych nowotworów pęcherzowych, najwłaściwszem jest badanie cewnikiem miękkim, gdyż metalowy nawet przy najdelikatniejszej manipulacji, jak tego osobiście doświadczyłem, wywołuje obfite krwawienie. Cewnik kauczukowy NELATON'a jest w tym celu jedynym, badanie zaś metalowym dopuszcza się gdy podejrzujemy obecność kamienia.

Długość trwania krwawienia bywa rozmaita; jak już wspominaliśmy wyżej, w początku choroby krwawienie może mieć miejsce przy jednym tylko oddawaniu moczu, zwykle jednak trwa ono kilka dni, poczem mocz staje się zupełnie czystym, po dłuższem jednak trwaniu choroby krwawienia stają się coraz częstszymi, odstępy wolne są coraz krótsze, tak, że chorzy oddają mocz krwawy przez całe tygodnie z większem lub mniejszem natężeniem.

Co do ilości krwi wynaczynionej z powierzchni nowotworów, panują niesłychane różnice, i tak trafia się, że mocz zawiera zaledwie ślady prążków krwi i dopiero pod drobnowidzem napewno ją znaleźć możemy. Przy większej ilości krwi powstają skrzepy różnej wielkości i kształtu, nigdy jednak nie mają one podobieństwa do formy pijawek, tak właściwych krwotokom nerkowym. Natomiast bywają tak obfite krwotoki, że cały pęcherz zostaje wypełniony jednym skrzepem, który rozciąga pęcherz aż do wysokości pępka i wtedy okropne cierpienia chorego tylko zapomocą aspiracji skrzepu zniesione być mogą. Podobny krwotok miał miejsce u mego pacjenta w r. 1874 z powodu nowotworu złośliwego nerki. W oka mgnieniu pęcherz został wypełniony i rozciągnięty skrzepem krwi arteryjalnej. Chory doznawał nieustannego parcia, przy czem odchodziły tylko małe ilości moczu krwawego z szalonym bólem, wszelkie zaś usiłowania wydalenia skrzepu najgrubszym cewnikiem metalowym w połączeniu z aspiracją i rozcieńczeniem ciepłym roztworem boraksu, niezdolne były usunąć skrzepu. Po kilku bowiem minutach trzymania cewnika w pęcherzu, chory doznawał tak strasznych boleści, iż aspiracja musiała być przerwana. Dopiero po upływie 36 godzin przy wprowadzeniu cewnika spłynął mocz dobrowolnie z głośnym hukiem skutkiem wytworzonych gazów. Otóż takie krwotoki są podwójnie niebezpieczne dla chorego: raz przez olbrzymią utratę krwi i straszne cierpienie wycieńczając siły chorego; powtórne krwotoki pęcherzowe są następstwem przekrwienia pęcherza, obecność zaś skrzepu drażni ściany i sprowadza nowe przekrwienie, które podtrzymuje się jeszcze skutkiem ciągłych skurczów pęcherza. Według ULTZMANN'a, krew krzepnie w jedną masę wtedy, skoro ilość jej przewyższa ilość moczu; GUYON jednak nie podziela tego zdania. Obfitość krwawienia nie jest w żadnym stosunku z naturą lub wielkością nowotworu, przeciwnie bardzo małe narośle dają niekiedy krwotoki śmiertelne. ALBARRAN przytacza przypadek krwotoku śmiertelnego, któ-

rego źródłem był mały naczynek (*angioma*) wielkości grochu. Nierzadko takie obfite krwotoki tak osłabiają chorego, iż operacja przedstawia dla nich największe niebezpieczeństwo; GUYON stracił trzech takich chorych na stole operacyjnym.

Należy nadto dobrze pamiętać, że krwawienie z moczem bywa często jedynym li-tylko objawem nowotworów pęcherzowych przez czas bardzo długi; ani bólu, ani zatrzymania moczu, ani żadnych innych objawów ze strony tego organu chorzy nie doznają; objaw ten dowolnie występuje i znika bez żadnych przyczyn widocznych, łatwo zaś wraca i żadne znane środki nie są w stanie go przerwać lub skrócić. Potrzeba więc bardzo poważnie zapatrywać się na ten objaw, aby nie stracić drogiego czasu i jaknajwcześniej usunąć źródło choroby.

Badanie moczu stanowi bardzo ważny czynnik przy rozpoznawaniu nowotworów pęcherza. Zwykle z początku choroby mocz w odstępie między krwotokami jest zupełnie normalny, później jednak wytwarza się nieżyty pęcherza w rozmaitym stopniu. W większej części nowotworów rzadko bardzo spostrzegać się dają w moczu strzępki oddzielone od masy guza, a najczęściej ten objaw ma dopiero miejsce w późniejszym okresie trwania raków, przy czem mocz jest mętny, brudny i nadzwyczaj cuchnący. W naszym przypadku zaraz po zbadaniu cewnikiem dostrzegliśmy wydzielone strzępki, które już na oko stwierdziły rozpoznanie obecności oraz natury narośli. W szpitalu NECKER'a chory oddał przez cewkę dobrowolnie przy urynowaniu kawał guza, ważący 85 grm. Skoro cząstki narośli i skrzepy krwi dłużej przebywały w pęcherzu, spostrzegamy często po wydzieleniu ich z moczem, iż są pokryte kryształkami różnych soli, jak moczanów, a zwłaszcza szczawianów. Objaw ten spostrzegliśmy u naszego chorego, jako prawie stały, na tydzień przed operacją.

W niektórych przypadkach nowotworów pęcherzowych spostrzegano objaw charakterystyczny krzepnięcia galaretowatego moczu w kilka minut po wypuszczeniu z pęcherza. Objaw ten pierwszy zauważył GUERSANT i nazwał go *fibrinuria*, a później potwierdzili to GUYON i ULTMANN. Taki mocz obserwowano zwykle u chorych przy gwałtownem parciu i bólach, prowadzących nawet do zatrzymania moczu. Krzepnięcie pochodzi od znacznej ilości włókniaka, który pod wpływem kontrakcyi mięśniowych pęcherza przesiąka ze surowicą krwi przez cieniutkie ściany naczyń, w kosmkach narośli rozgałęzionych.

Katar pęcherza prędzej lub później przyłącza się do grupy objawów nowotworów pęcherzowych: powstaje on wcześniej samodzielnie, zwłaszcza przy guzach z infiltracją ściany pęcherza na szerokiej przestrzeni czyli rakach. Przy nowotworach szypułkowatych występuje znacznie później, a obfite i częste krwawienia przyspieszają nieżyty. Często również wywołuje się go przez wprowadzenie do pęcherza narzędzi nieczystych. Pod tym względem chirurg niepowinien być nigdy dość ostrożnym, gdyż najmniejsze zaniedbanie odbija się zaraz na pogorszeniu stanu chorego.

Ból jako objaw pierwotny nowotworów należy do wyjątków. W naroślach szypułkowatych, a nawet rakach infiltrowanych objawia się bardzo późno, albo w następstwie powstałego nieżyty pęcherza, albo też skoro przekroczy pęcherz i zaatakuję sąsiednie narządy. Pod tym względem GUYON zbija zupełnie zdanie THOMPSON'a, jakoby ból stanowił objaw pierwotny guzów pęcherzowych. Najczęściej chorzy doznają poraż pierwszy bólu przy zatrzymaniu moczu, spowodowanem przez krzepnięcie krwi przy obfitszych krwotokach.

Następne zaś zależą już od nieżyty pęcherza, który przy obszernych nowotworach, zwłaszcza w stanie rozpadu, spotyka najprzyjaźniejsze warunki do rozwoju mikrobów w rozłożonych skrzepach krwi oraz zagłębieniach owrzodzeń. Nieżyty te pęcherza i towarzyszące im bóle są nadzwyczaj uparte i dokuczliwe dla chorych; niestety! leczenie ich przedstawia nadzwyczajne trudności, gdyż przestrzykiwania sprawiają wielkie cierpienie z powodu trudnego rozciągania ścian i dlatego GUYON o wiele lepsze miał skutki zapomocą wkraplań. W wielu razach cierpienia są tak gwałtowne, iż jedyną drogę ulżenia im stanowi przecięcie pęcherza.

Zaburzenia w oddawaniu moczu polegają na zatrzymaniu moczu (*retentio*) lub też oddawaniu mimowolnem (*incontinentia*). Zatrzymanie najczęściej spowodowane bywa przez skrzepy krwi, lub też skoro sam nowotwór, powstały w bliskości szyi pęcherza, rozrastając się, zamyka otwór pęcherza. Dość często następuje zatrzymanie wskutek wsunięcia się do szyi pęcherza, a nawet do cewki miękkich brodawczaków (*papilloma*), osadzonych na długich, cienkich szypułkach. Trafia się czasem, że po zupełnem zamknięciu otworu pęcherza część nowotworu przechodzi w rozpad, kawałki jego wychodzą przez cewkę nazewnątrż i zatrzymanie ustaje, podobnie jak to bywa przy rakach kiszki stolcowej. Widocznem jest z powyższego, że zatrzymanie moczu może być zupełnem lub częściowem.

Odpływ mimowolny (*incontinentia*) następuje wtedy, skoro zupełne zamknięcie zwieracza jest niemożliwe wskutek degeneracyi pewnej części jego lub też, co ma miejsce u kobiet, jeśli brodawczak o długiej szypule wysuwa się przez cewkę nazewnątrż, niepozwalając na zupełne zamknięcie zwieracza.

Po zbadaniu wszystkich objawów wyżej wymienionych, przystępujemy do badania fizycznego, które po skombinowaniu z pierwszymi doprowadza nas dopiero do postawienia możliwie ścisłej dyagnozy. Do tego celu służą nam: kateteryzacja, obmacywanie przez odbytnicę i ścianę brzuszną, badanie palcem wnętrza pęcherza i badanie wnętrza pęcherza przy oświetleniu (*cystoskopia*).

Kateteryzację najlepiej uskutecznić zapomocą pręcika z oliwką na końcu (*explorateur à boule*) tudzież cewnika elastycznego, a wyjątkowo tylko cewnikiem metalowym. Pręcik zakończony oliwką daje nam dokładne pojęcie o stanie cewki, o długości prostaty, a nadto o pojemności i wrażliwości pęcherza. Cewnik kauczukowy ma tę wyższość nad metalowym, iż mniej drażni ściany pęcherza, a zwłaszcza nie sprawia przez obtarcie i dotknięcie nowotworu tak łatwo występującego krwawienia. GUYON w ogóle unika cewnika metalowego przy badaniu nowotworów, dowodząc, iż bardzo łatwo nawet przy łagodnej manipulacyi można wywołać obfite krwawienie, zwłaszcza przy naroślach o miękkiej mocno unaczynionej, budowie jak *papilloma*. O tej prawdzie przekonałem się u mego chorego, gdyż po najlżejszem badaniu zaczął mocno krwawić i krwawienie to utrzymywało się aż do samej operacyi. Tymczasem zapomocą cewników miękkich G-a osiąga się wszystkie dane potrzebne; wyjątek tylko bywa wtedy, skoro guz jest twardy o szerokiej podstawie i nieskłonny do krwawienia, albo też gdy pęcherz wypełniony jest dużemi skrzepami, których nie można usunąć cewnikiem miękkim, aby mieć płyn czysty do badania cystoskopem. Wreszcie cewnik metalowy może być stosowany w razach, gdzie podejrzujemy obecność kamienia, chociaż nieraz pod tym względem popełniano błędy, biorąc, tak często przytrafiające się w późniejszych okresach raków, inkrustacje za kamienie. Przy wprowadzaniu

cewników trzeba jak najsurowiej przestrzegać dezynfekcji cewki moczowej, gdyż najmniejsze pominięcie tej ostrożności wywołuje katar pęcherza, które upartem trwaniem z parciem i bólem bardzo zgubnie na stan ogólny działają.

Obmacywanie przez odbytnicę pozwala niekiedy rozpoznać obecność nowotworu pęcherza, zwłaszcza, jeśli tenże wpłynął na zgrubienie ścian (*infiltratio*), guzy zaś miękkie, chociażby znacznej wielkości, nie dadzą się tą drogą wyczuwać. Jeszcze mniejszego znaczenia jest obmacywanie pęcherza przez ścianę brzuszną po nad kością łonową. Dopiero połączenie obu sposobów, obmacywanie dwuręczne może wydać w pewnych razach pożądane rezultaty, trzeba atoli przedtem, aby pęcherz i odbytnica były należycie wypróżnione, a prostata niebardzo zwiększona, gdyż wtedy palec nie jest w stanie po za nią sięgnąć.

Badanie palcem wnętrza pęcherza w celu dyagnozy nowotworów głównie wykonywał i zalecał THOMPSON zapomocą cięcia krocowego. Niestety przekonano się, iż przy obfitej tkance tłuszczowej lub przeroście prostaty koniec palca nie był w możności dosięgnąć choćby szyi pęcherza, a w wypadkach nawet sprzyjających tylko część przyległa szyi mogła być zbadana, skutkiem czego trafiło się, iż nieraz pominięto obecność nowotworu, a naodwrot dyagnozowano go tam gdzie nie istniał. Wobec tak ułatwionej dziś dyagnozy guzów pęcherza zapomocą symptomatologii, metoda THOMPSON'a straciła wszelką rację bytu.

Badanie palcem wnętrza pęcherza u kobiet pierwszy wprowadził SIMON przy pomocy stopniowego rozszerzania cewki pod chloroformem.

Badanie to daje dobre pojęcie o obecności nowotworu w pęcherzu, ale ma także i stronę niedogodną, gdyż po tak znacznem rozciągnięciu cewki, chore cierpią dotkliwy ból przez czas długi, a nadto pozostaje mimowolny odpływ moczu nieraz przez kilka miesięcy. Dla tego też GUYON zaprzestał posługiwać się tą metodą, dowodząc, iż w obec łatwości zbadania pęcherza kobiet cystoskopem niegodzi się narażać chorych na tak przykre następstwa. Wyjątek stanowi chyba zastosowanie tej metody do wyluszczenia małych narośli szypułkowatych.

Badanie w zrokiem pęcherza zapomocą oświetlenia jego wnętrza przez wynalezione w tym celu przyrządy, stanowi prawdziwą epokę w udoskonaleniu dyagnostyki chorób pęcherza a szczególnie nowotworów. Pierwsze zastosowanie praktyczne w tym celu należy się DÉSORMEAUX, którego endoskop zbudowany w 1853 r., a powoli udoskonalony, pozwolił obejrzeć cewkę i ograniczone punkta wnętrza pęcherza. Zbyt słabe jednak oświetlenie nie mogło nadać przyrządowi temu znaczenia praktycznego i dopiero przez zastosowanie światła elektrycznego wspólnie z urządzeniem szkieł powiększających udało się NITZEMU zbudować przyrząd nazwany cystoskopem, który okazał się prawdziwie genialnym do celów dyagnostycznych. Od chwili rozpowszechnienia się tego narzędzia, powstała nowa nauka Cystoskopia, która wywarła wpływ stanowczy na wyświeślenie wielu zjawisk patologicznych w organach moczowych, pozwalając udoskonalic zebrane na innej drodze spostrzeżenia, a nadewszystko rozstrzygnąć w zawitych przypadkach wątpliwości i wskazać stanowczo źródło, siedlisko oraz naturę choroby. Niepodobna mi w niniejszej pracy zająć się opisem samych narzędzi jak również sposobu ich użycia, ograniczę się przeto do wymienienia okoliczności, w jakich cystoskop okazuje się niezbędnym środkiem rozpoznawczym, a kiedy jest zbyt cennym lub szkodliwym.

Ile razy mamy objawy wskazujące obecność nowotworów pęcherza, zanim wydamy stanowczy sąd o ich siedlisku, powinniśmy, niepolegając na jednym symptomie, starać się upewnić o tem zapomocą wszelkich znanych nam sposobów badania, pamiętając, iż pojedynczy, choćby najważniejszy objaw, może w danym razie w błąd wprowadzić. Szczególniej mamy tu na uwadze trudności w rozróżnieniu źródła krwawienia, przy małych naroślach w nerkach. Jak liczne doświadczenia wykazują, możemy mieć hematuryę ze wszelkimi objawami pochodzenia pęcherzowego i dopiero badanie cystoskopem, starannie powtarzane, może nas przekonać o wypływaniu krwi z otworu moczowodu. Zdarzały się przypadki najbieglejszym specjalistom, iż dyagnozowano nowotwór pęcherza, gdy przy operacji dopiero spostrzeżono, iż źródłem cierpienia były nerki. Tylko więc kombinowanie wszystkich objawów oraz zastosowanie wszelkich sposobów badania może w danym razie ustrzedz od błędu a nadewszystko sprawdzanie cystoskopem niepewnych wrażeń fizycznych usuwa wszelkie wątpliwości i wyjaśnia położenie.

Przeciw wskazanie do użycia cystoskopu stanowią przypadki gdzie: 1) nowotwór jest tak wyraźny lub rozległy, że badanie cystoskopem jest zbyt techniczne, gdyż niedostarczyłoby nam żadnych nowych danych a rozdrażniłoby tylko chorego; 2) gdzie pęcherz jest bardzo drażliwy, skurczony i nie znosi rozciągnięcia większą ilością płynu, konieczną do badania cystoskopem; 3) gdzie krwawienie jest ciągłe i tak obfite, iż niemożna mieć odpowiedniej przezroczystości płynu do chwytania obrazów; 4) gdzie wprowadzenie cystoskopu, drażniąc szyję pęcherza, pobudza skurcze i krwawienie.

Zapoznawszy się ze wszystkimi objawami nowotworów pęcherza, tak subiektywnymi jak zdobytymi przez znane nam sposoby badania, zastanowić się musimy nad dyagnostyką różniczkową nowotworów od innych chorób pęcherza, nerek lub organów otaczających.

Przy przerostie prostaty, chroniczny katar pęcherza może w niektórych przypadkach być przyczyną dłużej trwającego krwawienia z moczem i to bez wszelkiego bólu. Badanie jednak palcem przez odbytnicę wykaże nam znane kształty gruczołu, a wprowadzając cewnik, często doznamy trudności, pierwsze zaś krople moczu zawierać będą najwięcej krwi. Obok tego mamy objawy atonii pęcherza i odpowiednio do tego zmiany w systemie naczyń całego organizmu zwykle w wieku późniejszym. Przy zachowaniu jednak spokoju, przemycaniu, regularnem wypuszczaniu moczu stan ten łatwo się poprawia, w razach zaś więcej wątpliwych cystoskop rozstrzygnie.

Rak prostaty rzadko wywołuje hematuryę obfitszą, podobną jak przy guzach pęcherzowych, chyba że rozszerzy się na ściany pęcherza. Często krwawienie występuje w późniejszym trwaniu raka, skoro inne objawy wykazały jego obecność. Krwawienie cechuje się nieraz obecnością skrzepów podługowatych, przedstawiających odlewy części prostatycznej cewki, a przy wprowadzeniu cewnika krew najpierw dostaje się do otworu jego i wypływa z pierwszymi kroplami moczu, gdy reszta jest bezbarwną. Badając przez odbytnicę wyczuwamy palcem masę wielką, twardą, nierówną a często wyczuwać możemy powiększone gruczoły wewnątrz miednicy. Chorzy w późniejszym okresie doznają silnych bólów w okolicy krzyża i pachwin.

Przy obecności kamieni w pęcherzu krwawienie z moczem występuje głównie przy ruchu, jeździe i ustaje po pewnym spoczynku. W razach wątpliwych badanie cewnikiem metalowym rozstrzyga kwestyę. Bywają jeszcze rzadkie bardzo przypadki guzów inkrustowanych, które dotykane cewnikiem

metalowym, mogą chirurga w błąd wprowadzić; wątpliwość tę jednak możemy łatwo rozstrzygnąć, badając cewnikiem przy zmianie pozycji chorego, gdyż guz inkrustowany pozostaje na jednym miejscu.

Katar tryprowy ostry z krwawym moczem łatwo rozróżnić od nowotworów przez uważne ocenienie przyczyn i porządku objawów w rozwoju choroby. Skoro jednak przy przewlekłym tryprze bez wyraźnego odpływu wystąpią objawy ostrego kataru z silnym parciem, bólem i obfitszem krwawieniem, które uparcie powtarzają się, rozpoznanie może się stać trudnem, zwłaszcza jeśli sprawa zapalna przeniesie się do tkanki otaczającej pęcherz (*pericystitis*) i badanie palcem przez odbytnicę wykaże nam zgrubienie pęcherza. Tego rodzaju przypadki, jakkolwiek rzadko, zdarzają się i stanowią niezmierną trudność dyagnostyczną. GUYON w podobnych okolicznościach zrobił cięcie nadłonowe i przy badaniu otwartego pęcherza znalazł tak rozwinięte patologicznie brodawki na błonie śluzowej, iż nie był w stanie na razie orzec, z czem ma do czynienia.

W takich razach należy bardzo pilnie wypytać chorego o anamnezę, dowiedzieć się, czy był katetyzowany i w jakim porządku występowały objawy. Zwykle bowiem najprzód występuje parcie, ból i objawy kataralne a później dopiero krew z moczem. Badanie przez odbytnicę wykaże nam wprawdzie zgrubienie pęcherza, ale na znacznej przestrzeni i jednostajne bez żadnych większych nierówności. Wreszcie badanie moczu przy niektórych nowotworach pokaże nam obfitość komórek nabłonkowych, a czasem strzępki narośli, gdy tymczasem przy katarze pęcherza dużo śluzu, ciałek ropnych oraz mikrobów. Gonokoków w tych przypadkach niespotykano wcale, a wszelkie kultury pozostały bez rezultatu.

Przy gruźlicy pęcherza bywają krwawienia, objawy kataralne, owrzodzenia i zgrubienia ścian, wzbudzające podejrzenie nowotworów. Dla rozpoznania charakteru choroby pamiętać należy, iż bardzo często mamy równocześnie zajęcie przyjądrzy, prostaty, pęcherzyków nasiennych a nawet i nerek. Krwawy mocz występuje w początku choroby, trwa uporczywie, lecz ilość krwi jest niewielka, a jednocześnie mamy zawsze częste oddawanie moczu, czego niebywa w początkowym okresie nowotworów. Ze wszystkich organów stosunkowo najczęściej są zajęte pęcherzyki nasienne. Miałem sposobność przekonać się o tem u chorego, który przed 2 laty przybył w m. Marcu porazić się z powodu pokazywania się krwi z moczem oraz częstego urynowania, połączonego z bólem w głębi kanału. Znalazłem u niego gruźlicze zajęcie przyjądrza prawego, a przy badaniu przez odbytnicę bardzo powiększony, twardy i bolesny przy pociskaniu pęcherzyk nasienny z tej samej strony. Chory leczyl się oddawna na krtań i katar oskrzeli. W m. Sierpniu zaczął gorączkować stale, objawy ze strony pęcherza pogarszały się ciągle, wreszcie utworzył się ropień w kroczu, po przecięciu którego cała ilość moczu odpływała przez zrobiony otwór. Pacjent umarł wkrótce potem przy objawach ostrej gruźlicy w płucach.

Trudność rozpoznania może być wtedy, jeśli bez zajęcia gruźliczego wymienionych organów mamy obfite krwawienie z moczem, występujące dobrowolnie u ludzi stosunkowo zdrowych; w podobnych razach uciekać się należy do pomocy mikroskopu, dla wyszukania laseczników lub, gdy ich nie ma, do szczepienia osadu uryny zwierzętom, jak to radzi ALBARRAN. Pamiętać jednak należy, że nawet ujemne wyniki badania pod mikroskopem lub szczepienia nie upoważniają nas do wniosku, iż w danym razie nie mamy do czynienia z gru-

żlicą. W wątpliwych przypadkach zbadać winniśmy dane dziedziczne, anamnezę a w ostateczności uciec się do cystoskopu.

Owrrzodzenia pęcherza mogą niekiedy dawać powód do krwawienia dobrowolnego, powtarzającego się podobnie jak przy nowotworach pęcherzowych. Chociaż większą część dawnych opisów owrrzodzeń podciągnąć należy pod rubrykę gruźlicy, to jednak GUYON przytacza chorego, który miał wszelkie objawy *haematuriae terminalis* bez wyraźnego powodu i objawów kataralnych. Zrobiwszy cięcie nadłonowe, znalazł dwa małe owrrzodzenia na dnie pęcherza z brzegami zgrubiałymi i dnem ziarniną pokrytem, wypalił je termokauterem i chory wyzdrowiał.

Żyłaki pęcherza mocno rozwinięte spotykają się samoistnie lub też towarzyszące chronicznym katarom pęcherza lub nowotworom. Żyłaki wywołujące krwawienia podobne nowotworom mogą być wysledzone tylko cystoskopem, gdyż wymienione przez autorów istnienie jednoczesne żyłaków sznurka nasiennej, kończyny dolnej lub guzów hemoroidalnych, niewystarcza do wytlomaczenia źródła hematuryi w danym przypadku.

Mocz krwawy w gorącej strefie zależy, jak to opisali BILHARZ, WUCHERER i HARRISON, od gatunku pasorzyta bardzo upowszechnionego w Egipcie, Brazylii i Antyllach. Charakter takiego krwawienia poznaje się pod mikroskopem.

Haematoma anteuterinum może imitować objawy nowotworu pęcherza, jak to cytuje ALBARRAN na zasadzie dwóch obserwacyi w szpitalu NECKER'a. W jednym przypadku chora oddawała mocz krwawy z domieszką ropy przy silnych bólach i ogólnem wyniszczeniu. Badanie dwuręczne wykazywało twardą masę z tyłu pęcherza. Przy sekcyi znaleziono między pęcherzem a macicą jamę o twardych ścianach, wypełnioną krwią ze skrzepami, komunikującą zapomocą małego otworu z pęcherzem. Naokoło otworu były liczne brodawki polipowe.

W drugim przypadku znajdowało się ognisko ropne naokoło pęcherza, otwierające się do niego. Przez cystoskop można było ujrzeć otwór, z którego za pociskaniem okolicy nadłonowej wypływała ropa z krwią do pęcherza. W podobnych zatem przypadkach cystoskop wykaże nam źródło krwawienia.

(D. n.)

Z oddziału wewnętrznego prymaryusza E. NEUSSERA w Szpitalu RUDOLFA w Wiedniu i z kliniki terapeutycznej prof. STOLNIKOWA w Warszawie.

Kilka słów o badaniu klinicznem krwi.

Skreślił Stanisław Klejn.

Ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zobacz Nr. 23).

Na tem jednak nie kończy się jeszcze znaczenie leukocytozy dla klinicysty. Jeżeli bliżej przyjrzymy się owym komórkom, które złożyły się na wytworzenie leukocytozy, to przekonamy się, że ilościowy stosunek opisanych wyżej postaci leukocytów zmienia się, i to rozmaicie przy rozmaitych stanach chorobowych. Bardzo często zdarza się, że powiększona jest ilość względna i bezwzględna komórek wielojądrowych t. j. neutrofilowych, przyczem inne rodzaje są ilościowo zmniejszone; niekiedy znów widzimy, że stosunek wieloją-

*

drowych do jednojądrowych wcale się nie zmienił, a zwiększyła się tylko w równym stopniu ilość obu tych rodzajów; często się także zdarza, na co mniej dotychczas zwracano uwagi, że leukocytoza zależy w znacznym stopniu od zwiększenia się ilości jednojądrowych dużych lub małych leukocytów; zdarza się wreszcie i tak, że razem z przewagą jednej ze wspomnianych postaci, albo nawet bez tego, występuje zwiększenie się ilości komórek eozynofilowych. Jak widzimy więc, rozdrabnia się leukocytoza na kilka rozmaitych postaci, których skonstatowanie, jak to zobaczymy, ważne nam może dać wskazówki do rozpoznania. Nie wystarcza zatem obecnie skonstatowanie leukocytozy, należy zawsze przytem dodać, jaką ona jest, t. j. jaki rodzaj leukocytów złożył się na jej wytworzenie; jeżeli zaś istnieje zmniejszenie ilości leukocytów (leukopenia), to wiedzieć należy, jakie mianowicie w mniejszej ilości się zjawily.

Z samego jednak określenia stosunku ilościowego rozmaitych leukocytów nie można jeszcze wnioskować o przewadze pewnej postaci. Do tego niezbędnem jest jednocześnie określenie absolutnej ilości każdej postaci w 1 milim. sześć. krwi. Może się bowiem zdarzyć, że znalazłszy, dajmy na to, 2% komórek eozynofilowych, a nie znając absolutnej ich ilości, będziemy cyfrę tę uważali za normalną, kiedy tymczasem ilość komórek eozynofilowych w 1 mil. sześć. może wynosić 200—400—600, zależnie od tego, czy ilość leukocytów jest normalną lub też 2 albo 3 krotnie zwiększoną. Nieuwzględnienie okoliczności tej jest właśnie przyczyną, dlaczego w dotychczasowych danych hematologicznych istnieją tak rażące sprzeczności; nie byłoby ich, gdyby każdy, badający krew, obok cyfry procentowej podawał i absolutną, a jeszcze lepiej ogólną ilość leukocytów w 1 mil. sześć.

Rozejrzyjmy się więc teraz, w jakim stosunku znajdują się rozmaite postacie leukocytozy do spraw chorobowych.

Najczęstszą jest leukocytoza zależna od powiększenia ilości neutrofilowych komórek, czyli t. zw. leukocytoza neutrofilowa. Postać ta, o ile dotychczasowe nieliczne badania¹⁶⁾ wykazały, występuje przy wyliczonych wyżej chorobach zakaźnych, a więc przy zapaleniu płuc włóknikowym, przy zakażeniu krwi septycznem, przy róży, przy zapaleniu opłucnej i wogóle błon surowiczych, przy gościecu, szkarlatynie, oraz przy nowotworach. Co się tyczy tych ostatnich, to przewaga neutrofilowych leukocytów istnieje nawet w tych przypadkach raka, gdzie leukocytozy wcale nie ma,—okoliczność, która niejednokrotnie może stanowić cenną wskazówkę przy wykluczeniu innych cierpień o podobnym obrazie klinicznym.

To samo zdarza się w tych przypadkach zapalenia płuc, które przebiegają bez wyraźnej leukocytozy. W wielu przypadkach leukocytozy neutrofilowej ilość przeważających leukocytów dochodzi do znacznych rozmiarów, nieraz przeszło 95%, jest to zatem powiększenie bezwzględne; inne formy są w tym samym stosunku zmniejszone, co nie wyklucza jednak możliwości pewnych wahań, jak to zobaczymy, i w ich stosunku ilościowym.

Na drugim miejscu postawić należy leukocytozę zależną od powiększenia ilości małych komórek jednojądrowych, czyli t. zw. limfocytozę. Jestto dziedzina mało jeszcze obrobiona i dalsze badania byłyby bardzo pożądane, temwięcej, że na dotychczasowy materiał złożyły się spostrzeżenia więcej dorywcze, a jednak postać ta leukocytozy, jakem się wielokrotnie przekonał, jest ściśle związaną z pewnymi cierpieniami, albo też z pewnym okresem danej

¹⁶⁾ Rieder. Loc. cit.; Einhorn. Loc. cit..

choroby. Z zanotowanych po dziś dzień spostrzeżeń okazuje się, że ilość limfocytów bywa zwiększoną normalnie u kobiet w okresie karmienia piersią (OSTROGORSKI), dalej przy anemii złośliwej¹⁷⁾ (EHRlich, RIEDER), przy krzywicy (RIEDER), krwawiących (NEUSSER), przy gruczolakach szyi, żołądka, przymiocie (BIEGAŃSKI¹⁸⁾, RILLE¹⁹⁾, przy *lymphodermia pernicioza* (NEUSSER), przy guzach śledziony, oraz, jakem się niedawno przekonał, przy wolu, chorobie BASEDOW'a i przy niektórych postaciach zapalenia nerek.

Zdarzają się prócz tego przypadki, gdzie leukocytozy wcale nie ma, albo nawet ilość leukocytów jest zmniejszona, a gdzie jednak ilość limfocytów bywa znacznie powiększona. Na pierwszym miejscu postawić tu należy tyfus brzuszny (CHETAGUROW), w którym przy zmniejszonej ogólnie ilości leukocytów, ilość limfocytów zwiększa się nieraz do 50%; objaw ten występuje zwykle w drugim tygodniu choroby. Limfocytozę spostrzegamy także w tych przypadkach błednicy, które przebiegają bez leukocytozy, a także przy niedokrwistości złośliwej (RIEDER), w której, jak wyżej wspomniałem, ilość leukocytów krwi bywa nieraz znacznie zmniejszoną. Zaznaczyć jednak należy, że skoro tylko w przypadkach, gdzie nie ma leukocytozy, albo też tam, gdzie istnieje limfocytoza, zjawi się jakieś powikłanie, które samo przez się powoduje leukocytozę neutrofilową, obraz natychmiast się zmienia; otrzymujemy wtedy leukocytozę neutrofilową. O fakcie tym trzeba zawsze pamiętać i uwzględnić go przy rozpoznaniu.

Zdarzają się niekiedy przypadki, gdzie ilość dużych limfocytów jest do tego stopnia powiększona, że przy przeglądaniu preparatów rzadko bardzo się natrafia na małe limfocyty. Widać to normalnie u małych dzieci, ze stanów zaś patologicznych: w końcowym okresie szkarlatyny, oraz przy zapaleniu płuc włóknikowym, jeżeli kryza się opóźnia. Prócz tego znajdujemy limfocytozę wielkokomórkową przy *anaemia infantum pseudoleucaemica* (ALT i WEISS²⁰⁾, przy krzywicy (RIEDER), przy przymiocie (RILLE), ospie i odrze (FELSENTHAL), oraz, jakem to niejednokrotnie widział, przy wolu, oraz chorobie ADDISON'a.

We wszystkich tych cierpieniach spostrzegamy jednocześnie i powiększenie ilości komórek przejściowych; powiększenie to, o ile dotychczas widziałem, towarzyszy zwykle powiększeniu ilości dużych komórek jednojądrowych.

Wspomnieliśmy przed chwilą, iż u dzieci już normalnie istnieje we krwi limfocytoza. Należy zatem obecnie rozejrzeć, do jakiego ona stopnia dochodzi, ażeby być w stanie ocenić dane patologiczne. U dzieci nie ma przewagi neutrofilowych komórek; ilość ich wynosi w pierwszym roku życia 28—40%, przewagę za to mają limfocyty, których ilość wynosi 50—60% wszystkich leukocytów (GUNDOBIN²¹⁾. W następnych latach stosunek ten stopniowo się

¹⁷⁾ Verhandlungen des XI Congresses für innere Med. Centralbl. f. kl. Med. 1892. Nr. 25. (Beilage).

¹⁸⁾ W. Biegański. Ueber die Veränderungen des Blutes unter dem Einfluss von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 1892. H. 1.

¹⁹⁾ Rille. Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen. Verhandl. des II internat. Congr. f. Dermat. u. Syphilis in Wien.

²⁰⁾ M. Alt. und J. Weiss. Anaemia infantum pseudoleucaemica. Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 1892. Nr. 24 i 25.

²¹⁾ Loc. cit.

zmienia w ten sposób, iż ilość neutrofilowych wciąż się zwiększa, ilość zaś limfocytów zmniejsza się. Zmiana ta zaczyna się od 3-go roku i trwa do 10-go, w którym to czasie krew dzieci niczem się już nie różni od krwi dorosłych. Rzecz jasna, że w przypadkach, gdzie u dorosłych występuje leukocytoza neutrofilowa, tam u dzieci otrzymamy cyfry bardzo zbliżone, albo nie wiele przewyższające cyfry u normalnych dorosłych osobników. Z drugiej za to strony, rozpoznamy limfocytozę u dzieci dopiero wtedy, gdy ilość limfocytów dojdzie przynajmniej do 70%.

Nad wahaniami w ilości innych wyżej wyliczonych przezemnie leukocytów nie będę się długo zatrzymywał, gdyż bardzo mało posiadamy o nich danych. Zauważę to tylko, iż ilość t. z w. cieni neutrofilowych bywa stale powiększoną w tyfusie, oraz, jakem się przekonał, u schyłku niektórych wycieńczających chorób, np. przy raku, dalej w końcowym okresie zapalenia płuc, po przejściu reakcji wywołanej przez tuberkulinę (BOTKIN²²), i wogóle w końcu każdej ostrej leukocytozy neutrofilowej. (D. c. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 Czerwca r. b.

Kilka uwag o raku żołądka.

Kol. CHEŁCHOWSKI odczytał zebrane przez się dane statystyczne, dotyczące raka i wrzodu żołądka, obok uwag o etyologii, przerzutach, rozpoznawaniu oraz stosunku do suchot płucnych danego cierpienia.

Gdy w Zachodniej Europie statystyka sekcyjna podaje 2% raków żołądka, 5% zaś wrzodów żołądka, cyfry zebrane przez kol. Ch. z protokółów warsz. prosektoryum wykazały 4% raka żołądka i 1% wrzodu żołądka (na 3791 sekcji). W księgach szpitala Dz. Jezus w przeciągu 5 lat wrzód żołądka notowano tylko 6 razy, gdy rak żołądka, rozpoznawano przeciętnie 18 razy corocznie (na 6600 chorych rocznie). W szpitalu Ś-go Ducha w ciągu lat trzech corocznie rozpoznawano rak żołądka 12, wrzód 2—3 razy (2550 chorych rocznie). W wykazach ogólnej śmiertelności Warszawy wrzód żołądka, jako przyczyna śmierci, podawany bywa corocznie przeciętnie 8 razy. Z powyższych danych przychodzi kol. Ch. do wniosku, że u nas przynajmniej w praktyce szpitalnej wrzód żołądka znacznie rzadziej się spotyka, niż rak.

Rozważając stosunek raka żołądka do wieku chorych, kol. Ch. na podstawie 148 przypadków raka (sekcyjnych) przychodzi do wniosku, że stosunek ten, albo usposobienie do danej choroby w oddzielnych dziesiątkach lat wieku chorych przedstawia się jak 0 : 0 : 0,1 : 0,75 : 2,6 : 4,2 : 6,4 : 8,5; w pierwszych więc dwóch dziesiątkach nie widzimy raka wcale, następnie liczba stale wzrasta, dosięgając *maximum* w 8dziesięcioleciu życia.

W rachunku powyższym kol. Ch. stale uwzględniał stosunek liczby chorych do ogólnej liczby żyjących w tym samym wieku (co i odnośni chorzy) w danej miejscowości.

W tenże sam sposób przeprowadzona przez kol. Ch. statystyka dotycząca częstotści zachorowań na suchoty płucne w oddzielnych dziesiątkach lat wieku człowieka, a osnuta na dygnozach zapisanych w księgach szpitalnych Dz. Jezus i Św. Ducha za lat kilka, wykazała stosunek 0 : 0,1 : 0,32 : 1,36 : 1,75 : 1,84 : 1,83 : 2,1 : 2,1.

Co się tyczy etyologii raka żołądka, w przeglądzie kol. Ch. nie brakło danych, któreby upoważniały do przypuszczenia, że raki żołądka powstawać mogą z polipów. W 9 przypadkach spotykał kol. Ch. obok raka dużo polipy w żołądku, które trudno było przyjmować za wtórny rozrost towarzyszący rakowi (*gastritis polyposa*), raz rak żołądka osadzony na szypule, 4 przypadki 2 pierwotnych raków obok siebie istniejących

²²) S. Botkin. Hämatologisches Untersuchungen bei Tuberkulininjectionen. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 15.

w żołądku, wreszcie przypadek owrzodzonego polipa żołądka, gdzie mikroskopowe rozpoznanie różniczkowe było bardzo trudne.

Przy rozpadających się rakach żołądka, masy zgorzelinowe przechodząc przez kiszkę, powodują tu mniej lub więcej poważne zmiany: począwszy od nieżyty, który towarzyszy rakowi żołądka zawsze, kol. Ch. notował owrzodzenia foliularne kiszek cienkich i grubych, dyzenteryę, błony krupowe, błoniec kiszek.

Z zakażeń wtórnych, posocznicy ani ropnicy kol. Ch. nie spotykał wcale, natomiast względnie często zjawiały się zapalenia błon surowiczych otrzewnej i opłucnej (niezależnie od przedziurawień lub rozsiania raka). Ropne zapalenie otrzewnej notowano 4 razy, opłucnej 2; surowicze lub surowiczo-włóknikowe zapalenie otrzewnej 6 razy, opłucnej 10. Zaznaczano oprócz tego 4 razy *gangraena pulmonum* oraz w pojedynczych przypadkach: *parotitis purulenta*, *gastritis phlegmonosa*, *endocarditis ulcerosa*, *ramollitio thrombi cordis puriformis*, *parametritis purulenta*, wreszcie raz *abscessus diaphragmae*, strzegany przez kol. Ch.

W dalszym ciągu przechodzi mówca do wniosku, że zgodnie z dawnymi poglądami choroby na raka żołądka posiadają poniekąd odporność na zarazek gruźliczy: w 21% przypadków zaznaczano wprawdzie zmiany gruźlicze w płucach, najczęściej jednakże w postaci małych i nielicznych ognisk *peribronchitidis fibrosae*.

Z innych powikłań zaznaczyć należy dość często występujące zmiany w nerkach, wady serca (10), zapalenie mięśnia sercowego (6), zapalenie płuc kachektyczne (13), stwardnienie aorty.

Co się tyczy przerzutów raka, zaznaczyć należy, że przy uogólnianiu się na otrzewną, najprzód i najczęściej ognisk zjawia się w dole DOUGLAS'a (5 razy); dwa razy zanotowano mnóstwo ognisk przerzutowych, prawie wyłącznie w kościach.

W końcu swej pracy kol. Ch. dodał kilka uwag, dotyczących przebiegu i rozpoznawania raka żołądka u ludzi młodych przed 30 r. życia. Wbrew twierdzeniom MATHIEU'go (rak żołądka w młodym wieku nie daje się rozpoznawać z przyczyny braku objawów żołądkowych, szybkiego przebiegu i t. d.), kol. Ch. wyszukał 4 przypadki wczesnych raków żołądka, gdzie zawsze objawy ze strony żołądka były bardzo wyraźne i przebieg długotrwały (1—2 lat). Wczesne obrzęki i bladeść wcale nie są właściwymi tylko rakom żołądka u ludzi młodych, i w starszym wieku występują tak samo. Ze często rak żołądka u ludzi młodych bywa nierozpoznanym, przypisać to tylko należy mniemaniu, że wiek młody znosi możliwość raka. Pomiędzy 45 a 60 rokiem życia nierozpoznano 30% przypad., poniżej i powyżej tego wieku 58%. W wieku młodym najczęstszą formą jest rak włóknisty (*scirrhus*), rzadziej mózgowaty.

Co do błędów rozpoznawczych, najczęściej widział kol. Ch. suchoty płucne (16), zapalenie nerek (16), nieżyt kiszek (11), marskość wątroby (7), notowane na kartach szpitalnych w miejsce raka żołądka, wykrytego na sekcji.

D y s k u s y a.

Pr. PRZEWOSKI dziękując kol. Ch. za przedstawioną pracę, zgadza się z wynikami tejże, dodaje tylko, że raz jeden widział na sekcji posocznice przy zgorzeli raka żołądka. Dla czego przy raku, połączonym często ze znacznym rozpadem i utratą tkanek, nie spotykamy zwykłych chorób przyrannych, objaśnić to trudno. Być może, że obfity rozrost komórek rakowatych odgrywa tu podobną rolę ochronną, jak tkanka ziarninowa.

Kol. DUNIN dziwi się, że w wykazach, zebranych przez kol. Ch., występuje tak mała liczba wrzodów żołądka. W swoim oddziale kol. D. corocznie widuje 3—5 przypadków wrzodu żołądka, w praktyce prywatnej jeszcze częściej, w każdym razie częściej niż raka żołądka. Co się tyczy etyologii wrzodu żołądka, kol. D. przypuszcza, że cierpienie to stoi w pewnym związku z nerwowymi cierpieniami żołądka, powodującymi zaburzenia w chemizmie i t. d. Rodzaj pokarmu także nie jest bez znaczenia: względnie często naprzykład spotykamy wrzód żołądka u wieśniaków.

Prof. KOŚŃSKI. Jakkolwiek posocznica ostra przy rozpadającym się raku należy do rzadkości, jednakże charłactwo rakowate, które nie jest niczem innym jak posocznicą przewlekłą, zdarza się bardzo często. Względna rzadkość zakażeń wtórnych przy raku żołądka objaśnić należy tem, że sok żołądka zmywa wydzieliny z powierzchni wrzodziejącej.

Kol. HEWELKE dodaje, że wielu nowszych statystyków potwierdza fakt występowania suchot płucnych w podeszłym wieku.

Kol. REJCHMAN. Nieżyt żołądka nie usposabia do powstawania raka, jest on raczej następstwem raka. Rak żołądka rozwija się odrazu, bez poprzedzającego okresu nieżytego. Tworzenie się wrzodu żołądka na tle nerwowem jest wątpliwe, natomiast zdarza się widzieć wymioty krwawe u histeryczek bez wrzodu żołądka.

Kol. GRUNDZACH. Wydzielina żołądka przy raku usposabia raczej do rozpadu tegoż, bynajmniej nie należy przypisywać jej własności dezynfekcyjnych. Rzadkość wrzodu żołądka w praktyce szpitalnej objaśniać należy wyleczalnością tegoż, wskutek czego chorzy, dotknięci wrzodem żołądka, rzadziej się udają do szpitala.

Kol. PRUSZYŃSKI protestuje przeciw zdaniu kol. REJCHMANA, jakoby rak żołądka występował tak raptownie. Małe raki żołądka, dając objawy tylko nieżytowe, przez bardzo długi czas mogą pozostać zupełnie nierozpoznanymi, nawet kwas solny jest w soku żołądkowym, dopóki nowotwór nie zacznie wrzodzić. Na gruncie czysto klinicznym rozpoznanie początku raka jest zupełnie niemożliwe. Wrzód żołądka spotykał kol. P. w klinice dość często.

Prof. BROWOŃSKI zwraca uwagę na włóknistą formę raka żołądka, która rozwija się niezmiernie powolnie, latami całemi, z początku skrycie, i zajmuje prawie cały żołądek, bez owrzdowień, ze stopniowem przejściem, w niezajętych częściach, w nieżytowo-rostowy błony śluzowej żołądka.

Wycięcie krtani.

Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego, u którego w roku 1889 w Kwietniu dokonano było połowiczne wycięcie krtani (strona prawa i przednia) z powodu nowotworu, który po wycięciu i dokonaniem badania mikroskopowem określony został jako rak. Chory po operacji wypisał się ze szpitala i mógł się zupełnie obchodzić bez rurki. We Wrześniu tegoż roku chory powrócił do szpitala z powodu regeneracji nowotworu na podstawie języka i prawej stronie gardzieli; wykonano *pharyngotomiam subhyoideam*. Nastąpiło zagojenie zupełne i chory do tego czasu ma się zupełnie dobrze; nie używa rurki i, co dziwniejsze, głos mu powrócił. Pozostała struna lewa przystosowała się do blizny ze strony prawej tak, że tworzenie się dźwięków stało się możliwem. Przy tej sposobności kol. SĘDZIAK objaśnił mechanizm głosu w danym przypadku.

Na temże posiedzeniu kol. CIĄGLIŃSKI przedstawił przypadek *paralysis agitans*, w którym zaczął stosować zalecane w takich razach, podskórne wstrzykiwania hioscyny; kol. BRUNNER okazał łatwo przenośny przyrząd zastępujący irygator, pomysłu D-ra VORSTETER'a z Białego Stoku; wreszcie kol. PRZYBOROWSKI przedstawił chorego po dokonanej laparotomii, wskutek ran postrzałowych brzucha: rzecz ta obszernie drukowana będzie w naszym piśmie.

KORESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

Sprawozdanie z XI Kongresu Towarzystwa Okulistycznego Francuskiego w Paryżu.

Doroczne zebranie Tow. Okul. Fran. otworzono zostało w dniu 1 Maja r. b. przez prof. PANAS'a, który w imieniu komitetu podziękował członkom za liczne prace nadesłane i za liczne zebranie się na kongres. Rzeczywiście program posiedzeń obejmuje przeszło 50 komunikatów, a liczbę członków zebranych można mniej więcej obliczyć na 100 osób, z Paryża, z różnych stron Francji i z innych krajów przybyłych.

Największą ciekawość budziła dyskusja nad dwiema kwestyami pierwszorzędnej wagi, o stanie których zdawali sprawę wybrani przez komitet na zeszłorocznem zebraniu referenci: NUEL i PARINAUD. Pierwszy z nich opracował referat p. t. O antyseptyce i aseptyce w operacjach wykonywanych na oczach. Praca ta rozesłana została członkom Towarzystwa zawczasu, by mogli się w niej rozzejrzeć i zredagować swoje uwagi, dotyczące się danej kwestyi.

Oto w krótkości treść pracy NUEL'a:

A. Zakres działania środków odkażających chemicznych. Dla zniszczenia drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się lub mogących się znajdować na polu operacyjnem, używamy najczęściej środków chemicznych, których własność odkażająca jest nieraz bardzo znaczna. Środek dany, weźmy za przykład choćby jeden z najsilniejszych, t. j. sublimat, inaczej zachowuje się wśród cieczy

o odczynie kwaśnym, inaczej wobec odczynu zasadowego, niekorzystnie wpływającego na zdolność odkażającą sublimatu, inaczej znowu wobec wolnego siarkowodoru, który niszczy zupełnie tę zdolność. Większość cieczy naszego organizmu posiada odczyn zasadowy, a więc sublimat wśród nich działa słabiej.

Z drugiej strony ciała białkowe, śluz i t. d., otaczające zwykle resztki tkanek i rozpad, które stanowią doskonale podłoże do rozwoju drobnoustrojów, stanowią mechaniczną zaporę działaniu sublimatu; równie jak tłuszcz, który chroni bakterie od działania tego środka. Wobec tego, należałoby względnie silniejszego używać środka przeciwnie działającego, niż wykazuje doświadczenie pracowni, ale taki silniejszy środek lub w silniejszym stężeniu użyty, działa drażniąco na łącznicę oka, wywołując wydzielinę śluzową, pomysłną dla drobnoustrojów, ale niepomysłną dla naszych celów—antyseptyki. Wobec tego wniosek jest nieunikniony, że absolutna aseptyka zapomocą środków odkażających chemicznych osiągniętą być nie może.

Pocieszającym jest za to, że w większości przypadków, szczególnie w chirurgii ocznej, zakażenie wywoływane bywa przez drobnoustroje o niewielkiej odporności względem środków odkażających: mamy tu bowiem najczęściej do czynienia z gronkowcem białym i żółtym. Z tymi tylko drobnoustrojami powinniśmy się więc liczyć i nasze postępowanie odkażające przeciwko nim skierować, nie biorąc w rachubę rzadkiej możliwości spotkania się z drobnoustrojem o większej odporności.

Mówiliśmy dotąd o tych własnościach tkanek, które odkażenie utrudniają; tkanki i ciecze posiadają jednak inne własności, które szkodliwość drobnoustrojów zmniejszają. W tkankach będzie to fagocytoza, ciecze zaś, z którymi się na naszym polu operacyjnym spotykamy, t. j. zły i ciecz wodna, działają chemicznie. Jeżeli więc ilość drobnoustrojów nie jest zbyt wielka, dzięki tej działalności tkanek nie będziemy mieli sposobności zauważenia nawet ich obecności, rana operacyjna tak się zagoi, jak gdyby w rzeczywistości była absolutnie aseptyczną. Od ilości drobnoustrojów zależy bardzo wiele, to też, choć nie jesteśmy w możności wyjaławiać oko przed operacją, to jednak możemy oczyścić je z tak znacznej ilości drobnoustrojów, że pozostałe nie będą już niebezpiecznymi.

B. Przed operacją ogólna kąpiel chorego może być nieraz potrzebna, ale głównie starania powinniśmy skierować na oko i jego najbliższe otoczenie. A więc skóra powiek i brzeg ich rzęsowy powinny być dokładnie wymyte mydłem dla usunięcia pokrywającego je tłuszczu, a następnie wielokrotnie przemywane środkami odkażającymi; worek łącznicowy powinien być starannie przemyty takim samym środkiem, przyczem szczególną uwagę należy zwracać na załamki. Co do wyboru środka odkażającego, to należy wybierać taki, którego siła odkażająca jest znaczną, a który przeto nie drażni łączniczy oka. Referent używa roztworu wodnego sublimatu w stosunku 1 : 2000, który według niego łącznicę nie drażni, ale przyznaje, że roztwór słabszy 1 : 3000 lub 1 : 5000, może być jeszcze bardzo dobrym antyseptykiem, szczególnie używany na ciepło. Równie dobrze mogą być: jodek rtęci w stosunku 1 : 2000, polecany przez PANAS'a, i cyanek rtęci (CHIBRET) 1 : 1500. Trójechlorek jodu w roztworze 1 : 500 do 1 : 2000, według PFLUEGER'a, zdaje się posiadać jednakową wartość. Być może, że wiele jeszcze innych środków dałoby się używać z korzyścią, pojedynczo, lub w połączeniu z innymi. W tym kierunku zwraca na siebie uwagę najnowszy antyseptyk *Phenosalyl* (CHRISTMAS). Kwas borny 4% ma za małe własności odkażające, choć BOURGEOIS chwali bardzo roztwór kwasu bornego w boraksie (kw. borny rozpuszcza się tu w stosunku 1 : 6). O pyoktaninie STILLING'a coraz mniej słychać.

Z chwilą rozpoczęcia operacji—sublimat nie powinien być więcej używanym. W razie potrzeby przemycia pola operacyjnego wystarcza wyjałowiony fizyologiczny roztwór soli kuchennej (6—7‰). Gąbki powinny być najzupełniej z użycia usunięte, tam gdzie oko jest otwartem, gdyż jest prawie niemożliwem wyjałowić gąbkę. Najlepiej służy do tego celu gaza odkażona, jako absorbująca ciecz lepiej nawet od waty od tłuszczzonej. O samej operacji powiedzieć można tyle tylko, że im równiejszym jest ciecicę w rogówce, tem łatwiej przystają do siebie brzegi rany, a więc i drobnoustroje trudniej dostać się mogą do rany i wnętrza oka; a każda nieprawidłowość w przebiegu operacji sprzyja zakażeniu. Osobiście, referent nie przyznaje wielkiej wagi płatowi łącznicowemu. Za to ważnem jest baczenie, by brzegi powiek, tak częste siedlisko drobnoustrojów, nie stykały się z brzegami ranki, a więc nie należy wywierać ucisku powieką na oko, dla wydalenia jądra i resztek istoty korowej. Liczba zwolenników prze-

mywania komórki przedniej, po dokonanej operacji zaćmy, zmniejsza się. Jeżeli jednak je robić, to należy używać do tego celu li tylko fizyologicznego roztworu soli kuchennej lub. kw. bornego, gdyż inne płyny, nie wyłączając wody wyjałowionej, szkodliwie wpływają na śródbłonek rogówki i mogą wywołać trwałe zmnienienia (NUEL). Po dokonanej operacji i osuszeniu jej pola zapomocą gazy wyjałowionej, Referent kładzie na obydwie oczy warstwę gazy i zakłada bandaż, nie zbyt mocno uciskający. Gazy napojonej różnorodnymi środkami przeciwnie, używać nie należy, ponieważ gaza ta posiada mniejszą zdolność wchłaniającą, a także wskutek obecności w niej gumy lub gliceryny może drażnić skórę. Zasypywanie jodoformu lub arystolu do oka jest głównie wskazanem tam, gdzie w bliskości pola operacyjnego istnieje ognisko ropne; w przypadkach prawidłowego stanu łącznicy jest zbyt czynnem, gdyż jakkolwiek jodoform zmniejsza wydzielinę i choć nie zabija ale osłabia zdolność rozmnażania się drobnoustrojów, za to obecność ciała obcego w worku łącznicowym wywołuje niekorzystne podrażnienie oka.

Na pytanie, kiedy należy zmieniać opatrunek, Ref. odpowiada opisem swego sposobu postępowania. W żadnym razie opatrunek nie jest zdejmowany przed upływem 48 godzin, a i wtedy nawet bardzo ostrożnie, w półcieniu, by uniknąć ściskania powiek w przypadkach światłowstrętu. Jeżeli opatrunek jest suchy a brzeg powiek nie przedstawia żadnych objawów podrażnienia, po lekkim przemyciu sublimatem o g r z a n y m brzegów powiek bez otwierania oka, opatrunek zakłada się na nowo, a oko otwiera się dopiero na 3 lub 4-ty dzień. Jeżeli zaś przy pierwszym opatrunku mamy wydzielinę dość znaczną a szczególnie jeżeli brzeg powiek jest obrzmiały, to, po należytem oczyszczeniu skóry i rzęs, ostrożnie oko otwieramy. W razie podejrzanego nacieczenia brzegów ranki, należy się uciec do zasypania jodoformu, a nawet do przyżegania termokauterem. Wszelkie te ostrożności jeszcze trzeba powiększyć, jeśli operowany znajduje się w warunkach nieprawidłowych, czy pod względem stanu ogólnego (cukrzyca, białkomoc), czy też z powodu sprawy o charakterze zakaźnym, szczególnie w sąsiedztwie oka. Tutaj na pierwszym miejscu postawić należy stan dróg łzowych, na które operator szczególnie się zwrócić powinien uwagę. Przy badaniu nie należy się ograniczać na wyciskaniu zawartości worka łzowego, ale należy przestrzyknąć kanał rozwojem soli. Znalazłszy najłżejszy nawet stan zapalny, należy starać się go usunąć o ile się da zwykłymi sposobami. Referent nie proteguje ani przyżegania otworków łzowych (HAAß), ani ich zaszywania (DEUTSCHMANN), zostawiając je, zarówno jak i energiczne przyżegania worka łzowego, do przypadków wyjątkowych.

Zachowując wszelkie te przepisy, operator nie raz jeszcze musi sobie zadawać pytanie: czy zrobionem zostało dosyć, i radby mieć zawsze sposób rozpoznania, czy dane oko może uleść zakażeniu pod opaską, czy nie. Ref. sądzi, że wynalazł to kryterium; polega ono na założeniu próbnego bandaża na oko, mające być operowanem, na dzień lub dwa. Jeżeli po zdjęciu tego bandaża opatrunek okaże się suchym, co dowodzi, że łącznica jest zupełnie zdrowa, można spokojnie przystąpić do operacji; w przeciwnym razie, zapomocą odpowiednich środków starać się złe usunąć i dopiero po powtórnej próbie, jeśli będzie dodatnią, można operację wykonać ¹⁾.

C. Wyjaławianie instrumentów. Wyjaławianie instrumentów zapomocą środków chemicznych nie jest wystarczającym. Jakkolwiek bowiem drobnoustroje nie wytrzymują dłuższego działania środków odkażających, o ile nie są zawarte w resztkach krwi, śluzu, tłuszczu, mogących się trzymać ostrza instrumentu, za to jednak stał instrumentu niszczy się w większości płynów odkażających. Pod tym względem należy zrobić jedyny wyjątek dla cyanku rtęci, polecanego przez CHIBRET'a, który za pomocą narzędzia na dziesięć minut w wodnym 1% roztworze tej soli. Nawet po kilkogodzinnej moknięciu w tym roztworze ostrza instrumentów nie niszczą się. Najwygodniejszym jest jednak zanurzenie instrumentu we wrzący roztwór 1,5—2% węglanu sodu, dla instrumentów ostrych wystarcza tu parę sekund, dla innych $\frac{1}{2}$ minuty.

Ponieważ trzonek noża nie wchodzi w styczność z polem operacyjnym, wystarcza obmycie go silnym środkiem, np. cyankiem rtęci.

¹⁾ Referent niesłusznie przypisuje sobie to odkrycie. Od wielu lat w naszym Instytucie oftalmicznym Ojciec mój, lekarz naczelny tegoż Instytutu, nakłada próbny bandaż na 24 godziny na oko, przeznaczone do operacji, i tylko wtedy operuje, jeśli wydzielina nie budzi żadnych obaw. Również i przestrzykiwanie próbne kanału łzowego robionem jest u każdego chorego. (Przyp. korespondenta).

D. Odkazanie opatrunków. Do odkazania opatrunków Referent uważa za najwłaściwsze, trzymanie ich w parze, w odpowiednio urządzonym wyjąławiaku, w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny.

Co się zaś tyczy leków używanych w czasie lub przed operacją, to najlepiej je przegotować przed samem użyciem.

Oto możliwie krótko streszczony referat NUEL'a; zawarł on w sobie prawie że wszystko, co w danej chwili można powiedzieć o antyseptyce i aseptyce w operacjach na oku. To też dyskusya w danym przedmiocie, choć dosyć ożywiona, ograniczyła się tylko do niektórych punktów, zresztą dotykając więcej stron formalnych. Podnieśliśmy tu tylko niektóre, ważniejsze głosy.

PANAS tłumaczy, dla czego przywiązuje tak wielką wagę do przemycania komory przedniej po operacji katarakty. Po wprowadzeniu antyseptyki przy operacjach ocznych, P. nie miał już przypadków zropienia gałki (*panophthalmitis*), wskutek zakażenia ranki, ale jeszcze w 5% mniej więcej przypadków spostrzegał zapalenie tęczówki, mniej lub więcej septycznego charakteru. Od czasu wprowadzenia przemycania komórki, do czego używa kwasu bornego, PANAS nie ma już zaburzeń charakteru zakaźnego w okresie pooperacyjnym. Że postępowanie to jest racjonalne, wskazują jeszcze doświadczenia GALIPPE'a, dowodzące, że w soczewkach zaćmienionych (skataraktowanych) znajdują się drobnoustroje. P. przerobił te doświadczenia i w $\frac{2}{3}$ przypadków znalazł rzeczywiście drobnoustroje.

DOR (z Lyonu) stawia trójechlerek jodu dużo niżej od sublimatu. Używając tego związku, D. miał przypadki *panophthalmitis*.

PARISOTTI (z Rzymu) zachowując ściśle przepisy antyseptyki, nie wie, co to jest zropienie gałki po operacji. W kilku przypadkach poczynającej się sprawy infekcyjnej przerywał ją przy pomocy przemycania wewnątrz-ocznych.

PARINAUD (Paryż) zwraca uwagę na podrażnienie wywołane przez sublimat. Doświadczenia przekonały go, że worek łącznicy, starannie odkazony sublimatem, zawierał potem więcej drobnoustrojów niż poprzednio, co kładzie na karb właśnie tego podrażnienia, które zmniejsza odporność tkanki. Dla tego stara się zawsze oczyszczać łącznicę mechanicznie.

B. R. Gepner. (D. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

95. F. HIRSCHFELD. O leczeniu otyłości. (Dokończenie). Na zasadzie swoich doświadczeń H. przychodzi do następujących wniosków. Waga ciała przy kuracji odtłuszczającej zmniejsza się najznaczniej w pierwszym tygodniu, a nawet już w pierwszych dniach. Jeżeli pożywienie zostało zmniejszonym do połowy (obliczonej w stosunku do jego ciepłostkowej wartości), strata na wadze wynosi 1,5 do 2,5 kilogramów; w drugim tygodniu waga prawie się nie zmniejsza, potem zaś znów spada, lecz już bardzo powolnie. Tylko zmniejszając powtórnie ilość pożywienia, autor otrzymywał znaczniejsze zmniejszenie się wagi ciała. Praca fizyczna nie bardzo wpływała na zmniejszanie się wagi. Najznaczniejsze spadki wagi autor otrzymywał u wysokich i otyłych osobników. Powiększając cokolwiek ilość pożywienia, otrzymywał autor bardzo prędko przyrost na wadze, aż do 1 kilograma, przy dłuższem podawaniu takiej ilości pożywienia następuje znów nieznaczny spadek wagi ciała.

Według autora, rezultaty te objaśniają nam poczęści, dlaczego nieraz bardzo prędko po kuracji odtłuszczającej, zwłaszcza po kuracji wodami mineralnymi i kąpielami następuje przyrost wagi ciała, a także, że u osób bardzo korpulentnych i wysokich nieraz przy bardzo nieznacznych cierpieniach w ciągu kilku dni następuje znaczna utrata wagi ich ciała.

Utrata azotu jest najznaczniejszą w pierwszym tygodniu kuracji odtłuszczającej; wynosi ona 15—40 gramów, co się równa 400—1200 gramów mięsa. Już w drugim tygodniu utrata ta jest znacznie mniejszą, a nawet czasami niema jej wcale, w późniejszych tygodniach, zwłaszcza u osobników bardzo otyłych, jest po większej części nieznaczna (1— $\frac{1}{2}$ grama). Zmniejszając ponownie ilość pożywienia, autor zauważył znów powiększoną ilość wydzielanego azotu.

Dalej na zasadzie swoich doświadczeń autor przychodzi do wniosku, że większa zawartość białka w pokarmach bynajmniej nie wpływała na zmniejszanie się jego wydzielania *resp.* na zmniejszanie ilości wydzielanego azotu, na co nie wpływało również dodawanie do bogatego w białka pożywienia większej ilości tłuszczów lub węglowodanów. Osobniki silne, krwiste, młode przy kuracji odtłuszczającej więcej traciły białka, aniżeli osobniki słabe, mało krwiste lub w podeszłym wieku będące. U osobników średnio otyłych cokolwiek, a u osobników bardzo otyłych w znacznym stopniu potrzeba pożywienia jest zmniejszoną. Pragnienie i ilość wydzielanego moczu przy zmniejszonej ilości pożywienia jest po większej części zmniejszoną. Przy wyborze pokarmów podczas kuracji odtłuszczającej trzeba baczną zwracać uwagę, aby pacjent miał łaknienie zaspokojone; im więcej czuje się syty, tem mniej jest skłonny do przekroczenia granic przepisanej mu przez lekarza diety. Przedstawwszy tym sposobem wyniki swoich badań doświadczalnych, H. krytykuje metodę kuracji odtłuszczającej OERTL'a, EBSTEIN'a i nareszcie szczegółowo przedstawia swój sposób leczenia otyłości.

Zalecając, jako wypełnienie pierwszego wskazania przy leczeniu otyłości zwiększoną pracę mięśniową, autor jeszcze raz każe zwracać uwagę na stan mięśnia sercowego u danego pacyenta, i dla tego z początku kuracji nie radzi wykonywać zbyt męczących ruchów, co ma miejsce np. przy wiosłowaniu, gimnastyce i fechtunku. Sporty tego rodzaju w początkach kuracji tem są niebezpieczniejsze, iż zazwyczaj pacyenci łatwo się do nich zapalają i oddają się im zbyt gorliwie. Należy więc je zalecać dopiero stopniowo, po upływie pewnego czasu od chwili rozpoczętej kuracji; na początek, u ludzi zwłaszcza bardzo otyłych radzi H. zaczynać od cokolwiek dalszych przechadzek, które 2—3 godzin trwać winny. Kobietom zaleca zajęcia domowe. W następstwie dopiero pozwala chodzić po górach; w tym też okresie uważa za właściwe przeprowadzić kurację maryenbadzką, zwłaszcza przy skłonnościach do zaparcia stolca, nie przypisując jej jednak wielkiego znaczenia. Poprawa zazwyczaj trwa krótko; o ile pacyenci, powróciwszy do swych zwykłych zajęć i przyzwyczajzeń, nie zmienia trybu życia, następuje toż samo, co było przed kuracją maryenbadzką. Dalej zaleca autor gimnastykę pokojową, przy czem zwraca uwagę, aby przedtem przekonać się należycie o stanie naczyń danego pacyenta, zwłaszcza jeśli mamy do czynienia z osobami starszemi.

Od gimnastyki pokojowej, zwłaszcza u ludzi młodych, przejść można do gimnastyki z przyrządami, do wiosłowania lub pływania. Jazda konna, według autora, nie odpowiada w zupełności wymaganiom przy kuracji odtłuszczającej, wpływa zaś bardzo dodatnio na zwiększenie się łaknienia, co w danym razie bynajmniej nie jest pożądanem. Autor przyznaje, że podobny sposób leczenia wymaga dosyć długiego czasu i cierpliwości ze strony pacyenta, ten za to jest o wiele radykalniejszym i pewniej prowadzącym do zamierzonego celu.

Przechodząc do wypełnienia drugiego wskazania przy kuracji odtłuszczającej t. j. ustanowienia odpowiedniej diety, autor radzi przedewszystkiem wybierać takie potrawy, które najszybciej wywołać mogą uczucie sytości u danego pacyenta. Pozatem zjawia się pierwsze pytanie, do jakiego stopnia można zmniejszyć ilość pożywienia przy kuracji odtłuszczającej. Ażeby odpowiedzieć mniej więcej zadawalniająco na to pytanie, byłoby do życzenia przedewszystkiem określić w każdym przypadku otyłości potrzebną ilość materji (substancyj) pożywnych u danego osobnika. Na zasadzie swoich doświadczeń autor przypuszcza, że jeżeli dla ludzi z normalną tkanką tłuszczową ilość materji pożywnych powinna być taką, aby przy spalaniu się w ustroju dawała 34—40 ciepłotek na 1 kilogram wagi ciała, to u ludzi otyłych cyfry te spadają do 20—35. Przy kuracji odtłuszczającej autor nie radzi zmniejszać ilości materji pożywnych więcej jak do połowy istotnej potrzeby, zwłaszcza jeżeli kurację czas dłuższy prowadzić zamierzamy.

Co się tyczy drugiego pytania, jak długo podobną kurację prowadzić należy, to autor nie uważa za możliwe dać w tym względzie jakiekolwiek prawa ogólne. Tutaj należy liczyć się i z warunkami zewnętrznymi, a przedewszystkiem z dobrą wolą i cierpliwością pacyenta. Jedynie ze względów czysto praktycznych autor radzi z samego początku kuracji najbardziej zmniejszyć ilość pożywienia, a potem dopiero cokolwiek powiększyć; wtedy nieraz udaje się kurację nawet czas dłuższy prowadzić. Występujące często osłabienie ogólne podczas kuracji odtłuszczającej, które zresztą zjawia się często wogóle i u ludzi zupełnie zdrowych już po 12 godzinem głodzeniu, zależy według autora od uczucia czczości w żołądku. Ze wzglę-

dów więc czysto praktycznych H. radzi przy wyborze pokarmów zwracać uwagę, aby one łatwo nasycaly pacyenta, lub też zaleca częste a małe porcje pożywienia.

Pod koniec swej pracy autor zastanawia się nad pojedynczymi rodzajami pokarmów. Przy kuracji odtłuszczającej na pierwszym miejscu stawia mięso. Stosunkowo mała ilość ciepłostek powstających przy spalaniu się białka, pozwala nam dosyć dużo go wraz z mięsem wprowadzić do ustroju, nie zadawalniając jednak dostatecznie istotnych potrzeb organizmu. Należy jednak zwracać uwagę, aby mięso było chude, najlepiej pieczone lub gotowane. Ryby, aby nie tłuste, zaleca autor na równi z mięsem. Dla podobnych względów co i mięso, H. radzi używanie przy kuracji odtłuszczającej jaj na twardo. Zwłaszcza w tej postaci nasycają one bardzo łatwo pacyenta. Przy wyborze serów należy pamiętać, czy mamy do czynienia z gatunkami tłustych serów (szwajcarski, holenderski) czy też chudych (śmietankowy). Lepiej zalecać chude gatunki, jakkolwiek znów mała ilość tłustego sera może łatwiej pacyenta nasycić. Stanowczo należy zabronić użycia mleka, z mlekiem bowiem stosunkowo największą ilość pożywnych części wprowadzić możemy, nie wywołując sytości. Pół litra mleka tyle prawie znaczy, co 4 jaja lub 300 gramów chudego mięsa. Tłuszczó w należy bezwarunkowo unikać, zwłaszcza masła, w tej bowiem postaci tłuszcze najchętniej są spożywane. Co się tyczy pokarmów zawierających w sobie węglowodany, to użycie np. kartofli, grochu, szparagów i t. p. może być dozwolone, zwłaszcza w formie zup, z małą ilością cukru i masła. Natomiast użycie chleba powinno być ograniczone do minimum, ponieważ w stosunkowo małej objętości wprowadzać zapomocą chleba możemy znaczne ilości części pożywnych, czego niema przy użyciu jarzyn, posiadających zazwyczaj dużą objętość. Ograniczyć dalej należy użycie cukru i wogóle wszelkich słodczy. Już dla osłodzenia jednej filiżanki kawy lub herbaty zużywamy 10—15 gramów cukru, pijąc więc kawę lub herbatę bez cukru, wykluczamy przez to powstanie około 123 ciepłostek, rozwijających się przy spalaniu zawartych w cukrze węglowodanów. Pacjenci dosyć łatwo zgadzają się na tego rodzaju ograniczenie ich przyzwyczajęń; daleko trudniej jest zabronić użycia piwa, a jednak przy kuracji odtłuszczającej użycie piwa powinno być stanowczo zabronione. W zamian za to autor pozwala swym pacjentom małe ilości wina lub koniaku z wodą. Co się tyczy użycia wody, to można zostawić pacjentom zupełnie do ich uznania. Niech piją tyle, aby pragnienie ich w zupełności było zaspokojone.

Na zakończenie swej pracy autor podaje dla przykładu dwa sposoby żywienia chorych przy kuracji odtłuszczającej.

	Białko	Tłuszcze	Węglowodany
I. Śniadanie: Kawa czarna, 1 bułka (50 gram.).	4	—	27
Drugie śniadanie: 2 jaja	12	10	—
Obiad: Rosół z 30 gramami ryżu	4	5	24
250 gramów chudego mięsa.	53	15	—
Kawa czarna	—	—	—
Wieczorem: 50 gramów sera śmietankowego	15	3	—
100 gramów chleba	7	—	50
10 gramów smalcu	—	10	—
	95 gr.	43 gr.	106 gr.
II. Śniadanie: Kawa czarna, 50 gramów bułki	4	—	27
Drugie śniadanie: Bulion i 2 jaja	14	12	—
Obiad: Zupa kartoflana	6	8	40
300 gramów mięsa	64	20	—
Kawa czarna	—	—	—
Wieczorem: 200 gramów chudej szynki	40	6	—
100 gramów chleba	7	—	55
	134 gr.	46 gr.	122 gr.

Obliczając wartość przy spalaniu się w ustroju zawartych w podobnym pożywieniu części pożywnych, otrzymujemy 1224, resp. 1478 ciepłostek. U kobiet autor radzi jeszcze mniejsze ilości pożywienia.

Zastosowanie masażu oraz kąpeli ciepłych u osób osłabionych lub małokrwistych, obmywań zaś zimną wodą u ludzi młodych i silnych, znajdujemy również przy kuracji według metody HIRSCHFELD'a.

M. Sadowski.

Wiadomości bieżące.

— Z inicjatywy redakcyi Ogrodnika polskiego, przy udziale przedstawicieli wszystkich miejscowych ciał naukowych obchodzony był w d. 3 b. m. jubileusz 50 letniej pracy nauczycielskiej profesora JERZEGO ALEKSANDROWICZA.

Jubilat urodził się w Komieciśkach w gubernii Suwalskiej w d. 1 Stycznia 1819 r., gimnazyum ukończył w Sejnach, poczem w r. 1839 wstąpił na wydział przyrodniczy uniwersytetu Petersburskiego. Będąc na trzecim kursie, napisał rozprawę, złotym medalem nagrodzoną p. t. „Rodzina wrzosowatych (*Ericaceae*) okolic Petersburga“. W r. 1843 ukończył uniwersytet ze stopniem kandydata nauk przyrodniczych, poczem objął posadę nauczyciela w warszawskim gimnazyum realnem. Jednocześnie przyjął na siebie wykłady anatomii w szkole sztuk pięknych i botaniki w szkole farmaceutycznej. W r. 1857 w chwili otwarcia w Warszawie Akademii Medyko-Chirurgicznej, ALEKSANDROWICZ objął katedrę botaniki, zoologii i anatomii porównawczej, w roku zaś 1862 w utworzonej wtedy Szkole Głównej otrzymał katedrę botaniki i posadę dyrektora ogrodu botanicznego. W r. 1869 z chwilą zamienienia Szkoły Głównej na Cesarski Uniwersytet ALEKSANDROWICZ pozyskał katedrę botaniki po obronie rozprawy „O budowie i rozwoju zarodków u śluzowców (*Myxomycetes*)“. Wkrótce też obrany został dziekanem wydziału przyrodniczego. Od zajęć profesorskich usunął się w r. 1878.

Wielkie położył ALEKSANDROWICZ zasługi na polu krajowego ogrodnictwa. On to założył w r. 1864 ogród pomologiczny, który w r. 1870 przeniesiony został z Marymontu na grunta folwarku Ś-to Krzyskiego. W ogrodzie rzezonym prowadził przez lat siedm z wielkiem staraniem prywatną szkołę ogrodniczą. W organizacyi i opracowaniu ustawy Towarzystwa ogrodniczego jubilat brał żywy udział, a od 1884 r. jest prezesem tegoż Towarzystwa. ALEKSANDROWICZ należy do redakcyi „Wszechświata“ i „Pamiętnika fizyograficznego“. Z pomiędzy prac naukowych jubilata rozprawa „O dzieworodztwie Celibatki (*Coelobogynae ilicifolia*)“ drukowana była w Pamiętniku Tow. Lek.

Dla nas lekarzy, w chwili jubileuszowego obchodu ALEKSANDROWICZA, najważniejszym jest wspomnienie jego energicznej działalności w gronie tych nauczycieli, którzy w niezwykle trudnych warunkach zdołali utworzyć grono profesorskie w otwartej, ku radości całego kraju, Akademii Medyko-Chirurgicznej, w r. 1857.

Setki młodzieży rzuciły się do tego nowego, dawno upragnionego zakładu i znalazły tu ze strony swych nauczycielskich przewodników, do których i JERZY ALEKSANDROWICZ należał, zachętę i pomoc niezmordowaną w pracy naukowej, zachętę i pomoc, którą wszyscy byli słuchacze Akademii Medyko-Chirurgicznej w żywej zachowują pamięci.

— W dniu 6 Czerwca r. b. odbył się jubileusz 50 letniej działalności lekarskiej i społecznej D-ra LUDWIKA NATANSONA.

NATANSON urodzony w Warszawie d. 19-go Marca r. 1822, po skończeniu szkół w Warszawie udał się do Akademii Wileńskiej, w której rozpoczął studia lekarskie. Po zamknięciu tej uczelni przeniósł się do Dorpatu, gdzie ukończył uniwersytet. W roku 1843 otrzymał stopień doktora medycyny w radzie lekarskiej Królestwa Polskiego i rozpoczął w Warszawie działalność praktyczną i naukową. Nie możemy tu wliczać wszystkich prac naukowych NATANSONA, stanowiących długi szereg tytułów, wymienimy tylko najwybitniejsze: „O wpływie rodzaju pokarmów na zdrowie w ogólności i na rozszerzanie się chorób epidemicznych“ 1848; „Uwagi fizyologiczne nad abecadłem polskim“ 1849; „Krótki rys anatomii ciała ludzkiego“ 1858, w którym ustalił polską terminologię anatomiczną; „Ueber Muskelton“ 1860; „Przysłuch płynów polykanych“ 1864; „Rozpraszacz LEWINA“; „Higiena m. Warszawy“ 1866 i „Higiena praktyczna“ niedawno wydana.

W pracach Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego brał także czynny udział, przez trzy lata był prezesem (1863—65), w komitecie sanitarnym należał do najgorliwszych członków, jednocześnie w nim prezydując. Do zasług NATANSONA bardzo ważnych należy to, że wspólnie z Le BRUNEM i HELBICHEM był założycielem pierwszego „Tygodnika Lekarskiego“ w roku 1847 i prowadził to pismo przez lat 17, zaznajamiając nasz ogół lekarski z postępami wiedzy współczesnej.

Towarzystwo lekarskie w uznaniu tych zasług wręczyło mu w dniu 6 b. m. dyplom na członka honorowego, a grono lekarzy uczciło go biesiadą, na której prof. BARANOWSKI przemawiał o działalności naukowej i literackiej. Następnie jeden z kolegów odczytał mowę nieobecnego z powodu choroby kol. ST. MARKIEWICZA, podającą szczegóły prac na polu higieny publicznej; dalej kol. KRAMSZTYK ZYG. zabierał głos o współudziale NATANSONA w budowie gmachów użyteczności publicznej; w końcu przemawiali jeszcze kol. TRZCIŃSKI i prof. KRYSZKA.