

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottini'ego. Przez S. Groszlika. — **Wykłady kliniczne.** Cukromocz niezależny od cukrzycy. (Dokończenie). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 11 kwietnia r. b. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 27 kwietnia r. b. — **Odcinek.** Kilka słów o zakładach Paryża i Berlina dla dzieci z niedorozwojem psychicznym. — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Groszlik — Traitement radical de l'hypertrophie de la prostate par la méthode de Bottini.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Groszlik — Radicale Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.

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

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA W. H. KRAJEWSKIEGO W SZPITALU

DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

LECZENIE DOSZCZĘTNE PRZEROSTU GRUCZOŁU KROKOWEGO sposobem Bottini'ego.

(Według wykładu, mianego na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. dnia 11 Kwietnia 1899 r.).

Przez

S. GROSLIKA.

Szanowni Panowie!

JOHN HUNTER, znakomity chirurg angielski, omawiając na początku bieżącego stulecia sprawę leczenia przerostu gruczołu krokowego, wyraził zdanie, że dotychczas nie wynaleziono jeszcze pewnej metody, która byłaby w stanie cierpienie to usunąć doszczętnie. Pomimo iż od owego czasu upłynął już blisko wiek cały, pomimo iż chirurgia pęcherza dosięgła wysokiego stopnia rozwoju, kwestya ta i obecnie jeszcze stoi otworem. Wprawdzie istnieje cały szereg metod operacyjnych, za pomocą których usiłowano zwalczyć ciężkie zaburzenia, towarzyszące starczemu przerostowi gruczołu krokowego, jednak-

że zabiegi te nie zdołały zjednać sobie szerszego uznania, ponieważ osiągnane za ich pomocą wyniki są niepewne, a co ważniejsza, nie stoją one w żadnym stosunku do niebezpieczeństwa, na jakie chory bywa narażany skutkiem operacji. Dotyczy to nie tylko tak ciężkich zabiegów, jakimi są niewątpliwie rozmaite sposoby nacinania i wycinania gruczołu (*prostatotomia et prostatectomia*), zakładania stałej przetoki pęcherzowej (*cystostomia*), podwiązki tętnic podłędźwiowych i t. p., lecz i w pewnej mierze także niewinnej napozór operacji, która w ostatnich czasach wyjątkowego nabrała rozgłosu i stała się do pewnego stopnia modną. Mam tu na myśli trzebienie tudzież rozmaite sposoby wycinania nasieniowodu, za pomocą których usiłowano osiągnąć zmniejszenie gruczołu krokowego, a zarazem usunięcie najcięższego objawu cierpienia — zatrzymania moczu. Jak wiadomo, twórcy tych metod operacyjnych wychodzą z założenia, że między sterczem a jądrami zachodzi ścisły związek, który polega na tem, że rozwój i zanik obu tych narządów idzie równolegle, że usunięcie jąder lub przecięcie powrózka nasiennego albo niektórych jego części składowych sprowadza zanik gruczołu krokowego. Postępowanie to odpowiada w zupełności zaleconej ongi, a obecnie już zapomnianej kastracji kobiet w przypadkach włókniaków macicy. Z chwilą ogłoszenia pierwszych spostrzeżeń odnosnych przez RAMM'a i WHITE'a (1893) zapanował wśród chirurgów zapal niebywały, sądzono bowiem, iż tą drogą uda się uwolnić nieszczęśliwych chorych od trapiących ich dolegliwości. Niemalą tu rolę odgrywała prostota zabiegu, stosowano go też nie tylko w sprawach przewlekłych, lecz i w ostrych, które częstokroć po krótkim czasie ustępują bez żadnej poważniejszej interwencji li tylko dzięki systematycznemu cewnikowaniu. Ztąd statystyka pierwotna zdawała się wielce przemawiać na korzyść zabiegu, atoli w krótkim stosunkowo czasie nastąpiło rozczarowanie zupełne. Przekonano się, iż bardzo często operacja zostaje bez wpływu na czynność pęcherza, że zabiera ona zbyt wiele ofiar, że wreszcie po operacji występują częstokroć zaburzenia w sferze psychicznej, przypominające *cachexia strumipriva*. Fakty te znacznie wpłynęły na ostudzenie pierwotnego zapалу i, o ile sądzić można z obrotu, jaki sprawa ta wzięła w literaturze, zgotowany jej będzie wkrótce taki los, jaki już dawno spotkał metodę HEGAR'a w leczeniu włókniaków macicy ¹⁾.

Nie twierdzą bynajmniej, ażeby wśród dotychczasowych sposobów doszczętnego leczenia przerostu stercza nie istniały takie, które mają poniekąd rację bytu. Owszem niektóre z nich przynoszą istotny nieraz pożytek w przypadkach, w których leczenie paliatywne za pomocą cewnika napotyka trudności nieprzezwyciężone. Wskazania jednak do stosowania zabiegu ciężkiego są nader ograniczone, i, bądź co bądź, leczenie paliatywne jest jeszcze dotychczas jedynym środkiem, który w większości przypadków może przynieść choremu ulgę bez narażenia go na poważne niebezpieczeństwo.

Takie przynajmniej jest zdanie najwybitniejszych chirurgów, oparte na smutnych wynikach dotychczasowych (CZERNY, SOCIN i inni). Jeszcze bardziej pesymistycznie zapatruje się na tę sprawę GUYON. Wychodząc z założenia, że zaburzenia w oddawaniu moczu u dotkniętych przerostem stercza zależą nie tyle od zapory mechanicznej, jaką powiększony gruczoł stawia nagroma-

¹⁾ Bliższe szczegóły, dotyczące metod doszczętnego leczenia przerostu gruczołu krokowego, znajdzie czytelnik w wyczerpującej i ze znajomością rzeczy napisanej pracy A. ZALESKIEGO p. t. Leczenie doszczętne przerostu starczego gruczołu krokowego (Kronika lekarska 1896, zes. 10—13).

dzonemu w pęcherzu moczowi, ile raczej od zwyrodnienia miazdżycowego ścian pęcherza, sądzi on, że leczenie doszczętne przerostu sterczu jest rzeczą wprost niemożliwą.

Zdawałoby się, iż taki pogląd jednego z największych specjalistów współczesnych położy kres dalszym usiłowaniom w tym kierunku i stłumi w zarodku wszelką inicjatywę, podjętą w celu zwalczania tej plagi wieku podeszłego. Tem większą jest zasługa BOTTINI'ego, że, wytknąwszy sobie przed ćwierć wiekiem drogę racjonalnego postępowania, nie ustawał w pracy, która z góry mogła być uznana za bezowocną. Zająwszy stanowisko wręcz odmiennie, niż GUYON, prof BOTTINI upatruje główną przyczynę niemożności oddawania moczu u starców w gruczole krokowym, który tworzy tamę, mechanicznie zagrządzającą swobodny odpływ moczu. Zmiany, zachodzące w błonie śluzowej i mięśniowej pęcherza, rozwijają się zdaniem BOTTINI'ego wtórnie i posiadają znaczenie podrzędne²⁾.

Dla tego też wszelkie nasze zabiegi winny być skierowane na usunięcie tej tamy drogą mechaniczną, z warunkiem wszakże najmniejszego niebezpieczeństwa dla chorego. Na tej zasadzie opiera się plan postępowania, który BOTTINI urzeczywistnia w sposób dwojaki: przez zniszczenie termiczne albo też nacięcie termiczne chorobliwie powiększonego gruczołu.

Myśl tę zapożyczył BOTTINI od MERCIER'a, który w celu utorowania moczowi drogi swobodnej zalecał nacinanie gruczołu krokowego i wycinanie zeń kawałków za pomocą specjalnie zbudowanych noży, dających się łatwo wprowadzić przez cewkę; miał on w ten sposób otrzymywać wyniki zadawalające. BOTTINI znacznie zmodyfikował narzędzia MERCIER'a i zastąpił ostry nóż żegadłem galwanicznym, dającym możność operowania bez obawy wywołania krwotoku.

²⁾ Nie mogąc tu wchodzić w bliższe wywody teoretyczne, dotyczące tego ze wszech miar ważnego przedmiotu, ograniczę się tylko zaznaczeniem, że stanowisko, jakie zajął BOTTINI w kwestyi przyczyn niedomogi pęcherza u starców nie jest ani nowe, ani wyjątkowe. Pogląd ten, wygłoszony poraz pierwszy przez MERCIER'a, podziela znakomita większość chirurgów, odnosząca zaburzenia pęcherzowe u starców do przyczyn miejscowych, które tkwią w obrębie ujścia pęcherzowego i części krokowej cewki. Teorya GUYON'a, oparta głównie na faktach klinicznych i upatrująca przyczynę niedomogi pęcherza w miazdżycy tętnic narządów moczopłciowych, liczy zwolenników przeważnie wśród jego uczniów, chociaż niektórzy z nich, jak BOHDANOWICZ (*Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical* 1892) i MOTZ (*O przeroście gruczołu krokowego*, *Gazeta lekarska* 1895 Nr 33; *Przyczynek do nauk o budowie histologicznej przerostu gruczołu krokowego*, *Przegląd lekarski* 1897 Nr. 2, 4, 5) wystąpili przeciw poglądom mistrza z wielce wymownymi zarzutami. Oplerając się na wynikach badań anatomo-patologicznych, wykazali oni, jak również CASPER (*Zur Pathologie des Tractus urogenitalis senilis*, *Virchow's Archiv* Bd. 126, 1891), że miazdżycy tętnic pęcherzowych rzadko daje się spostrzegać w przebiegu przerostu sterczu i dla tego w większości przypadków ten moment przyczynowy nie odgrywa żadnej roli. W ostatnich czasach sprawą tą zajął się szczegółowo CIECHANOWSKI, który w wyczerpującej pracy (*Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców*, *Przegląd chirurgiczny* T. IV, zeszyt 1 i 2, 1898 i 1899) starał się dowieść, że „wbrew zdaniu szkoły GUYON'a zmiany miazdżycowe tętnic nie mogą uchodzić za przyczynę zmian anatomicznych w nerkach, pęcherzu i gruczole krokowym, zdarzających się w przebiegu t. zw. prostatyzmu“. Zdanem CIECHANOWSKIEGO, zmiany, zachodzące w ścianie pęcherza u starców polegają „na zmianie ilościowej stosunku mięśnia pęcherzowego do tkanki łącznej podścieliskowej, która to zmiana w znacznej większości przypadków polega prawdopodobnie na zaniku mięśnia“ (l. c. str. 90). Zanik ten występuje tylko w rzadkich przypadkach samoltnie, zazwyczaj zaś bywa on następstwem znieszczenia ujścia pęcherzowego skutkiem przerostu gruczołu krokowego i wynikającej ztąd przeszkody mechanicznej dla strumienia moczu. „Z chwilą usunięcia tej zapory powraca sprawność pęcherza, jeżeli tylko stosunek ilościowy składników jego ściany nie uległ znaczniejszej zmianie“. Do kwestyi tej będzemy jeszcze musieli powrócić później.

Zalety swej metody streszcza BOTTINI w następujących 5 punktach:

- 1) Operacja daje wynik natychmiastowy, chorzy bowiem, którzy w ciągu wielu lat dotknięci byli całkowitem zatrzymaniem moczu, odzyskują po kilku godzinach możność dobrowolnego opróżniania pęcherza.
- 2) Jest ona zupełnie bezpieczna nawet u starców ośmdziesięcioletnich i w razie gnilnego zapalenia pęcherza.
- 3) Przebiega bez żadnej reakcji.
- 4) Nie jest bolesna i dla tego nie wymaga uśpienia.
- 5) Daje wyniki trwałe, nawroty cierpienia nie zdarzają się.

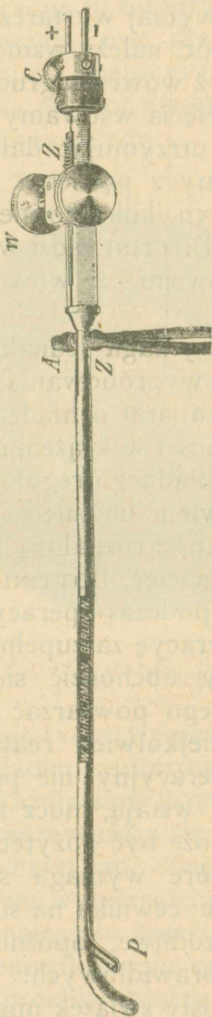
Jakkolwiek BOTTINI ogłosił swoją metodę jeszcze w r. 1874, do niedawna przyjmowano ją z niedowierzaniem, które usprawiedliwiała poniekąd ta okoliczność, iż narzędzia pozostawiały istotnie wiele do życzenia. W r. 1897 BOTTINI pokazywał swój sposób operowania na kongresie lekarzy w Moskwie i podał szczegółowy opis narzędzi, znacznie ulepszonych. Od tej chwili zaczęto stosować tę operację tu i owdzie, i obecnie posiadamy statystykę, obejmującą przeszło dwieście przypadków. Wyniki, otrzymane tą drogą, zachęciły mnie do prób dalszych.

Do nacięć galwanicznych sterczu posługuje się BOTTINI t. zw. *incisorem*. Jestto narzędzie w kształcie cewnika MERCIER'a. Narzędzie to (ryc. 1) składa się z ramienia męskiego i żeńskiego; ramię męskie, zakończone nożem platynowym (P), porusza się w żłobku ramienia żeńskiego. Wewnątrz ramienia męskiego przebiegają druty, spojone z nożem. Ramię żeńskie posiada w dziobie głębokie wydrążenie, które całkowicie osłania nóż platynowy, służąc mu za pochwę. Za pomocą poruszeń śruby przy rękojeści (W Z) nóż wysuwa się z pochwy, przyczem długość drogi, jaką odbywa, daje się dokładnie wymierzyć na skali rękojeści. W ramieniu żeńskim ukryty jest aparat ochładzający w postaci kanałów, przez które przepływa woda zimna z irygatora. Do kanałów tych prowadzą dwie rurki, doprowadzająca i odprowadzająca (A Z); rurka doprowadzająca połączona jest z irygatorem za pomocą rury kauczukowej, takąż rura kauczukowa nasadzona jest na rurkę odprowadzającą i służy do odprowadzania wody z wnętrza narzędzia. Woda krąży w narzędziu aż do samego wierzchołka dzioba i ochładza je podczas działania, gdy nóż platynowy zostaje rozżarzony za pomocą prądu elektrycznego. W ten sposób zabezpieczamy cewkę od oparzeń, w przeciwnym bowiem razie całe narzędzie silnie się ogrzewa. Jako źródło elektryczności służy silny akumulator (ryc. 2).

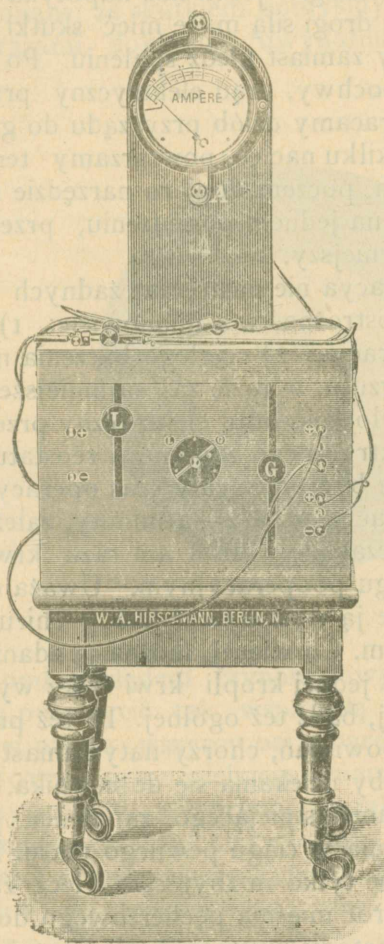
Tak się przedstawia w ogólnych zarysach narzędzie BOTTINI'ego. Modyfikacje, poczynione przez FREUDENBERG'a i HIRSCHMANN'a, miały głównie na celu umożliwienie odkażania narzędzia przez gotowanie. Nadto zamiast noża platynowego zalecił FREUDENBERG irydioplatynowy, który, jako twardszy nie tak łatwo ulega wykrzywieniu i stawia prądowi elektrycznemu opór silniejszy, dzięki czemu rozżarza się pod wpływem prądu słabszego. Oprócz tego akumulator zaopatrzony został w amperometr (ryc. 2, A), pozwalający dokładnie kontrolować siłę prądu podczas działania narzędzia.

Incisor służy do wypalania brózd w gruczole krokowym. Pierwotnie BOTTINI posługiwał się przeważnie narzędziem do przyżegania sterczu. Narzędzie to, t. zw. *kauteryzator*, przedstawia cewnik, do którego dziobu przymocowana jest blaszka platynowa, dająca się rozżarzyć za pomocą prądu. Obecnie BOTTINI zarzucił kauteryzator i używa wyłącznie incisora, jako skuteczniejszego. Wobec tego bliższy opis kauteryzatora uważam za zbędny.

Przed przystąpieniem do operacji należy zbadać pęcherz za pomocą cystoskopu celem wyrobienia sobie możliwie dokładnego pojęcia o kształcie gruczołu, a także dla przekonania się, czy pęcherz nie zawiera kamienia. Kierunek, tudzież długość nacięć zależy od wielkości gruczołu i rozwoju poszczególnych zrazów. Wymagane jest odpowiednie przygotowanie pęcherza za pomocą starannego przemywania w celu zwalczenia a przynajmniej złagodze-



Ryc. 1



Ryc. 2

nia sprawy zapalnej. Bezpośrednio przed operacją opróżniamy pęcherz z zawartości i przemywamy kwasem bornym. BORTINI radzi operować przy pustym pęcherzu, ponieważ wówczas incisor silniej działa. Cewkę znieczulamy za pomocą roztworu kokainy, 10 grm. roztworu 1—2% pozostawione w ciągu 5 minut najzupełniej wystarcza. Połączywszy odkażone narzędzie z drutami akumulatora, ustawiamy reostat na jednostce, przy której nóż rozpala się do czerwoności. Osiągamy to przy sile prądu 35—40 Amp.³⁾. Narzędzie wpro-

³⁾ Cyfry te stosują się do przyrządu HIRSCHMANN'a. Są one zależne od grubości noża, tudzież od materiału, z którego jest wyrobiony.

wadzamy, jak zwykły cewnik metalowy, i po dotarciu do pęcherza obracamy dziób ku dołowi, skierowując go w stronę największej guzowatości gruczołu. Dziób należy silnie zahaczyć o gruczoł, poczem przepuszczamy prąd wody przez narzędzie i, przekonawszy się, że woda krążąca nie napotyka żadnych przeszkód, zamykamy prąd elektryczny. Za pomocą palca, wprowadzonego do odbytnicy, stwierdzamy, czy dziób narzędzia istotnie zahaczył się o gruczoł. Następnie, obracając śrubę w rękojeści, powoli wysuwamy nóż z pochwy i wykonywamy cięcie odpowiedniej długości. Zazwyczaj wystarcza cięcie na 2—3 ctm. długie. Jeżeli nóż napotyka w drodze opór, należy wzmocnić prąd, torowanie drogi siłą może mieć skutki fatalne, gdyż wówczas gruczoł zostaje rozerwany zamiast ulec spaleniu. Po wykonaniu cięcia wsuwamy nóż napowrót do pochwy, prąd elektryczny przerywamy i, utrzymując dalej krążenie wody, obracamy dziób przyrządu do góry i usuwamy z pęcherza. Jeżeli guz wymaga kilku nacięć, powtarzamy ten sam rękoczyn kilkakrotnie w innych kierunkach, poczem dopiero narzędzie usuwamy. BOTTINI radzi wykonywać kilka cięć na jednym posiedzeniu, przekonał się bowiem, że wówczas wynik bywa pewniejszy.

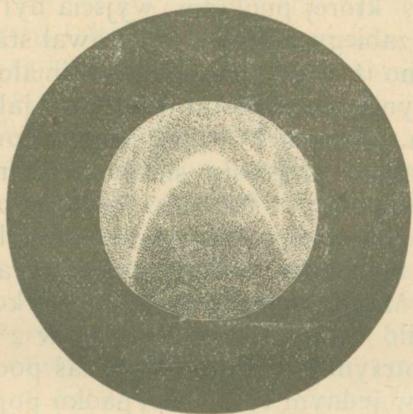
Operacja nie nastręcza żadnych trudności, wymaga jednak pewnych środków ostrożności, a mianowicie: 1) dokładnego wypróbowania narzędzia przed operacją; 2) ciągłego baczenia na to, ażeby aparat ochładzający działał bez zarzutu, w razie zaś najmniejszej niedokładności w krążeniu wody należy niezwłocznie prąd elektryczny przerwać; 3) dokładnego regulowania siły prądu elektrycznego zapomocą reostatu, w celu bowiem uniknięcia krwotoku nóż winien być przez cały czas operacji do czerwoności rozpalony.

Operacja trwa 2—4 minuty, zależnie od ilości nacięć. BOTTINI zapewnia, że dotychczas nie widział ani razu krwawienia ani podczas operacji, ani też w przebiegu pooperacyjnym. Uważa on swoją operację za zupełnie bezpieczną, może ją wykonywać każdy chirurg, umiejący obchodzić się należycie z cewnikiem. Co więcej, można ją zdaniem BOTTINI'ego powtarzać kilka razy bez utraty jednej kropli krwi i bez wywołania jakiejkolwiek reakcji, bądź miejscowej, bądź też ogólnej. To też przebieg pooperacyjny nie przedstawia żadnych powikłań, chorzy natychmiast po operacji wstają, mocz zaś oddają bez potrzeby uciekania się do cewnika. Cewnik może być pożyteczny tylko do zwalczania istniejącego zapalenia pęcherza, które wymaga starannego przemywania w ciągu pewnego czasu. Pozostawianie cewnika na stałe uważa BOTTINI nie tylko za zbyteczne, lecz za wprost szkodliwe, opóźnia ono bowiem powrót mięśnia pęcherzowego do czynności prawidłowych. Działanie lecznicze metody występuje tak bezpośrednio, że ścisły związek między przyczyną a skutkiem jest sam przez się widoczny.

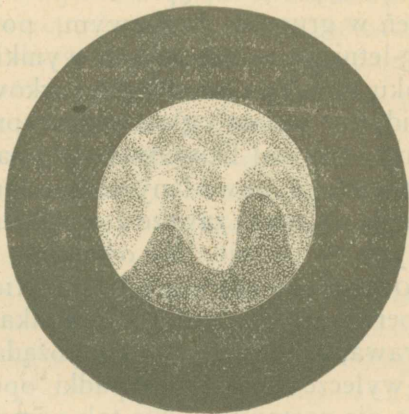
Badania bezpośrednie, dokonane na trupie w celu sprawdzenia rozmiarów zniszczenia, spowodowanego narzędziem BOTTINI'ego, wykazują w gruczole krokowym znaczny brak substancji w postaci brózdy o ścianach szeroko ziejących. Ściany i dno brózdy pokryte są strupem, pod którym tkanka gruczołu ulega zgorzeli na grubość przeszło pół ctm. z każdej strony. Łatwo pojąć, że w miarę oddzielania się tkanek zmartwych szerokość pierwotnej szczeliny znacznie wzrasta i po skończonej eliminacji dosięgnąć może takich rozmiarów, że przeszkoda w oddawaniu moczu zniknie całkowicie. Oczywiście jest, że, ażeby otrzymać tak znaczny ubytek substancji, niezbędne jest mocne rozpalenie tudzież powolne i równomierne prowadzenie noża. Obawa, wyrażona przez NITZE'go, jakoby miejsca nacię-

te mogły zrosnąć się ponownie, nie jest przeto uzasadniona, zwłaszcza, że nacięcia wielokrotne, zalecane przez BOTTINI'ego, znacznie sprzyjają ściąganiu się bliznowemu pozostałych między brózdami części gruczołu. W istocie LOHNSTEIN przekonał się za pomocą badania cystoskopem, że z biegiem czasu brózdy stają się coraz szersze i w końcu gruczoł, który poprzednio sterczał do pęcherza w postaci guza, zamykającego ujście pęcherza, po upływie kilku tygodni ulega znacznemu spłaszczeniu.

Załączone tu fotografie, zdjęte przez MARIACHESSA za pomocą cystoskopu, odtwarzają zraz średni gruczołu krokowego przed operacją (ryc. 3) i w 12 dni po operacji (ryc. 4), wykonanej ze skutkiem pomyślnym. Różnica zachodząca między dwoma tymi obrazami, dokładnie uwydatnia działanie żegadła BOTTINI'ego.



Ryc. 3



Ryc. 4

Co się tyczy wyników operacji pod względem czynnościowym, to jakkolwiek żaden z autorów nie może się poszczycić tak wspaniałą statystyką, jaką wykazuje sam BOTTINI, nie mniej przeto wszyscy oni z bardzo małymi wyjątkami wyrażają się o operacji BOTTINI'ego z wielkiem uznaniem. Statystyka BOTTINI'ego obejmuje 80 przypadków, z których 55 zakończyło się całkowitem wyleczeniem, w 11 osiągnięto poprawę, 12 pozostało bez skutku, w 2 zaś nastąpiła śmierć. Te dwa zejścia śmiertelne przypisuje BOTTINI niedokładnemu działaniu narzędzi wadliwych, osobliwie zaś złej konstrukcji przyrządu ochładzającego. Największą po BOTTINI'm statystykę ogłosił FREUDENBERG, który rozporządza 18 spostrzeżeniami. 12 chorych odzyskało prawidłową sprawność pęcherza, u 4 nastąpiła znaczna poprawa, 2 zmarło, z tych jeden w następstwie zatoru w płucach, drugi skutkiem bardzo ciężkiego stanu ogólnego przed operacją. Należy dodać, że wśród wyleczonych znajduje się siedmiu chorych, którzy dotknięci byli od dłuższego czasu (kilka lat) całkowitem zatrzymaniem moczu, jeden zaś z nich poddał się był na trzy lata przed operacją BOTTINI'ego trzebieniu obustronnemu bez żadnego wyniku. BRUCE CLARKE podaje wyniki 4 spostrzeżeń; w 3 przypadkach nastąpiło wyleczenie całkowite, w jednym znaczna poprawa. Z kliniki CZERNY'ego ogłosił SIMON 8 przypadków, w których dokonana była operacja BOTTINI'ego; cztery przypadki zakończyły się wyzdrowieniem całkowitem, w dwóch osiągnięto poprawę sprawności pęcherza; 2 chorych zmarło skutkiem złego stanu ogólnego.

nego przed operacją. HANČ na 5 przypadków otrzymał wyleczenie raz jeden, 3 razy znaczną poprawę, jeden pozostał bez skutku. VIERTEL utrzymuje, że na 13 przypadków operowanych uzyskał wyleczenie całkowite 9 razy, 4 razy tylko operacja pozostała bez wpływu. MORTON otrzymał znaczne polepszenie w 5 przypadkach operowanych metodą BOTTINI'ego; taki sam wynik podaje CASPER, który również 5 razy operację wykonał. LOHNSTEIN opisuje szczegółowo 12 przypadków, w których 2 razy uzyskał całkowite wyzdrowienie, 6 razy znaczną poprawę, 3 przypadki pozostały prawie bez skutku, raz jeden nastąpiło zejście śmiertelne, które LOHNSTEIN przypisuje ciężkiemu stanowi ogólnemu przed operacją, skutkiem czego stanowczo był operacyi przeciwny; została ona wykonana przez innego lekarza. Również wyczerpująco opisał spostrzeżenia swoje FRISCH, który na 10 przypadków uzyskał 4 wyzdrowienia całkowite i 2 poprawy; 3 razy operacja pozostała bez wpływu, raz jeden nastąpiła śmierć z posocznicy, której punktem wyjścia był ropień w gruczole krokowym, powstały po zabiegu. WEBER operował starca 93-letniego z doskonałym wynikiem, pomimo iż w przypadku tym istniało od roku zapalenie miedniczek nerkowych. Wynik ten pozostał trwałym, jak to widać ze świeżo ogłoszonego sprawozdania. Również wynik bardzo pomyślny otrzymał DOWNES w przypadku znacznego przerostu sterczu u chorego 71-letniego, powikłanym napadami gorączki gnilnej. KÜMMEL wykonał operację 12 razy, zawsze z wynikiem wysoce dodatnim, szczegółów jednak bliższych nie podaje. Na ostatnim kongresie urologów w Paryżu za operacją BOTTINI'ego oświadczyli się NICOLICH i MARIACHESS. NICOLICH wykonał operację 6 razy; w 3 przypadkach nastąpiło całkowite wyleczenie, w 2 poprawa, w jednym skutku pożądanego nie otrzymał. MARIACHESS zaś podaje 3 wyleczenia na 4 przypadki operowane, w jednym tylko przypadku poprawa nie nastąpiła. Nie tak pomyślnie brzmią wyniki, otrzymane przez LENNANDER'a i MEYER'a. LENNANDER podaje na 4 przypadki operowane jedno wyzdrowienie i jedno polepszenie, dwa razy operacja pozostała bez wpływu na sprawność pęcherza. MEYER otrzymał na trzy przypadki jedno wyzdrowienie i dwa zejścia śmiertelne i dla tego wyrażał się o operacyi BOTTINI'ego niekorzystnie. W ostatnich jednak czasach pogląd swój zmienił zupełnie, gdyż w 12 świeżych przypadkach otrzymał wyniki pomyślne, które zniewalają go do oświadczenia, że operacja BOTTINI'ego znacznie przewyższa wszystkie inne metody, zalecane w celu leczenia przerostu sterczu. Najgorsze wyniki otrzymali dotychczas ROCHET i RYDYGIER. ROCHET operował w dwóch przypadkach zgoła bez wyniku dodatniego, RYDYGIER zaś na 2 przypadki otrzymał jedno polepszenie i jedno zejście śmiertelne.

Osobiście rozporządzam 4-ma spostrzeżeniami, w których operacja dała 3 razy wynik zupełnie zadawalający, raz jeden nastąpiła nieznaczna zaledwie poprawa. Szczegółowy opis wszystkich tych przypadków przytaczam poniżej celem dostarczenia czytelnikowi możliwości wyrobienia sobie bezstronnego sądu zarówno o stopniu bezpieczeństwa operacyi, jako też o wartości metody w leczeniu doszczętnem zaburzeń pęcherzowych na tle przerostu gruczołu krokowego.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. G. ROQUE.

Cukromocz niezależny od cukrzycy.

(Dokończenie.—Zob. N. 18).

III. Cukromocz na tle chorób nerwowych.

W roku 1849 wykonał Cl. BERNARD słynne doświadczenie, które polegało na tem, że za pomocą ukłucia na podstawie komórki czwartej, pomiędzy korzonkami nerwu słuchowego i błędnego, wywoływał cukromocz. Od tego czasu zarówno fizyologowie, jak i klinicyści i anatomo-patologowie, gorliwie zajęli się badaniem tej kwestyi, i dziś nie ulega już najmniejszej wątpliwości, że istnieje zależność cukromoczu od zaburzeń układu nerwowego. Na podstawie czwartej komórki znajduje się przypuszczalnie ośrodek, hamujący czynność wątroby, którego porażenie powoduje wzmożenie owej czynności i cukromocz. W rdzeniu kręgowym, na wysokości 4 pary nerwów szyjowych, mieści się ośrodek, pobudzający czynność wątroby, podrażnienie więc tegoż wywiera skutek taki, jak porażenie ośrodka poprzedniego. Istnieją również nerwy pobudzający (współczulny) i hamujący (błędny), łączące odnośne ośrodki z komórkami wątrobowemi.

Cukromocz, występujący w chorobach nerwowych, dzieli prof. ROQUE na 3 rodzaje: a) Cukromocz w chorobach układowych, b) Cukromocz w nerwicach i psychozach, i c) Cukromocz pochodzenia urazowego.

a) Cukromocz w cierpieniach układowych. W przebiegu ataku apoplektycznego, zwłaszcza wskutek krwotoku mózgowego, dawno już (LEUDET w r. 1857) zauważono cukromocz nieznaczny, nie przewyższający 8—10 gr., umiarkowany wielomocz (do 2 litrów na dobę), towarzyszący często białkomocz; długość trwania cukromoczu wynosi przeciętnie 6—8 dni. W rozmięczeniu mózgu objawu tego nie spostrzegano, występujący więc po udarze apoplektycznym cukromocz zdaje się być wskazówką krwotoku mózgowego. W wielu przypadkach siedliskiem krwotoku była okolica opuszkowa.

Cukromocz przejściowy zauważono przy guzach mózgowych, umiejscowionych przeważnie w moście WAROL'a, mózdzku i opuszcze (KOLISCH, WESTPHAL i inni). W paraliżu postępującym (BECQUEREL, BAUD), w nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych (MANNKOFF), w rozsianem stwardnieniu wielogniskowem i wiaździe rdzenia konstatowano cukromocz przejściowy, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie na pierwszy plan występowały objawy opuszkowe (RICHARDIÈRE, EULENBURG, OPPENHEIM). W innych chorobach rdzenia cukromocz należy do rzadkości: znaleziony był wszakże w jednym przypadku rozlanego zapalenia rdzenia (ROQUE), w przebiegu *myelitis transversa* (MAX), choroby POTR'a (BAUM); częściej występuje cukromocz w akromegalii (STERNBERG). W przebiegu wreszcie zapaleń nerwów twarzowego, trójdzielnego (FRIEDRICH) i kulszowego również spostrzegano cukromocz.

b) Cukromocz w nerwicach i psychozach. W moczu, oddawanym po napadzie padaczkowym lub histerycznym, często znajdowany był cukier; cukromocz ten bywa przejściowy. GOOLDLU spostrzegał cukromocz w przebiegu płasawicy, HUCHARD—w chorobie PARKINSON'a, lecz najlepiej objaw ten został zaobserwowany w chorobie BASEDOW'a (CHWOSTEK, LUDWIG

i inni); tutaj występuje on pod 2-ma postaciami: bądź jest nieznaczny, nie przekracza 2—5 gr., jest przepuszczający, — bądź też jest trwały. towarzyszy wielomoczowi i dużemu ciężarowi właściwemu; w obydwóch wypadkach jednakże cukier znika bez śladu. Co się tyczy czasu ukazywania się cukru, to według jednych autorów zjawia się on po poprzednim wystąpieniu objawów choroby BASEDOW'a, według innych zaś poprzedza je. Spostrzegano cukromocz jeszcze w *delirium tremens*, tężcu,—lecz tu może odgrywać rolę podawany chloral-hydrat. W neurastenii cukromocz może być spowodowany wzruszeniami natury moralnej; BUCHARD przytacza przykład męża stanu, u którego pod wpływem trosk i usilnej pracy występował cukromocz; gdy minister ów wypoczął, cukier znikł; gdy do zajęć powrócił, w moczu ukazał się cukier. Z chorób umysłowych spotykano cukromocz w melancholii, hypochondryi i ośpieniu umysłowem.

e) Cukromocz pochodzenia urazowego. HIGGENS, autor amerykański, obserwował 212 przypadków urazu głowy i podzielił je na 2 grupy: 167 przypadków lekkich i 45 cięższych; z tych w pierwszej grupie konstatował cukromocz 10 razy i w drugiej tyleż razy; sądzi więc, że w miarę ciężkości urazu zwiększa się odsetka cukromoczu. W następstwie urazów kręgosłupa (złamań, zwichnięć i t. d.), jakoteż urazów okolicy wątrobowej, również spostrzegano cukromocz. Cukier zjawia się w moczu bądź w 12—14 godzin po urazie, bądź też dopiero po 10—15 dniach, nawet po miesiącu; często towarzyszy mu białkomocz; ilość cukru wynosi od 1,5—20,0 gramów; brak przytem wzmoczonego łaknienia i pragnienia; cukromocz jest zmienny i niezależny od pożywienia, trwa zazwyczaj od 15 dni do 2 miesięcy i znika bezpowrotnie. JAKSCH i STRUEMPPELL w grupie przypadków urazu głowy i kręgosłupa, gdzie nie znajdowali cukromoczu, podawali chorym po 100 gramów cukru w celu wywołania cukromoczu pokarmowego, i w 36% przypadków otrzymywali wyniki dodatnie.

IV. Cukromocz w okresie połogowym.

I tę postać cukromoczu zauważył pierwszy Cl. BERNARD u kobiety po porodzie. Następnie zajął się kwestyą powyższą BLOT i stwierdził obecność cukromoczu fizyologicznego u wszystkich badanych przez siebie 45-ciu położnic, u wszystkich mamek i u połowy kobiet ciężarnych. Cukromocz ten znajdował się w związku z karmieniem i znikał natychmiast przy wystąpieniu jakiegokolwiek stanu chorobowego. Tenże autor spostrzegał objaw powyższy również u wszystkich samic zwierząt ssących. Inni badacze (GUBLER, BOUCHARDAT) potwierdzili fakt ten; LOUVET spostrzegał cukromocz: w 3 dni po porodzie u 5 kobiet na 7, w 9 dni— u 73-ch na 96 kobiet, w 15 dni—do miesiąca u 11 kobiet na 15, w 1—3 miesiące po porodzie u 8 na 16, w 8—16 miesięcy wreszcie u 5 na 19 kobiet. Podczas ciąży spostrzegano cukromocz 2 razy na 7 przypadków (LOUVET); najczęściej zjawia się on dopiero pod koniec ciąży, lub po porodzie, lub wreszcie w początkowym okresie karmienia. W ciągu pierwszych 4-ch dni po porodzie ilość cukru jest najobfitsza, poczem stopniowo się zmniejsza i znika zupełnie z chwilą odstawienia dziecka od piersi. Według LEUVET'a wydziela się cukru od 0,5 do 7,0 gr. na litr moczu, przeciętnie 1,5 gr. na litr; większość badaczy zgadza się na to, że cukier ten wydziela się w postaci laktozy (NAUNYN, HOFFMEISTER).

Co się tyczy patogeny tej postaci cukromoczu, to BLOT i TARNIER stawiają ją w zależności od stłuszczenia wątroby, występującego zazwyczaj w przebiegu ciąży; TAUCONNEAU i DUFRESNE przypisują znaczenie zaburzeniom cyrkulacyjnym wątroby.

Trudno wziąć tę postać cukromoczu za właściwą cukrzycę wobec jej przebiegu łagodnego, krótkotrwałości i braku innych objawów cukrzycy.

Rozpoznanie.

Ażeby rozpoznać jakąkolwiek z wyżej opisanych postaci cukromoczu, niezależnego od cukrzycy, należy oprzeć się na cechach następujących: na etiologii, na wynikach badania moczu, na stanie ogólnym chorego i na przebiegu choroby.

Ad 1). Z punktu widzenia etiologii, każdy cukromocz niecukrzycowy jest objawowy, i zawsze znajdziemy przyczynę, która go wywołała. U osobnika z dyatezą moczanową może on wystąpić pod wpływem otyłości, azoturyi, furunkulozy, pryszczycy lub pomiędzy napadami dny. Cukromocz t. zw. pokarmowy wystąpi wskutek wykroczenia przeciw dyecie, wskutek nienormalnej fermentacji w przewodzie pokarmowym; wystarczy wówczas zmienić dietę lub przeprowadzić dezynfekcję kiszek, i cukier zniknie. Trzecia i czwarta postacie cukromoczu są w związku z zaburzeniami układu nerwowego lub z okresem poglobowym.

Ad 2). Badanie moczu daje ważne wskazówki. Ilość dobową moczu nie powiększa się, ciężar właściwy pozostaje normalnym; ilość cukru nie jest znaczna, bywa zmienna; cukier występuje przeważnie po jedzeniu, nie występuje zaś w moczu nocnym; mocz nie fermentuje; stosownie do przypadku może zawierać białko, kwas moczowy lub szczawiowy, dużą ilość mocznika, czasem leucynę i tyrozynę.

Ad 3). Nie znajdujemy żadnych innych objawów cukrzycy: wielomoczu, wzmożonego pragnienia i łaknienia, wpływu na stan ogólny chorego, osłabienia ogólnego, zmian w odruchach. Trwać może cukromocz lata całe, lecz z przestankami, podczas których znika zupełnie.

Jakkolwiek rozporządzamy dość wybitnymi cechami różniczkowymi dla wyróżnienia cukromoczu objawowego od cukrzycy, jednakowoż mogą nadarzyć się poważne trudności w rozpoznaniu. U artrytyków, np., spotykamy lekkie postacie cukrzycy, bez wielomoczu, wzmożonego pragnienia i t. d., z zachowaniem dobrego stanu ogólnego, z cukromoczem nieznacznym, ulegającym częstym zmianom; taki rodzaj cukrzycy trudno będzie na razie wyróżnić od zwykłego cukromoczu; lecz znajdując cukier w moczu rannym, konstatując coraz większe osłabienie odruchów kolanowych i wzmagające się ogólne osłabienie, — przechylimy rozpoznanie na stronę cukrzycy, która wkrótce może objawić się nagłym pogorszeniem lub śpiączką cukrzycową. Lekkie postacie cukrzycy mogą także być pochodzenia pokarmowego, nerwowego lub poglobowego, — i tu zawsze mogą wynikać trudności w rozpoznawaniu: lecz gdy cukrzyca prowadzi prędzej czy później do wyniszczenia ustroju, każda z postaci cukromoczu ma charakter łagodny i posiada w wysokim stopniu skłonność do zupełnego uleczenia.

Rokowanie.

Wszystkie postacie cukromoczu, niezależnego od cukrzycy, dają rokowanie pomyślne. Spostrzegane bywają najczęściej niespodzianie u osobników, cieszących się doskonałym zdrowiem i uskarżających się tylko na chwilowe zaburzenia w trawieniu lub w układzie nerwowym. — Gdy cukrzyca, występująca w przebiegu ciąży, stanowi powikłanie ciężkie i niebezpieczne tak dla matki, jak i dla płodu, — ukazujący się w tym czasie cukromocz nie pociąga za sobą żadnych złych następstw i uważany bywa nawet niejako za przywilej dobrych mamek.

Cukromocz, występujący w przewlekłych nieżytach żołądka, jest tylko wyrazem przekrwienia czynnego wątroby. Cukromocz u artrytyków nie posiada wybitnego znaczenia; wreszcie w przebiegu chorób nerwowych ukazujący się cukromocz nie pogarsza wcale rokowania.

Gdy cukrzyca prawdziwa wywiera nadzwyczaj ujemny wpływ na cierpienia płuc i na bieg zablizniania ran, — nie daje się to wcale zauważyć w cukromoczu niecukrzycowym.

Wreszcie istnieje kwestya, wszechstronnie niemal już omówiona na posiedzeniach Paryskiej Akademii Medycznej, Berlińskiego i Londyńskiego Towarzystw Lekarskich, — czy cukromocz długotrwały może przejść w cukrzycę? Jedni autorzy odpowiadają przecząco (THOMAS, RUMBOLD), inni twierdząco (LOEB, FRERICHs), podając wytworzenie się cukrzycy po 20—30-letniem istnieniu wyłącznie cukromoczu. Według zdania prof. ROQUE'a, objaw chorobowy nigdy nie może przemienić się w chorobę, cukromocz tedy nie może stać się cukrzycą; te zaś przyczyny, które zdołały wywołać cukromocz, mogą z biegiem czasu sprowadzić i cukrzycę właściwą: mamy tu wszak dnę, nadużycie pokarmów mącznych i cukru, zaburzenia w trawieniu, choroby nerwowe i ciężę, — tego rodzaju czynniki mogą, bez kwestyi, spowodować tak cukrzycę, jak i cukromocz; będziemy jednakże mieli do czynienia nie z przeobrażeniem cukromoczu, ale z nową zupełnie jednostką chorobową.

Należy więc obawiać się w każdym przypadku cukromoczu wystąpienia z czasem cukrzycy z tego względu, że dany osobnik dotknięty jest dną, cierpieniem nerwowem lub cierpieniem przewodu pokarmowego. Bardzo jest przytem możliwem, że u niektórych osobników istnieje wrodzone upośledzenie czynności wątroby, co powoduje większą skłonność do zachorowania na cukrzycę. Wreszcie sama długa obecność obfitej ilości cukru we krwi, towarzysząca przewlekłemu cukromoczu, stanowi czynnik drażniący komórki wątrobowe (Cl. BERNARD) i z czasem może sprowadzić „cukrzycę wątrobową.“

Leczenie.

Na pierwszym planie stoi kwestya uregulowania diety. Jakkolwiek niema potrzeby tak ściśle ograniczać dietę, jak to ma miejsce w cukrzycy, jednakowoż należy udzielić choremu pewnych wskazówek; tak w cukromoczu pokarmowym należy zabronić pokarmów mącznych i cukru, w cukromoczu połogowym — mleka, i t. d. stosownie do etiologii. Wyskok jest przeciwwskazany we wszystkich postaciach cukromoczu.

a) Leczenie cukromoczu na tle dyatezy moczanowej. Z pożywienia winny być usunięte przedewszystkiem pokarmy i napoje, zawierające cukier, zwłaszcza wino szampańskie i piwo; z owoców najmniej cukru według MAYET'a zawierają: melony, porzeczki, maliny, pomarańcze, — według LÉPINE'a jeszcze brzoskwinie; dozwolone są migdały i orzechy. Chleb zwykły starano się zastąpić chlebem z otrębów, chlebem żytnim (MUNZ); w każdym razie należy zmniejszyć ilość chleba, zezwolić na spożywanie chleba wyłącznie czerstwego, a najlepiej samej skórki. Ciasta są stanowczo przeciwwskazane; kartofle dozwolone w małej ilości; kapustę i jarzyny należy wyłączyć z pożywienia. Zalecenie choremu diety wyłącznie mięsnej jest niewłaściwe, gdyż dla zrównoważenia wydalanych codziennie przez ustrój 310 gr. węgla chory musiałby przyjąć 2 kilogramy mięsa dziennie, — co pociągnęłoby za sobą poważne zaburzenia w trawieniu.

Należy zalecić rosół, jaja, ryby, a z mięsa oddać pierwszeństwo mięsu białemu, cielęcinie, świeżej wieprzowinie. Jako napój może służyć Bordeaux z wodą sodową, herbata i kawa niesłodzone. Pragnienie należy gasić przetworami chinu, *quassiae* lub ekstraktem słodowym z wodą.

Po zniknięciu cukru z moczu można zezwolić na umiarkowane spożywanie cukru i pokarmów mącznych, lecz pod warunkiem, aby często dokonywany był rozbiór moczu, i z chwilą ukazania się cukru dieta znów ściśle była przestrzegana

U osobników starszych prócz tego z doskonałym rezultatem stosuje się wodę Vichy lub Karlsbad. Prof. ROQUE podaje jeszcze przepis następujący: 1) Rano naczczko łyżeczkę od kawy soli Karlsbadzkiej, rozpuszczonej w wodzie gorącej, 2) Na $\frac{1}{2}$ godziny przed obiadem i kolacją po $\frac{1}{2}$ szklanki wody Vichy-Celestins, 3) 2 razy dziennie po jedzeniu po 2 gramy dwuwęglanu sodu. — Jeśli mocz zawiera obfitą ilość kwasu moczowego lub szczawowego, należy przeznaczyć 2 razy dziennie przed jedzeniem po 0,30 *lithii carbonici* w $\frac{1}{2}$ szklanki wody Vichy. Przy współczesnej azoturyi należy zastosować arsenik. Osobnikom otyłym zalecimy ćwiczenia fizyczne (gimnastykę pokojową, fechtunek, przechadzki), dbałość o należyta czynność skóry (wcieranie spirytusu, kąpiele masaż).

b) Leczenie cukromoczu na tle zaburzeń w trawieniu. Wobec tego, że cukromocz tutaj może być spowodowany przez nadużycie pokarmów mącznych i cukru, należałoby przypuścić, że zalecenie diety wyłącznie mięsnej lub tłuszczowo-białkowej CANTANI'ego najprędzej doprowadzi do celu. Tymczasem chorzy tego rodzaju nie znoszą tłustego mięsa, ani dużych ilości pokarmów, gdyż najczęściej dotknięci są nieżytem przewlekłym żołądka. Należy więc przepisać dietę mieszaną z ograniczeniem pokarmów mącznych i cukru. — Jeżeli cukromocz został spowodowany samozatruciem i przekrwieniem wątroby, jeżeli towarzyszy mu białkomocz, — doskonale wyniki daje dieta mleczna (jakkolwiek na pozór wyda się to dziwnem). — Z przetworów farmaceutycznych należy zalecić leki przeciwnilne: kwas salicylowy (5—6 gr.), kwas mleczny (1—2 gr. — CANTANI), lub według ROQUE'a bendżwinian sodu (2—3 gr. dziennie) albo salol (po 0,50 gr. 3—6 razy dziennie). W razie obecności rozszerzenia żołądka należy przedsięwziąć przeplukiwanie żołądka.

c) Leczenie cukromoczu na tle chorób nerwowych. Tu dieta odgrywa rolę drugorzędną, natomiast na pierwszy plan występują przetwory farmaceutyczne. Dawniej zalecano z dobrym skutkiem bromek potasu, waleryanę (*Estr. Valer.* 0,20 *Extr. Opii* 0,015 + *Natr. arsen.* 0,002 w jednej pigułce. HUCHARD.), *belladonnę*, *opium*; lecz wszystkie te leki straciły swą wartość od czasu, kiedy LÉPINE wskazał znakomite działanie w tych przypadkach antypiryny (2—4 gr. dziennie). U neurasteników i chorych umysłowych zalecają z dobrym skutkiem strychninę (*Strychnini sulf* 0,05 + *Aquae* 150,0. S. 2—3 łyżeczki od kawy dziennie. BOUCHARD). Prócz tego należy zastosować gimnastykę, fechtunek, przechadzki, hydroterapię.

d) Leczenie cukromoczu w okresie połogowym. Wobec spostrzeżenia VOLT'a, który, wprowadzając kobiecie karmiącej cukier trzcinowy, otrzymywał w moczu laktozę, należy zabronić w tej postaci cukromoczu nie tylko mleka, lecz wszelkich pokarmów mącznych i zawierających cukier. Leczenie przetworami farmaceutycznymi jest zbyteczne i zresztą mogłoby być szkodliwe dla dziecka. („*Les glycosuries non diabétiques*“ par G. Roque. 16. Paris. Baillière et fils).
W. Rubin.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 11 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) L. KRAUZE — Przedstawienie a) chorego po operacji nowotworu (papilloma) pęcherza moczowego, b) 16-letniej panny z przerostem sutek. 2) B. SAWICKI — Przedstawienie chorej po wypełnieniu braku kostnego w kości goleniowej za pomocą płytki SCHULTEIN'a. 3) H. ODERFELD — „W sprawie operacyjnego leczenia wPOCHWLENIA JELITA. Przyczynek do techniki operacyjnej“. 4) S. GROSLIK — „Wypalanie galwaniczne przerostu gruczołu krokowego sposobem BOTTINI'ego“ (z przedstawieniem przyrządu).

!) Kol. L. KRAUZE przedstawił 67-letniego mężczyznę, któremu w maju 1897 r. w szpitalu starozakonnych usunął przez kruszenie kamień z pęcherza moczowego. Chory ten w ciągu 8 miesięcy po operacji czuł się zupełnie dobrze. W pierwszych dniach stycznia r. z. chory zauważył, że w moczu jego pokazuje się kre w

w ilości coraz to większej. Podczas używania środków wewnętrznych krwotoki zmniejszyły się, lecz nie ustawały. Badanie pęcherza za pomocą zgłębnika nie wykryło ciała obcego w pęcherzu. Cystoskopowanie nie mogło być przedsięwzięte z powodu krwawienia przy każdym wprowadzaniu narzędzia. W ostatnich czasach krwawienia przy każdym oddawaniu moczu bywały nadzwyczaj obfite; chory bladł, tracił łaknienie, miewał zawroty głowy. Stan taki zmusił go do wstąpienia do szpitala.

Kol. KRAUZE, przypuszczając że ma do czynienia z nowotworem pęcherza zaproponował choremu operację, którą wykonał w dniu 21 lutego r. b. Po przecięciu pęcherza stwierdzono na dnie tegoż nieco powyżej wewnętrznego otworu cewki guz wielkości orzecha włoskiego, na szerokiej podstawie, mocno krwawiący. Nieco wyżej znaleziono drugi guz mniejszy, mający również szeroką podstawę. Guzy te kol. KRAUZE wyciął i dno przypalił żegadłem PACQUELIN'a. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Po 40 dniach po operacji rana zagoiła się. Chory wypisał się ze szpitala, czując się zupełnie dobrze: mocz oddaje bez bólu, mocz czysty, krwi nie zawiera.

Badanie drobnowidzowe nowotworu wykazało budowę brodawczaka (*papilloma*).

Następnie kol. KRAUZE przedstawił 16-letnią pannę, prawidłowo zbudowaną, która od roku zauważyła, że sutki jej zaczynają się niepomiernie powiększać i obecnie doszły do kolosalnych rozmiarów. W prawej sutce można wyczuć guzy, niebolesne, twarde, w lewej zaś także same, lecz nieco mniejsze. Prócz owego przerostu sutek żadnego innego zбочenia u pacjentki wykryć nie można.

2) Kol. B. SAWICKI przedstawił 35-letnią kobietę, której przed rokiem z powodu zapalenia szpiku kostnego wykonał wydlutowanie kości goleniowej. Ponieważ brak w kości po operacji nie zagoił się, kol. S. w styczniu r. b. wykonał u chorej plastykę SCHULTEN'a, po której nastąpiło zupełne zagojenie. Przesunięty płat mięsny uległ do pewnego stopnia zanikowi; można go jednakże wyczuć wyraźnie. SCHULTEN zalecał wypełnianie braków kostnych za pomocą mięśni tylko na udzie, proponując dla goleni operację innego rodzaju. Kol. SAWICKI jednak sądzi, że i braki w kości goleniowej mogą być wypełnione za pomocą tej metody.

3) Kol. H. ODERFELD wygłosił odczyt p. t. „W sprawie operacyjnego leczenia wPOCHWlenia jelit. Przyczynek do techniki operacyjnej“. Praca ta drukowana będzie w naszym piśmie.

W dyskusyi kol. W. STANKIEWICZ wyraził zdanie, że proponowana przez kol. ODERFELDA metoda jest lepsza w porównaniu z innymi metodami ze względu na swoją prostotę, jak i ze względu na możliwość czystości przy operacji, zabezpieczamy bowiem chorego od możliwego zakażenia. Metoda ta również gwarantuje bezpieczeństwo krwotoku z krezki.

Kol. B. SAWICKI wypowiada się przeciwko operowaniu wPOCHWlenia metodą LESZCZYŃSKIEGO-BAHRKER'a. Sądzi on, że krezka jelita wgłobionego bywa zazwyczaj bardzo sfałdowana, wskutek czego dokładne nałożenie szwów jest często niemożliwe; po za tem w szyi wgłobienia często wytwarza się zwężenie światła jelita, co w przyszłości może wywołać niedrożność.

4) Kol. S. GROSLIK wygłosił odczyt p. t.: „Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem BOTTINI'ego“. Praca ta drukowana jest w tymże numerze „Medycyny“.

W dyskusyi kol. Wł. STANKIEWICZ nie sądzi, aby sam jedynie przerost gruczołu krokowego wystarczał do wytłumaczenia zatrzymywania moczu, ponieważ widzimy dość często ludzi w różnym wieku z bardzo znacznym przerostem gruczołu krokowego, a jednak nie doznają oni żadnej trudności w oddawaniu moczu. Zdaniem kol. STANKIEWICZA najczęstszą przyczyną zatrzymywania moczu są zmia-

ny gruczołu krokowego i pęcherza, stan, nazwany przez szkołę GUYON'a prostatyzmem. Zmiany te, jak to wykazała anatomia patologiczna, polegają na tem, że nie tylko następuje przerost tkanki włóknistej kosztem tkanki gruczołowej, lecz jednocześnie mamy t. zw. miażdżycę (*sclerosis*) w samej ścianie pęcherza, wskutek czego zanika warstwa mięśniowa *m. detrusoris*, przez co powstaje znaczne osłabienie jego kurczliwości. Zanim jednak nastąpi zupełne i przewlekłe zatrzymanie moczu, chorzy tacy w ciągu nieraz bardzo długiego czasu doświadczają od czasu do czasu zatrzymania moczu przejściowego skutkiem zaburzeń zapalnych, powstałych z różnych przyczyn, jak: zaparcia stolca, przeziębienia, nadużycia napojów wysokich i t. p. Pod wpływem tych zaburzeń następuje silne przekrwienie szyi pęcherza, wywołujące skurcz zwieracza pęcherza, którego to skurczu osłabiony *m. detrusor* nie może pokonać dla wydalenia zebranego moczu. Takie często powtarzające się napady przekrwienia szyi pęcherza głównie prowadzą do zupełnego i przewlekłego zatrzymania moczu. W każdym przypadku należy ściśle rozpoznać przyczynę zatrzymania moczu. Jeżeli pomimo nawet znacznego przerostu gruczołu krokowego cewnik łatwo dostaje się do pęcherza, to chorzy, posługując się nim, powoli poprawiają się. Jeżeli zaś przy wprowadzaniu cewnika występuje silne podrażnienie, ból, krwawienie, a wreszcie niemożność wprowadzenia cewnika, zależnie od przerostu gruczołu krokowego, wówczas należy uciec się do zabiegów poważniejszych, a więc do usunięcia gruczołu krokowego w części lub całkowicie (*Prostatectomia*), do utworzenia sztucznego odpływu (*cystostomia*), do metod, zmierzających do wywołania zaniku przerosłego gruczołu krokowego (*castratio, resectio vasis deferentis*) lub też do opisanego przez prelegenta sposobu BOTTINI'ego.

Kol. STANKIEWICZ sądzi, że metodę BOTTINI'ego można stosować tylko w pewnych postaciach przerostu gruczołu krokowego. Wyniki otrzymane przy stosowaniu tej metody, mogą być dobre w tych przypadkach, kiedy przeszkoda w oddawaniu moczu zależy od przerostu płata środkowego gruczołu, gdy przerost ma postać ruchomej kłapy lub kształt wału przy ujściu cewki. Zastanawiając się nad przypadkami, w których nastąpiła szybka i wyraźna poprawa po wypaleniu rowka w gruczole krokowym, kol. STANKIEWICZ dochodzi do wniosku, iż przyczyny tego szukać należy w częściowem zniszczeniu zwieracza szyi pęcherza.

Kol. B. SAWICKI sądzi, że przyczyny zatrzymania moczu mogą być najrozmaitsze: w niektórych przypadkach — wystający guz gruczołu krokowego, w innych — zmiany w ścianie pęcherza moczowego, w innych wreszcie przyczyna leży w ukrwieniu i unerwieniu pęcherza. Kwestya zatrzymania moczu w przerostie gruczołu krokowego długo jeszcze pozostanie nierozstrzygniętą. Kol. SAWICKI przypomina, że po usunięciu gruczołu krokowego czy to przez operację od zewnątrz (DITTEL), czy też od środka (TRENDELENBURG i inni) nie zawsze otrzymywano wynik dodatni. Co się tyczy zdania, wypowiedzianego przez kol. STANKIEWICZA, że szybką i wyraźną poprawę po wypaleniu rowka w gruczole krokowym zawdzięczać należy zniszczeniu zwieracza szyi pęcherza, to kol. SAWICKI nie przeczy tej ewentualności, lecz sądzi, że ma to miejsce niezawsze, skoro i innemi metodami, przy których nie przecina się zwieracza, otrzymywano wynik dodatni.

Kol. H. NUSSBAUM zaznacza, że pogląd GUYON'a nie wydaje mu się racjonalnym, nie można bowiem w powstawaniu zatrzymania moczu u starców przypisywać tak wybitnej roli miażdżycy naczyń, gdyż kobiety, które przecież także ulegają miażdżycy naczyń, nie wykazują w starości takich objawów ze strony pęcherza, jak mężczyźni. Zdaniem kol. NUSSBAUMA w powstawaniu zaburzeń pęcherzowych u osób starszych odgrywa główną rolę przeszkoda mechaniczna ze strony przerostu gruczołu krokowego.

Zdaniem kol. A. CIECHOMSKIEGO metoda BOTTINI'ego może dawać dobre wyniki w tych razach, w których przerostowi uległ średni zraz gruczołu krokowego. Nie należy jednak potępiać metody leczenia przerostu gruczołu krokowego za pomocą operacji na sznurkach nasiennych i jądrze. Kastracja nie jest pozbawiona wartości. Kol. CIECHOMSKI stosował tę operację w 7 przypadkach i otrzymał wyniki zadawalające.

Kol. W. SZTEYNER podziela zdanie kol. CIECHOMSKIEGO co do wartości nie tylko kastracji, ale i podwiązki przewodów nasiennych. Ostatnia operacja jest niewinna, a daje niekiedy dobre wyniki.

Prof. BRODOWSKI nie sądzi, aby przekrwienia szyi pęcherza mogły powodować długotrwałe zatrzymanie moczu. Prawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że przyczyną długotrwałych a jednak przemijających zatrzymań moczu bywa spazm zwieracza pęcherza.

Kol. STANKIEWICZ z powodu uwagi kol. NUSSBAUMA zaznacza, że dopóki niema zmian w pęcherzu, to nawet znacznie przerosły gruczoł krokowy nie wywołuje zatrzymania moczu. U kobiet są zupełnie odmienne warunki anatomo-fizyologiczne, niż u mężczyzn, i dla tego *m. detrusor* nie odgrywa u nich tej roli.

W odpowiedzi na poczynione uwagi kol. GROSLIK zaznacza, że pogląd na sprawę niedomogi pęcherza u starców dotąd nie jest jeszcze ustalony. Większość chirurgów upatruje w powiększonym gruczole krokowym zaporę mechaniczną dla odpływu nagromadzonego w pęcherzu moczu. Pogląd GUYON'a jest oparty na faktach klinicznych. Nowsze zaś badania anatomo-patologiczne wykazały, że miażdżycę tętnic pęcherzowych rzadko bywa spostrzegana w przebiegu przerostu gruczołu krokowego, tłem zaś anatomicznem niedomogi pęcherza jest nie zwyrodnienie włókniste ściany pęcherza w następstwie miażdżycy, lecz zanik mięśnia pęcherzowego. Zanik taki rzadko występuje samoistnie, zazwyczaj zaś bywa następstwem działania zapory mechanicznej, tkwiącej w szyi pęcherza. Zatrzymanie moczu powstaje wówczas tylko, jeżeli powiększony gruczoł zniekształca część krokową cewki, tworząc przez to zapory dla odpływu moczu, i jeżeli mięsień pęcherzowy nie jest w stanie powstałej przeszkody przezwyciężyć. Nie każde więc powiększenie gruczołu krokowego pociąga za sobą zatrzymanie moczu. T. zw. *prostatisme vésical* GUYON'a — samoistna niedomoga pęcherza — spostrzegać się daje bardzo rzadko.

Kol. GROSLIK uważa we wszystkich ostrych przypadkach zatrzymania moczu wszelki zabieg energiczniejszy za przeciwwskazany. Nie sądzi jednak, aby w zatrzymaniu moczu przewlekłym, trwającym miesiące i lata, chorzy, którzy posługują się cewnikiem, mogli odzyskać należyłą sprawność pęcherza. Dla tej właśnie kategorii chorych wynaleziono cały szereg metod operacyjnych, mających na celu doszczętne usunięcie przeszkody mechanicznej, jaka tkwi w szyi pęcherza. *Prostatectomia*, jak utrzymują MAC GILL, THOMPSON, GUYON i inni, jest operacją ciężką i niebezpieczną, dającą wyniki słabe. Co się tyczy kastracji i wycinania nasieniodowodu, to tylko w niektórych razach operacje te dawały wyniki zadawalające, w większości zaś przypadków zawodzą.

Zdaniem kol. GROSLIKA metoda BOTTINI'ego nie znalazła jeszcze tego rozpoznania, na jakie niewątpliwie zasługuje; została ona jednak należycie oceniona.

Kol. GROSLIK nie zgadza się ze zdaniem kol. STANKIEWICZA, aby dobre wyniki po tej operacji zależały od częściowego zniszczenia zwieracza, gdyż w większości przypadków przerostu gruczołu krokowego mięsień ten odgrywa bardzo małą rolę, ulega on bowiem znacznemu rozciągnięciu i zanikowi, przez co funkcja jego zostaje niemal całkowicie zniesioną. Wpływanie moczu kroplami, jakie niekiedy

spostrzegano po tej operacyi, zależy od obrażenia zwieracza zewnętrznego, czyli zwieracza cewki, co jednak zdarza się rzadko.

Dobre wyniki po operacyi BOTTINI'ego należy przypisać zniszczeniu zapory mechanicznej, a mianowicie, znacznemu spłaszczeniu gruczołu krokowego, jakie powstaje wskutek blizn po wypalaniu żegadłem szerokich bródz w przerosłym gruczole.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny zawodowej i przemysłu z dnia 27 kwietnia r. b.

D-r TCHÓRZNICKI wygłosił odczyt o kasach dla chorych robotników fabrycznych. Kasy takie są bardzo rozpowszechnione zagranicą i są rozmaitych typów, zależnie od miejscowości i rodzaju fabryki. Wszystkie typy kas, które zapewniają uczestnikom w zamian za złożone oszczędności nie tylko pomoc w razie choroby, lecz i w razie nieszczęścia losowego, oddają ogromne usługi zarówno pracującym jak i pracodawcom. W celu zapoznania wydziału z działalnością takiej kasy, przedstawił prelegent sprawozdanie z obrotów kasy, która istniała przy jednej z fabryk warszawskich i nadzwyczaj wielkie usługi tam oddawała. Warszawski urząd do spraw fabrycznych, uznając ważność instytucji kas, wypracował ustawę normalną i przesłał ją do zatwierdzenia ministeryum finansów, tymczasem zaś postanowił działalność kas, dotąd istniejących, lecz we właściwej drodze nie zatwierdzonych, zawiesić.

Projekt inspekcji przesłany do zatwierdzenia zawiera następujące 20 §§.

1) Właściciele fabryk i zakładów przemysłowych, w których pracuje nie mniej, niż 30-tu robotników, obowiązani są urządzić kasę pomocy i oszczędności. W zakładach, zatrudniających mniejszą liczbę robotników, zakładanie kas takich nie jest obowiązkowe, lecz pożądane.

2) Celem kasy jest udzielanie zapomóg bezzwrotnych robotnikom i ich rodzinom oraz przyjmowanie od nich oszczędności.

3) Każdy robotnik, posiadający książeczkę kasową, jest obowiązkowo uczestnikiem kasy, licząc od dnia, w którym został stałym robotnikiem, to jest otrzymał rzeczoną książeczkę.

4) Kantor fabryki utrzymuje na rzecz kasy kwoty dwojakiego rodzaju: a) 1% z należnego robotnikowi zarobku idzie na utworzenie kapitału, na wydawanie zapomóg bezzwrotnych; b) 3% od zarobku formuje kapitał, stanowiący własne oszczędności robotnika. Jeżeli robotnik przestaje pracować nie na własne żądanie, ma prawo otrzymać całą kwotę w chwili odejścia z fabryki. Jeżeli zaś odchodzi na własne żądanie, otrzymuje oszczędności swoje po upływie dwóch miesięcy. I w tym ostatnim razie jednakże inspekcja fabryczna ma prawo zdecydowania o natychmiastowej wypłacie oszczędności. Opuszczając fabrykę, robotnik traci prawo otrzymywania zapomóg bezzwrotnych, służy mu jednak prawo w ciągu dwóch miesięcy po wyjściu z fabryki, jeżeli w ciągu lat 5-iu był członkiem kasy.

5) Przy rachunkach uwzględniane są tylko całe ruble, pół rubla i więcej niż pół uważane są jako całość.

6) Obydwie kategorie oszczędności kantor wpisuje do książeczki rachunkowej, a po roku robotnik otrzymuje oddzielną książeczkę, w której zapisane są jego oszczędności.

7) Do funduszu zapomóg, tworzonego z jednoprocentowych odliczeń, mogą być dodawane dobrowolne ofiary właściciela fabryki oraz kary. Z funduszu tego członkowie mają prawo otrzymywać zapomogi. a) W razie choroby robotnik w ciągu 3-ch miesięcy może otrzymywać zapomogę równą połowie zarobków jego,

normowanych według płacy w ciągu ostatnich 2-ch miesięcy. Pracujące kobiety w razie ciąży otrzymują w takich samych warunkach i tak samo wysoką zapomogę w ciągu 2-ch tygodni przed porodem i 2-ch tygodni po porodzie. b) W wyjątkowo nieszczęśliwych wypadkach (pożar, wylew i t. p.) wysokość zapomogi określa w każdym wypadku inspekcja fabryczna. c) Na pogrzeb żony lub męża wydaje kasa 15 rbl., na pogrzeb dziecka rbl. 10. Jeżeli kasa idzie dobrze i posiada dosyć kapitału, mogą być wydawane zapomogi i w razie choroby członka rodziny.

8) Na wypadek śmierci samego robotnika, wdowa bezdzietna otrzymuje rbl. 20, wdowa z dziećmi rbl. 25 i rodzina zmarłej robotnicy otrzymuje takie same kwoty.

9) Inspekcja fabryczna decyduje we wszystkich wypadkach nieporozumień co do spraw kasy, jak również ma prawo według własnego uznania zmieniać stosownie do okoliczności decyzje co do różnych uprzednio wymienionych paragrafów.

10) W celu otrzymania zapomogi robotnik winien przedstawić odpowiednie świadectwo lekarza fabrycznego lub policyi. Jeżeli choroba trwa nie dłużej, jak 3 dni, zapomóg nie wydaje się.

11) Sprawami kasy zarządza kantor fabryki. Właściciel fabryki odpowiedzialny jest za całość kapitałów.

12) Powinny być prowadzone książki rachunkowe, zatwierdzone i sznurowane przez inspekcję fabryczną: a) dla zapisywania dochodów i rozchodów zapomóg bezzwrotnych, b) dla zapisywania odliczeń oszczędności.

13) Inspekcja fabryczna kontroluje kasę i otrzymuje sprawozdanie roczne o jej stanie.

14) Każdy robotnik ma prawo co miesiąc prosić kantor fabryki o sprawdzenie odliczeń, robionych z jego zarobków.

15) Dwa razy do roku kantor wywiesza dla wiadomości robotników ogłoszenia o stanie kasy.

16) W kantorze kasy może się znajdować suma od 100 do 500 rbl. Sumy wyższe należy wносить do kasy oszczędnościowej Banku państwa, a ztamtąd bez pozwolenia inspekcji fabrycznej odbierać ich nie wolno.

17) Takie same przepisy obowiązują co do przechowywania funduszy oszczędnościowych.

18) Oprócz oszczędności robotnik otrzymuje i odsetki od nich, które obliczane są stosownie do przepisów kas oszczędnościowych Banku państwa.

19) Jeżeli robotnik zaciągnął pożyczkę lub otrzymał zaliczenie naprzed za robotę, to w chwili odejścia właściciel fabryki ma prawo kwotę tę uregulować z sumy robotnikowi należnej.

20) W wypadkach wyjątkowo ważnych i za pozwoleniem inspekcji fabrycznej robotnik, nie odchodząc z fabryki, może otrzymać połowę, a nawet więcej ze swoich oszczędności.

W dyskusji p. ORGELBRAND zaznacza, że wobec zawieranych teraz umów, ubezpieczających robotników od nieszczęśliwych wypadków, kasy są po części zbędne, zresztą dyskusja jest teoretyczną, ponieważ obecna inspekcja nie pozwala na otwieranie kas.

D-r TOKARSKI komunikuje, że w Żyrardowie była kasa, do której robotnicy składali 10,000 rubli, właściciel dodawał 80,000. Były ciągłe nieporozumienia i skargi na zarząd, tak że musiano kasę zamknąć.

P. GERLACH objaśnia dla czego w niektórych fabrykach kasy dla chorych funkcjonują. Kto nie zachował oryginału pozwolenia na otwarcie kasy, podpisanego przez inspektora fabrycznego, temu ją zamknięto.

D-r KURTZ przytacza, że w fabryce Orthweina robotnicy płacą 2% od zarobku, który obracają na leczenie rodzin i zapomogi w chorobach wewnętrznych. W wypadkach chorób zewnętrznych połowę zarobku wypłaca towarzystwo ubezpieczeń. Robotnicy są z tego zadowoleni.

D-r BABIŃSKI objaśnia, że istniejące kasy są tylko tolerowane do czasu zatwierdzenia ustawy normalnej. Robotnicy tam się będą garnąć do kas, gdzie będą mieli zaufanie do administracyi i będą przyjmowali udział w zarządzie.

Braki projektu rządowego może zauważyć finansista. Złem jest, że projekt rządowy wymaga oddzielnej kasy przy każdej fabryce. Jeżeli robotnik zaraz po wstąpieniu do fabryki zachoruje, obciąży mocno budżet kasy. Za granicą łączą się przy jednej kasie ludzie jednego fachu. Zaczątek tego jest u nas przy niektórych cechach,

D-r TOKARSKI przytacza zwyczaj t. zw. „Berufsgenossenschaften“. Żeby uniknąć symulacyi ze strony uczestnika, zaczynają mu wypłacać cały zarobek dopiero po 2 tygodniach choroby, przez które musi się sam utrzymywać, po dwóch miesiącach płacą mu aż do wyzdrowienia połowę zarobku.

P. MAYZNER oświadcza, że projekt rządowy jest podobny do urządzeń niemieckich, jest jednak zły, bo daje zbyt wielkie prawo inspekcji fabrycznej. Obszerniejsze zestawienie ma p. M. zrobić na następnem posiedzeniu, t. j. 25 maja.

Ostatecznie wydział przyszedł do wniosku, że kasy dla chorych oddają niespożyte zasługi nie tylko dla zdrowia robotników, lecz i ich rodzin i dla tego byłoby nader pożądanem, aby ustawa kasy dla chorych była możliwie najprędzej w fabrykach obowiązkowo wprowadzona.

P. TUSZEWSKI, tapicer, mówił o fabrykach włosia. Oczyszczanie włosia odbywa się w lokalach ciasnych, brudnych, służących jednocześnie za mieszkanie dla licznej nieraz rodziny fabrykanta. Gotowanie włosia należy do rzadkości, a suszenie odbywa się często w piekarniach. Przedstawione próbki włosia w najlepszym gatunku, jaki można dostać w Warszawie, wykazały ogromne zanieczyszczenie tego produktu odpadkami zwierzęcymi. Cierpią na tem przedewszystkiem tapicery, gdyż razem z brudem może roznosić się zaraza. Za granicą przemysł oczyszczania włosia pod względem higienicznym nie pozostawia nic do życzenia.

D-r TCHÓRZNICKI, który miał możność zbadania handlu włosiem, oświadcza, że bardzo ścisłe przepisy, wydane przez rząd, nie mogą być wprowadzone w życie, gdyż drobni producenci nie mają na to środków. Fabryki są to mieszkania prywatne, często nie skanalizowane, bez nieprzemakalnej podłogi i odpowiednich kotłów. Potrzeba założyć jedną wielką fabrykę, któraby się finansowo opłaciła.

Przemawiali jeszcze d-r REMBIELIŃSKI, p. TUSZEWSKI, d-r ZAWADZKI Aleksander, d-r TCHÓRZNICKI, d-r BABIŃSKI i p. ORGELBRAND, wreszcie wybrano komisję z panów d-ra TCHÓRZNICKIEGO, d-ra REMBIELIŃSKIEGO i p. TUSZEWSKIEGO, którzy mają przedstawić, jakie reformy niezbędnie wprowadzić należy S.

ODCINEK.

KILKA SŁÓW O ZAKŁADACH PARYŻA I BERLINA dla dzieci z niedorozwojem psychicznym.

Już w 1892 r. podczas wycieczki mojej za granicę w celu zapoznania się z nauką o zboczeniach mowy, poniekąd intuicyjnie zwiedziłem znajdujący się w pobliżu Berlina Dalldorf, gdzie obok zakładu dla obłąkanych mieści się oddział dla dzieci

z niedorozwojem psychicznym. Jak się okazało, nie uczyniłem tego na próżno, gdyż w ciągu dalszej mojej działalności przekonałem się, że niedorozwój psychiczny w obszernem tego słowa znaczeniu, a więc poczynając od idioty, a kończąc na zacofoanym, pozostaje w bardzo ścisłym związku z różnego rodzaju zboczeniami mowy i nie powinien być obcym dla lekarza, pracującego na tem polu. Po kilkoletniej pracy zarówno teoretycznej, jak i praktycznej nad niedorozwojem psychicznym zwolna gromadził się szereg pytań (jak między innemi, czy możliwy jest podział niedorozwoju psychicznego według zmian anatomo-patologicznych, czy istnieje pewna zależność między zniekształceniem czaszki a zboczeniem inteligencji i t. d.), które wobec bardzo szczupłej odnośnej literatury, jak również braku odpowiedniego zakładu w naszym kraju, należało omówić z ludźmi, zajmującymi się oddawna tą gałęzią medycyny. To było właśnie celem mego wyjazdu.

W niniejszej notatce nie chodzi mi bynajmniej o drobiazgowy opis zwiedzanych zakładów lub choćby pobieżne poruszanie szczegółów dotyczących niedorozwoju psychicznego, gdyż przedmiotowi temu niebawem poświęcę specjalną pracę. Zamiarem moim jest jedynie podzielić się z czytelnikami ogólnem wrażeniem, jakie z pobytu mego wyniosłem.

Kierownikiem sekcji dla dzieci z niedorozwojem psychicznym lub podlegających padaczce w Bicêtre (pod Paryżem) jest od 1879 r. znany na polu naukowym d-r BOURNEVILLE. Zakład ten wyłącznie dla chłopców mieści przeszło 460 łóżek. Dzieli się on na pensjonat, złożony z 6 pawilonów, mieszczących sale do spania oraz jadalnie i właściwy szpital (budynek dla dzieci zanieczyszczających się, infirmerya, pawilon dla chorych zakaźnych, oraz oddział celkowy dla dzieci niespokojnych). Dla zajęć pedagogicznych przeznaczona jest szkoła, podzielona na niższą i wyższą, hala gimnastyczna, oraz warsztaty (stolarstwo, ślusarstwo, krawiectwo, szewctwo, koszykarstwo, drukarstwo i t. d.). Place, rozgraniczające budynki, zamieniono na ogrody. Służą one do odpowiednich zajęć oraz nauki o rzeczach. Oprócz tego w zakładzie znajduje się muzeum szkolne, oddział dla hydroterapii i niezmiernie cenne oddnośne muzeum anatomo-patologiczne. Ostatnie posiada w swoich zbiorach: 311 odlewów gipsowych, 27 szkieletów, 88 czaszek, 283 sklepienia czaszkowe, oraz 416 mózgów idiotów i epileptyków zarówno dorosłych, jak i dzieci. Na zaznaczenie zasługuje znaczny zbiór czaszek mikrocefalicznych, hydrocefalicznych, kilka rzadkich okazów czaszek myxoedematycznych z niezarośniętymi szwami i ciemiączkami, oraz ciekawa kolekcja mózgów mikrocefalicznych bez dających wykazać się zmian lub z defektami (*porencephalia*) wrodzonymi, ewentualnie nabytymi, mózgów hydrocefalicznych, dalej mózgów z rozlanem zapaleniem opon i mózgu (*meningo-encephalitis diffusa chronica*), wreszcie rzadkich okazów mózgów ze stwardnieniem przerostowem nodularnem (*sclerosis hypertrophica nodularis*). Żaden chyba z zakładów nie może dorównać Bicêtre pod względem mnogości materiału klinicznego. Poczynając od małogłowych, idiotyzmu uwarunkowanego wodogłowie, całego szeregu idiotów z porażeniami lub atetozą, a kończąc na tak rzadkich postaciach niedorozwoju psychicznego, jak idiotyzm zależny od rozlanego zapalenia opon i mózgu, spotykałem tu wszelkie możliwe jego odmiany, nie wyłączając kretynów oraz idiotów myxoedematycznych. Tym ostatnim podają tu gruczoł tarczowy wewnątrznie z bardzo dobrym wynikiem.

Pod kierunkiem d-ra BOURNEVILLE'a znajduje się również zakład dla dziewcząt z niedorozwojem psychicznym, tak zwana fondation Vallée. Położony tuż przy Bicêtre, mieści on około 200 łóżek i urządzony jest mniej więcej w sposób analogiczny.

Kierownikiem sekcji dla dziewcząt z niedorozwojem psychicznym, oraz podlegających padaczce i histeryi w Salpêtrière jest znany ze swych prac naukowych

d-r J. VOISIN. Zakład urządzony jest przeszło na 200 łózek i, lubo mniejszy od Bicêtre, w niczem prawie się od niego nie wyróżnia, z wyjątkiem warsztatów, których tu nie spotykamy.

A teraz parę słów o naukowej i praktycznej działalności zakładów francuskich. Od czasu objęcia kierownictwa nad zakładem w Bicêtre wydaje BOURNEVILLE przy współudziale swoich asystentów roczne sprawozdania pod nagłówkami: *Compte rendu du service des enfants idiots i t. d.*, gdzie znajdujemy bogaty materiał do nauki o niodorozwoju psychicznym zarówno pod względem anatomo-patologicznym, jako też i klinicznym. Prócz tego wychodzi pod jego redakcją od 1891 roku *Bibliothèque d'éducation spéciale* (corocznie jeden tom), poświęcona różnym zagadnieniom, wiążącym się z kształceniem dzieci upośledzonych umysłowo. Ze wszech miar godne uznania jest dążenie BOURNEVILLE'a do utrzymania podziału niodorozwoju psychicznego według zmian anatomo-patologicznych. O ile się jednak mogłem przekonać, bardzo tylko niewielu kategoryom zmian mózgu odpowiadają pewne postacie kliniczne. To też większość autorów, a łącznie z nimi d-r J. VOISIN przyjmuje jedynie klasyfikację symptomatologiczną. Bardzo ciekawą dla mnie kwestyą, a mniemam, że nie obojętną i dla ogółu lekarzy, było rozstrzygnięcie pytania, jaki zachodzi stosunek między zniekształceniem czaszki a zboczeniem inteligencji. Od kilku lat robię szczegółowe pomiary kraniometryczne u dzieci umysłowo upośledzonych, aby dojść w tym względzie do jakichkolwiek pozytywnych wyników. Otóż według zdania tutejszych klinicystów, z czem poniekąd zgadzają się i moje spostrzeżenia, z wyjątkiem małogłowie, kształt głowy nie ma prawie związku z inteligencją. To samo w zupełności stwierdził znany antropolog francuski profesor MANOUVRIER. Według jego zdania o inteligencji decyduje względnie obwód czaszki, absolutnie zaś tylko małogłowie. Dzięki uprzejmości profesora MANOUVRIER'a zwiedziłem również niezmiernie interesujące muzeum antropologiczne BROCA, zawierające bogaty zbiór czaszek patologicznych (*microcephalia*, *hydrocephalia*, *scaphocephalia*, *acrocephalia* i t. d.).

Francuskie zakłady pod względem pedagogicznym stoją bardzo wysoko. W szkole niższej rozwijają przedewszystkiem ruchy mięśniowe: ubieranie się, umywanie, chodzenie, chwytanie i t. d. i zmysły, a prócz tego uczą rozpoznawania liczb, liter oraz kreślenia linii; w wyższej zaś zajmują dzieci czytaniem, pisanem, nauką o rzeczach i stosują gimnastykę łącznie z fechtunkiem. Dzielnymi środkami pomocniczymi są zajęcia w warsztatach, śpiew, muzyka i tańce. Kierownikami zarówno pod względem medycznym, jako też i pedagogicznym, są lekarze, wykonawcami zaś odpowiednio uzdolnionymi nauczyciele i nauczycielki. Otrzymane wyniki lecznicze są bardzo dodatnie, lubo dodać należy, że na nie składają się nie raz dziesiątki lat. Dość powiedzieć, że postęp widoczny jest nawet u małogłowych, uważanych dotychczas za nieuleczalnych. Ciekawe są całe szeregi fotografii w Bicêtre, zdejmowane corocznie, a wykazujące stopniowy postęp dzieci zarówno pod względem fizycznym, jako też i duchowym.

Z wyjątkiem wyżej opisanych zakładów, utrzymywanych kosztem dobroczynności publicznej, oraz prywatnego zakładu d-ra BOURNEVILLE'a w Vitry (pod Paryżem), o ile mi wiadomo, Francja nie posiada innych, pozostających pod kierunkiem lekarzy. Z prywatnych najwięcej znany jest zakład dla dzieci zacofanych w Eaubonne (niedaleko od Paryża). Właściciel tego instytutu p. LANGLOIS położył sobie za zadanie uspołeczniać dzieci zacofane, jak również dotknięte tak zwanem obłąkaniem moralnem. Zakład, urządzony z możliwym komfortem, może pomieścić do 80 chłopców i jest jedynie dostępny dla dzieci rodziców zamożnych.

Pod względem pedagogicznym stoi na wysokości swego zadania, dla lekarza jednak nie przedstawia dużego interesu.

O ile we Francyi, jak to widzieliśmy, najpoważniejsze zakłady znajdują się pod wyłączną opieką lekarską, o tyle w Niemczech, a o ile mi wiadomo i w Austrii, zarząd tychże prawie wyłącznie spoczywa w ręku odpowiednio przygotowanych nauczycieli. Nawet jeden z najpoważniejszych zakładów Dalldorf nie stanowi pod tym względem wyjątku, gdyż, lubo znajduje się pod opieką d-ra SANDER'a, zajmuje się on nim jednak niezmiernie mało pod względem naukowym, a praktyczną stronę w zupełności pozostawił inspektorowi zakładu p. PIPER'owi, zresztą sumiennemu i wykwalifikowanemu pedagogowi. Brak właściwego kierownictwa lekarskiego wyraża się tu przede wszystkim tem, że dzieci, dotknięte cięższą postacią idyotyzmu, oddzielone są od idyotów, nieco wyżej posuniętych pod względem umysłowym, i rozrzucone po różnych oddziałach, przeznaczonych dla obłąkanych. Zakład w Dalldorfie, przeznaczony zarówno dla chłopców, jak i dziewcząt, lubo mniejszy od Bicêtre, pod względem urządzenia prawie w niczem mu nie ustępuje. Na zaznaczenie zasługuje wzorowo urządzona szkoła oraz baczniejsze zwracanie uwagi na zboczenia mowy, prawie w zupełności pomijane w zakładach francuskich.

Wogóle zboczenia mowy u dzieci z niedorozwojem psychicznym tak pod względem naukowego opracowania, jako też i sposobu leczenia, zarówno we Francyi, jak i w Niemczech, traktowane są po macoszemu. To też nic dziwnego, że wszędzie spotykałem tu dużą ilość dzieci, wprawdzie posuniętych pod względem umysłowym, ale niemych lub bełkoczących, mimo to, iż według mego doświadczenia, przypadki te nadawały się najzupełniej do leczenia. Że stanowi to ujemną stronę leczenia niedorozwoju psychicznego zagranicą, o tem rozwodzić się chyba nie potrzebuję.

W zakończeniu niniejszej notatki pozwolę sobie jeszcze zrobić następujące uwagi: 1) mała ilość lekarzy, zajmujących się niedorozwojem psychicznym, w stosunku do całej armii, często nie posiadających żadnych kwalifikacji nauczycieli, wyraża się w szczególności w Niemczech niezmiernie ubogą odnośną literaturą (lubo lista autorów, przeżywających naukę idyotyzmu bez należytego przygotowania naukowego i klinicznego jest pozornie długa), 2) zgodnie ze zdaniem specjalistów, na co się w zupełności piszę, zakłady dla dzieci umysłowo upośledzonych winny się znajdować wyłącznie pod kierunkiem lekarza, lubo kształcenie pedagogiczne może być powierzone nauczycielom, 3) zboczenia mowy, w szczególności wszelkiego rodzaju niemoty, tak ujemnie wpływające na rozwój umysłowy dzieci, winny być traktowane w sposób, odpowiadający dzisiejszemu wymaganiu nauki, a zgodnie z tem podlegać racjonalnemu leczeniu.

Władysław Oltuszewski.

Wiadomości bieżące.

— Nr. 125 „Odczytów klinicznych“ wyszedł z druku i zawiera pracę kol. REJCHMANA p. t. O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu.

— Tom IV zeszyt 2 „Przeglądu chirurgicznego“ zawiera: 1) J. SKŁODOWSKI. O niedrożności przewlekłej kiszki cienkiej. 2) D-r S. CIECHANOWSKI. Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców.

— Przewodniczącym komitetu gospodarczego „Międzynarodowego zjazdu prasy lekarskiej“ wybrany został prof. CORNIL. Głównym zadaniem tego zjazdu ma być zorganizowanie „Międzynarodowego związku zawodowej prasy lekarskiej“.

— W Prusach w ciągu 7 lat wydano 177 wyroków na „partaczy“ za spowodowanie śmierci lub uszkodzenia ciała podczas nielegalnego zajmowania się leczeniem chorych.

— **Zmarli.** D-r Jan STRZAŁKO zmarł w Mińsku w dniu 26 kwietnia r. b. w wieku lat 62. Po ukończeniu wydziału medycznego w Moskwie D-r STRZAŁKO oddawał się jeszcze przez 2 lata studjom lekarskim w Wiedniu, Pradze Czeskiej i w Paryżu, od roku zaś 1868 praktykował w Mińsku, gdzie wkrótce zasłynął jako uzdolniony lekarz, a zwłaszcza akuszer. Niezmiernie pomysłowy stworzył kilka całkiem oryginalnych metod operowania (np. Embryospondylotomia), które wkrótce podane zostaną do uznania ogółu kolegów. Zmarły kochał szczerze swój zawód, z pomocą stawał na każde wezwanie, szczególnego doznając zadowolenia, gdy trafiał do biedaków. Niezmiernie skromny, pomimo olbrzymiego doświadczenia fachowego, cenił i szanował zdanie innych kolegów, budząc stosunkiem swoim przyjacielskim szacunek i cześć dla siebie. Miejscowe Tow. Lek. zrobiło go swym członkiem honorowym. Ze śmiercią D-ra STRZAŁKI ubywa piękna postać człowieka, tak wzniosłe spełniającego posłannictwo lekarza!

Ś. p. Romuald ŁATKIEWICZ zmarł dnia 2 kwietnia r. b. w mieście Baku na Kaukazie. Wychowaniec b. Szkoły Głównej, po krótkim w kraju pobycie, udał się na Kaukaz w r. 1872, gdzie liczne zajmował posady, a przez czas najdłuższy, aż do śmierci posadę lekarza powiatu Bakińskiego. Z nekrologów jakie ku chlubie ś. p. ŁATKIEWICZA czytamy, okazuje się, iż zmarły był zacnym człowiekiem, z godnością swe obowiązki sprawującym, pełen poświęceń dla cierpiących i jako wzór dla wszystkich podawany. Nie było jednej instytucji, jednej wydatniejszej tamecznej jednostki, któraby nie podążyła złożyć hołdu zmarłemu i przybyć nad jego grób. Tak pięknych i sympatycznych wspomnień, jakie o zmarłym pozostały, niewiele wogóle spotkać można. Trumnę zarzucono wieńcami, a na pogrzeb całe miasto wyległo. Cześć zacnej pamięci Romualda ŁATKIEWICZA!

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cyrkularz „Instytutu szczepienia ospy ochronnej“ D-ra J. Tchórznickiego.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 29 Апрель 1899 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości za opłatą i do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewernów 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.



ZJEDNOCZONE FABRYKI CHININY

ZIMMER & CO FRANKFURT n. M.

EUCHININA

EUNATROL

VALIDOL

Działanie lecznicze takie sam^o jak chininy. Euchinina nie ma gorzkiego smaku. Literatura: von Noorden, Overlach, Gollner, Panegrossi, Conti, Klein, Friedrich, Muggia, Gay, Suchomlin, Plehn, Tauser, Solontzeff, Filatow, Alexeeff, etc. etc. można przyjmować w postaci eunatrolo wych pigułek całym miesiącami, nie podlegając uboższemu szkodliwym działaniom! Literatura: Blum: Der ärztliche Praktiker 1897 Nr. 3

Literatura: Dr. Schwersenski, Therapeutische Monatshefte Nov. 1897, cognamiglio: Giornale Internazionale di Medicina Pratica 1898 Heft 4.

Próby, literatura i wszelkie inne objaśnienia chętnie mogą być udzielane
Inne specjalne wytwory:

Chinina, Cocaina, Caffeina, Preparaty jodu.



Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1ej p.p.

Dr. Kazimierz Ciagliński

przez lato ordynuje, jak zwykle

w CIECHOCINKU

dom Wodzińskiego obok łaźienki głównej.

D-r med. Włodzimierz Sadowski,

lekarz specjalista chorób gardła, płuc i serca
ordynuje w sezonie letnim 1899 u wód
w REICHENHALL (Bawaria).

SKŁAD WIN

i towarów kolonialnych

„pod BACHUSEM“

róg Widok i Marszałkowskiej

Telefonu Nr. 100,

wina lecznicze z renomowanej firmy

MAURYCY SEYDEL i S^{ka}

w WARSZAWIE

nagrodzonej złotym medalem na wystawie higienicznej
w r. 1896.

Nassius i Potworowski

Warszawa—Widok 13.

Biuro techniczne, skład i wykonywanie urządzeń sanitarnych, Kanalizacja domów, wodociągi, ogrzewania centralne i wentylacje, kąpiele, łaźnie, umywalnie, waterklozety, pissoary i t. p.

BUDOWA FABRYK, DOSTAWA MASZYN, WIND i t. p.