

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 14.

Warszawa d. 8 kwietnia 1911 r.

Rok XLVI.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową { półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEN. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungr Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. — Przyczynki do patologii przydatków sieciowych, podał D-r Med. Ludwik Krauze. (Dokończenie). Uwagi o naszym ruchu naukowym na polu balneologii, podał Prof. D-r L. Korczyński. (Dokończenie). — WYKŁAD KLINICZNY. — A. Japha. O zaburzeniach odżywiania u niemowląt. — STRESZCZENIA — *Medycyna wewnętrzna*. 60. C. v. Noorden. O teorii i leczeniu moczówki cukrowej. 61. A. Magnus-Levy. Kuracje Karella, Oertela i Widal-Straussa. 62. Weichselbaum. O zmianach trzustki w cukrzycy. 63. Widal i Javal. Dechloruracja i rechloruracja *Chirurgia*. 64. Benda. Ciało obce w żyłce kreskowej górnej. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

#### Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.

Podał

D-r Med. Ludwik Krauze.

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu na Czystem.

(Rzecz zgłoszona na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie 6, 7 i 8 października 1910 r. i wygłoszona 17 stycznia 1911 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

(Dokończenie).

Rozpoznawszy przepuklinę sieciową udową, przystąpiłem do operacji w uśpieniu chloroformowem. Po rozcięciu worka przepu-

klinowego znalazłem w nim twór podobny do sieci, luźno przyrośnięty do szyi kanału biodrowego. Zrosty dały się łatwo oddzielić, i wtedy zauważyłem, że twór ten zwięza się ku górze i przyjmuje postać szypuły, idącej do jamy brzusznej. Przeciąłem wtedy więz GIMBERNATA, poczem twór ów dał się wyciągnąć z jamy brzusznej i przedstawiał przydatek sieciowy esicy, którą na dość dużej przestrzeni wyciągnąłem nazewnątrz. Esica nie zmieniona. Przydatek sieciowy podwiązałem i odciąłem i kiszkę wprowadziłem do jamy brzusznej. Operację zakończy-



łem sposobem zwykłym. Chora wyzdrowiała. Przydatek sieciowy długości około 3 ctm. składał się z szypuły i części zbitej, przekrwionej, koloru brunatnego, mającej kształt guzika. Na szypule widać brózdę dość głęboką w miejscu uwięźnięcia.

II. Drugi przypadek dotyczy 66 letniej kobiety, która przybyła do szpitala dnia 15 stycznia 1910 r. Dowiedziałem się, że 5 dni temu bez wszelkiej przyczyny poczuła, że w pachwinie lewej coś ją szarpnęło, i, gdy ręką pomacała to miejsce, wyczuła tam guz. Usiłowanie wprowadzenia guza było bezskuteczne. Od tego czasu wypróżnienia nie było, wiatrów nie oddaje. Wymiotów od początku choroby dotychczas nie było. Chora mocno wycieńczona, tętno słabe, 118 na minutę. 4 lata temu uległa napadom apoplektycznemu z utratą przytomności. Po powrocie do przytomności przestała mówić, i wystąpił niedowład prawej połowy ciała. Po kilku tygodniach stan się poprawił, i zaczęła chodzić, aczkolwiek z trudnością. Przed rokiem znów miała taki sam napad, lecz w lżejszym stopniu. Obecnie mówi, lecz niewyraźnie, kończyła prawa górna i dolna w stanie osłabienia. W płucach rozrzucone rzężenia, tony serca słabe, nieprawidłowe. W pachwinie lewej znajduje się guz poniżej więzów POUPARTA, wielkości jaja kurzego, sprężysty, chęłbocący, bolesny przy dotyku. Skóra na guzie nie zmieniona. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny, odgłos opukowy po stronie lewej stępiony, w innych miejscach bębnowy. Stan bezgorączkowy. Język suchy. Chora nigdy na przepuklinę nie cierpiała.

Natychmast po przybyciu chorej do szpitala przystąpiłem do operacji pod znieczuleniem miejscowym, rozpoznawszy przepuklinę udową lewą uwięzłą. Po przecięciu worka przepuklinowego wylewa się dość duża ilość krwawego, surowiczego płynu;

worek zgrubiał. W worku znajduje się twór zbity, twardy, koloru siniego, podługowaty, mający wierzchołek w formie guzika i zwężający się w kierunku do otworu kanału, do którego wchodzi. Zdawało się na przód, że jest to kawał zbitej sieci. Po przecięciu więzów GIMBERNATA i rozszerzeniu kanału udowego okazało się, że mamy do czynienia z dwoma przydatkami sieciowymi, uwięzłymi w kanale biodrowym. Przy pociągnięciu obu przydatków w kanale ukazuje się esica, nie zmieniona zupełnie. Oba przydatki po podwiązaniu struną odciąłem i kiszki wprowadziłem do jamy brzusznej. Operację zakończyłem, jak zwykle. Chora wyzdrowiała. Oba przydatki długości około 4 i 3 ctm. składają się z grubej zbitej części obwodowej w formie guzików i cienkiej szypuły.

Mieliśmy więc w obu przypadkach uwięźnięcie przydatków esicy w kanale biodrowym lewym; w pierwszym przypadku znaleziono jeden przydatek, i uwięźnięcie trwało przez długi czas, w drugim zaś przypadku dwa przydatki, i uwięźnięcie wystąpiło ostro na 5 dni przed operacją. Co spowodowało uwięźnięcie, trudno orzec. W pierwszym przypadku chora oddawna miała guz w pachwinie, silnych bólów nie doznawała nigdy, bóle występowały i to niewielkie podczas miesiączkowania. Podała się operacji, aby się pozbyć guza i tych niewielkich dolegliwości, które się często powtarzały. W drugim przypadku żadnej nie było przyczyny zewnętrznej, któraby spowodowała uwięźnięcie. Znaleziono w worku przepuklinowym jedynie tylko przydatki sieciowe. Przypuszczam jednak, że i w pierwszym i w drugim przypadku do worka przepuklinowego dostała się esica wraz z przydatkami sieciowymi; w pierwszym przypadku kiszka może sama odeszła, w drugim przypadku przy próbach odprowadzenia esica została wprowadzona.



dzona do jamy brzusznej, a przydatek wskutek momentalnego zamknięcia się otworu kanału biodrowego uwiązł. Dowodzi tego w drugim przypadku wystąpienie objawów, cechujących uwięźnięcie, wzgl. zamknięcie światła kiszki, czego nie spostrzegano w przypadkach, w których miało miejsce od samego początku uwięźnięcie tylko przydatków sieciowych, następnie stan ogólny chorej ciężki natychmiast po uwięźnięciu przed operacją nie był tak rozpaczliwy, jak tego należało się spodziewać wskutek przepukliny, uwięźleń w ciągu 5 dni, zwłaszcza biodrowej.

Przypadki, spostrzegane przeze mnie, podobne są do przypadków, spostrzeganych przez BRUNSA, MUSCATELLO i MOHRA, którzy również spostrzegali przydatki sieciowe w worku przepuklinowym nie skrócone. Różnią się tylko przypadki liczbą przydatków, rodzajem przepukliny oraz przeciągiem czasu, przez który trwało uwięźnięcie.

Rozpoznanie uwięźnięcia przydatków sieciowych jest przed operacją niemożliwe; mamy bowiem te same objawy, jakie cechują uwięźnięcie ściany kiszki, sieci, wyrostka robaczkowego, jajowodu.

Przyczyny, wywołujące uwięźnięcie przydatków sieciowych w worku przepuklinowym, nie w każdym przypadku dają się oznaczyć. Prawie we wszystkich przypadkach, dotychczas spostrzeganych, wystąpiło uwięźnięcie podczas pracy fizycznej. Przyczynia się do tego nadmierna długość przydatków sieciowych, długość i znaczna ruchomość esicy, opuszczającej się nisko i leżącej, tuż przy otworze wewnętrznym kanału pachwinowego lub biodrowego. Ruchomość esicy może być tak wielka, że może nastąpić uwięźnięcie przydatków sieciowych esicy w prawym kanale pachwinowym (przyp. SMOLERA).

W przypadkach, przeze mnie spostrzega-

nych, niema żadnych danych, któreby objaśniały powstanie uwięźnięcia przydatków.

Przydatki sieciowe, wchodzące do kanału bądź pachwinowego, bądź biodrowego, w większości przypadków ulegają skróceniu naokoło osi. Skrócenie takie może się odbywać powoli i wtedy sprawia choremu nieznaczne bóle, występujące przeważnie podczas ruchów. Może też skrócenie powstać raptownie, i wtedy występują burzliwe objawy ogólne i miejscowe. Ostre takie skrócenie przydatku sieciowego w worku przepuklinowym spostrzegał KRÜGER u 56-letniego chorego, który nie wiedział wcale, że ma przepuklinę. Podczas roboty odrazu poczuł ból w prawej pachwinie, który się powiększał za każdym razem podczas poruszania prawą nogą. Po pewnym czasie ból ustąpił. Przed dwoma laty znów przy chodzeniu wystąpił ból w prawej pachwinie, który po kilku dniach ustąpił. Na 4 dni przed przybyciem do kliniki chory dostał napadu kaszlu i przy wstawaniu poczuł ból, który szedł z cewki moczowej do pępka. W prawej pachwinie chory zauważył guzik bolesny przy dotykaniu. Ponieważ ból nie przechodził, przystąpiono do operacji i znaleziono duży przydatek sieciowy, swobodnie przebywający w worku przepuklinowym, nie zrosnięty, skrócony naokoło swej osi. W jaki sposób powstało skrócenie? Nie daje się ono wyjaśnić nierównomiernym rozrostem przydatku, ani też różnicą w długości między żyłą i tętnicą (PAYR), gdyż przydatek okazał się symetrycznie rozwinięty, ani też różnicy w długości naczyń nie było; następnie worek przepuklinowy był bardzo mały, tak, że w nim przydatek skrócić się nie mógł. Zdaniem więc KRÜGERA, działały tu czynniki zewnętrzne mechaniczne: napad kaszlu, podczas którego chory kręcił się w łóżku, wymachiwał nogą i t. d. Bliżej jednak określić mechanizmu skrócenia w tym przypadku KRÜGER nie



może. EBNER, zastanawiając się nad historią choroby tego chorego, dochodzi do wniosku, że skręcenie przydatku sieciowego nastąpiło nie w worku przepuklinowym, lecz jednocześnie z wstąpieniem przydatku do worka w chwili silnego napadu kaszlu, jak następuje wężykowate skręcenie chustki przy czyszczeniu szkła od lampy.

Że przydatek sieciowy nie znajdował się stale w worku, lecz przy każdym napadzie bólów następowało tylko chwilowe uwięźnięcie, dowodzi fakt, że nie był on przyrośnięty do worka, co się zwykle zdarza przy długotrwałym przebywaniu przydatku w worku.

Skutki uwięźnięcia przydatków zależą od siły uwięźnięcia i od większej lub mniejszej jadowitości drobnoustrojów, jakie się w worku przepuklinowym rozwinąć mogą. Może przydatek uleść zgorzeli, która przejść może na worek przepuklinowy i także na skórę. W przypadkach, w których część obwodowa przydatku odosabnia się i znajduje się w worku, jako ciało obce, to ostatnie może pozostawać jałowem lub też uleść zakażeniu ze wszystkimi groźnymi następstwami dla ustroju.

Wszystkich przypadków przepuklin przydatków sieciowych spostrzegano dotychczas 16, a wraz z 2, przeze mnie spostrzeganymi, 18. Wszystkie przypadki były operowane, 16 z powodu uwięźnięcia przydatków, a 2 z powodu dolegliwości, jakim podlegali często chorzy; 10 było mężczyzn, a 8 kobiet. Z 18 przypadków operowanych 15 zakończyły się pomyślnie, 3 zakończyły się śmiercią (2 wśród objawów osłabienia serca, a 1 z powodu krwotoków żołądkowych) (SMOLER, LINKENHELD). 18 razy przydatek okazał się skręconym w worku, a 7 razy był nie skręcony.

Co się tyczy postaci przepukliny, spostrzegano: pachwinową prawą 4 razy, pachwinową lewą 7 razy, biodrową prawą 1 raz, biodrową

ewą 4 razy, przepuklinę wargi dużej ze strony prawej 1 raz (LORENZ) i raz jeden nie oznaczono postaci. Czas trwania uwięźnięcia do chwili przystąpienia do operacji był niekiedy dość długi, od 8 — 10 dni. Nie wpływa to jednak na zejście po dokonanej operacji; nawet przypadki z przepukliną biodrową, dające zwykle gorsze rokowanie przy tak długotrwałym uwięźnięciu, w tych przypadkach zakończyły się pomyślnie. Stwierdzić tylko można było mocno zmieniony, będący bliskim zgorzeli przydatek, co jednak nie miało wpływu na pomyślny przebieg pooperacyjny. W przypadkach, niepomyślnie zakończonych, śmierć nastąpiła z powodów ubocznych, nic wspólnego z daną chorobą nie mających.

Co się tyczy liczby przydatków sieciowych, jaką znajdowano w worku przepuklinowym, to zwykle znajdowano jeden, czasem dwa, a w jednym przypadku LINKENHELDA znaleziono nawet trzy.

Biorąc pod uwagę wszystkie dane, dotyczące patologii przydatków sieciowych jelita grubego, oraz przypadki, przeze mnie spostrzegane, dochodzę do następujących wniosków.

1) Obce ciała w postaci tłuszczaków, napotymane nieraz w jamie brzusznej, są to w dużej liczbie przypadków odosobnione części przydatków sieciowych. Mogą one wywołać większe lub mniejsze zaburzenia w ustroju, wymagające interwencji chirurgicznej.

2) Ciała obce mogą pozostawać jałowymi i wtedy żadnym niebezpieczeństwem ustrojowi nie grożą. Zakażenie zaś takich ciał obcych może doprowadzić do ogólnego zakażenia otrzewny z następstwami, grożącymi nawet życiu chorego.

3) W przypadkach z objawami niedrożności jelit trzeba mieć zawsze na uwadze zachorowanie przydatków sieciowych, z wła-



Dragées  
**LECITHINI-ovo à ,005**

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwu stearinoglicerino-fosforowego) łatwo asymilujący się w organizmie bez wpływu na narządy trawienia. Dając impuls życia poszczególnym komórkom, wywołuje energiczniejsze funkcjonowanie całych organów. Wzbudza utracone siły fizyczne i duchowe. Stosowana we wszelkich cierpieniach, zależnych od utraty energii komórkowej: przy anemii, chlorozie, neurastenii, podupadłym odżywianiu, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.

Flakon 40 sztuk — 1 rs. Dozow.: od 1 — 4 dziennie.

POLECA

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie  
 Jerozolimska 27 róg Kruczej.

**TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ**  
 PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA  
 NIESTRAWNOŚĆ  
 NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).  
 ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT  
 ZAPALENIE OKRĘŻNICY  
 LECZENIE GRUŹLICY  
 LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH  
 I T. D.

DAWKA: 1-2 łyżeczek od kawy przed  
 każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się  
 w wodzie.

**GLYCÉRO-DALLOZ**  
 GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉE

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGULKACH.  
 KRZYWICA,  
 PRÓCHNIENIE KOŚCI  
 PIERWSZE OKRESY GRUŹLICY  
 GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI  
 NIEDOMOGA NERWOWA  
 OKRES ZDROWIENIA  
 I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1-2 łyżeczek od  
 kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka  
 przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się  
 w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów. — Moskwa. H. Brus. — Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn. — Odesa. Z. Lerme i Cie. — Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów. — Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów. — Rostów. Z. Lerme i Cie. — Tyflis. Kaukazkie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C<sup>ie</sup> 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS  
 PRÓBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE



**TERMOGEN**  
 Le THERMOGÈNE.



**WATA ROZMIĘKCZAJĄCA I LECZNICZA**

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwyczajną watę, olejek krotonowy, plastry, gorczyczniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania i okłady.

Stosowanie TERMOGENU jest wskazane: w gościecu, dnie, bólach neuralgicznych, w kolce wątrobowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmieniający leczenia, przepisanego przez lekarza.

N.B. Pudełko TERMOGENU wysyła się pp. doktorom na żądanie.

Biuro francuskich produktów farmaceutycznych: GABRIEL POMMIER, ulica Pantelejmonowska Nr. 27 w Petersburgu



# CACODYLATE DE SOUDE POMMIER

W AMPULKACH STERYLIZOWANYCH

CENA PUDEŁKA 21 AMP. 1R 75. 10 AMP. 1.R 100 AMP. 5R 50.

# PIPERAZYL LERAT

Dozwolony za Nr. 278

Cena Rub. 2.25

W pastylkach  
flakon 60 pastylek.

Gościec. Dna. Piasek Moczowy. Artrytyzm.

Główna Ajentura G. POMMIER

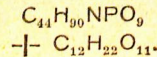
Petersburg, Pantelejmonowska 24.

Próby wysyła się panom lekarzom na żądanie.

MACZKA  
**NESTLÉ**  
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

**Lecithinum Ovi Magistri Klawe** (granulatum)



Granulki z chem. czystej lecytyny żółtka (cholinowego esteru kwasu dwustearynoglicerynofosforowego) z dodatkiem cukru.

W opakowaniu po 100 gr. z aluminiową miarką, zawierającą po 0,05 gr. chem. cz. lecytyny.

Zaleca się przy upadku odżywiania, słabym rozwoju, we wszelkich cierpieniach, pozostających w związku z utratą energii komórkowej i t. p.

Próbki  
i literatura są  
na usługi  
PP. Lekarzy.

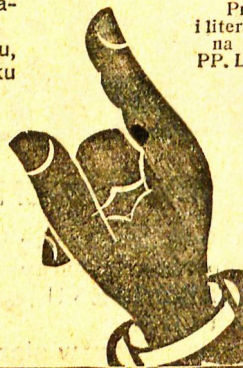
POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.





szcza, jeżeli się ma do czynienia z osobą otyłą, u której przydatki zwykle nadmiernie są rozwinięte.

4) Jak inne narządy jamy brzusznej, mogą również jeden lub kilka przydatków sieciowych uleść uwięzieniu w kanale pachwinowym lub biodrowym ze wszystkimi groźnymi objawami. W porę jednak wykonana operacja daje dobre wyniki.

3) Przy uwięzieniu przydatków w worku przepuklinowym nawet silnem i długotrwałem, wszystkie objawy zwykle koncentrują się w miejscu uwięzienia. Objawów ogólnych ze strony jamy brzusznej niema.

6) Przy każdej laparotomii, o ile to jest możliwe, należy wycinać przydatki sieciowe, przedstawiające jakieś zmiany patologiczne, nadmiernie długie i grube, szczególnie okazujące skłonność do skręcenia.

### PIŚMIENNICTWO.

1. Virchow. Die krankhaften Geschwülste 1863. T. I. Str. 379.

2. Riedel. Ueber die Drehung der Appendices epiploicae und ihre Folgen (Corpora aliena und Stränge im Bauche). (München. Medic. Wochenschr. 1905 Nr. 48).

3. Zoeppritz. Beitrag zur Frage des Zustandekommens der Torsion von Appendices epiploicae. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1909. T. 98. Zesz. 2 i 3).

4. Krüger. Zur Torsion der Appendices epiploicae. (München. Medicin. Wochenschr. 1907. Nr. 37).

5. Ebner. Torsion eines Fettanhanges und multiple Darmdivertikel an der Flexura sigmoidea. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1909. T. 98. Zesz. 4 i 5).

6. Payr. Über die Ursachen der Stieldrehung intraperitoneal gelegener Organe. (Bericht über die Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. Chirurgie 1902, str. 87).

7. Küstner. Ueber die durch Tumoren

erzeugte Achsendrehung des Uterus (Centr. f. Gynäk. 1890. Nr. 44).

8. Küstner. Das Gesetzmässige in der Torsionsspirale torquirter Ovarialtumorstiele. (Centr. f. Gynäk. 1891. Nr. 11).

9. Cario. Ueber mechanische Ursachen der Stieldrehung von Ovarialtumoren (Centr. f. Gynäk. 1891 Nr. 18).

10. Riedel. Ueber Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle. (Arch. Langenb. T. 47).

11. Riedel. Ileus infolge von etwas aussergewöhnlichen Strangbildungen, Verwachsungen u. Achsendrehungen, sowie von Darmsyphilis. (Mitteilungen aus den Grenzgeb. der. Medic. u. Chirurgie 1897. II).

12. Lorenz. Bericht über einen seltenen Operationsbefund. (Wiener Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 51. St. 1367).

13. Bruns. Brucheinklemmung einer Appendix epiploica (München. Medic. Wochenschr. 1906. Nr. 1).

14. Muscatello. Brucheinklemmung der Appendices epiploicae und ihre Folgen (München. Med. Woch. 1906 Nr. 38).

15. Schweinburg. Beitrag zur „Brucheinklemmung von Appendices epiploicae“. Ein Fall von isolierter Inkarceration ungestielter Appendices epiploicae. (Wiener Klin. Wochenschr. 1906. Nr. 50).

16. Mohr. Brucheinklemmung von Appendices epiploicae. (München. Medic. Wochenschr. 1907. Nr. 4).

17. Smoleń. Ueber einen Fall von intra-abdominaler Netztorsion bei gleichzeitiger Brucheinklemmung einer Appendix epiploica (Wiener Klin. Wochenschr. 1907. Nr. 21).

18. Servé. Isolierte Brucheinkl. einer Append. epipl. (Deut. Militärärztl. Zeitschr. 1906. cyt. u. Kendirdjy).

19. Vulliet. Du rôle des append. épipl. dans les accidents herniaires (Semaine médic. 1907 Nr. 27).

20. Kendirdjy et Sejournet. Torsion et étranglement des séro-appendices épipliques dans les sacs herniaires. (Revue de Chirurgie 1910. Nr. 7).



## Uwagi o naszym ruchu naukowym na polu balneologii.

Podał

**Prof. D-r L. Korczyński.**

(Dokończenie).

Dla polskiego piśmiennictwa balneologicznego nie nadeszła jeszcze ta chwila. Widocznie stoi coś na przeszkodzie szybszemu rozwojowi pracy w tym kierunku, widocznie za małe jest jeszcze powszechne zajęcie się balneologią, jako nauką. Czyżby za mało było lekarzy, zajmujących się nią zawodowo? Nie sądzę. Wszak tyle mamy zdrojowisk i uzdrowisk na całym obszarze ziem polskich, na Litwie, a i w obcych zakładach wszędzie niemal są lekarze polscy. Wielu z nich niewątpliwie bardzo chętnie poświęciłoby czas wolny od czysto zawodowych zajęć pracy naukowej. Ale na to potrzeba odpowiednich warunków. Nawet zwykle spostrzeżenia kliniczne, jeśli stanowiąc mają materiał literacki, wymagają bardzo często dokładniejszego zbadania. Mikroskopia, chemia, bakterjologia, przyrządy graficzne, roentgenografia tak są dziś szeroko uwzględniane, że mimowoli wahały się przed ogłaszaniem spostrzeżeń, nieraz bardzo ciekawych, jeśli przytoczyć nie możemy wyników t. zw. ściślejszych badań klinicznych. A w naszych zakładach zdrojowych i kąpielowych nie ma w żadnym urządzeniu i przyrządów do tego rodzaju badań. Tem mniej można się pokusić o wykonywanie prac doświadczalnych.

Dotychczas wszystkie niemal badania kliniczne, o których wiemy z piśmiennictwa, wykonywano w pracowniach klinicznych i szpitalnych oddziałów chorób wewnętrznych. Ale pracownie te nie są dla wszystkich dostępne. A zresztą służą one i służyć muszą przede wszystkim innym celom. Doświadczalne prace balneologiczne nie stoją najczęściej z

tymi celami w związku bezpośrednim, mogą więc być tylko zjawiskiem sporadycznym. I są niem też istotnie. To też niewiele trudu kosztowałoby wyliczenie tych nielicznych rzeczywiście doświadczalnych badań klinicznych z zakresu balneologii. Cały nasz ruch naukowy w tym kierunku nie posiada, niestety, ciągłości, nie jest systematyczny, znać w nim pewną dorywczość, sporadyczność. Czy wskazania lecznicze dla krajowych wód mineralnych opierają się na dokładnych klinicznych badaniach? Czy to, co czytamy o wpływie tych wód na przemianę materji, a nawet na trawienie, ma podstawy doświadczalne? Poza bardzo i to bardzo tylko nielicznymi wyjątkami nie ma tych podstaw. Inaczej być zresztą nie może tam, gdzie tak ważną gałęź nauki lekarskiej, o znaczeniu na wskróś praktycznym, jaką jest niewątpliwie balneologia z całym aparatem urządzeń technicznych, nie ma własnego kąta, tylko tułać się musi po innych zakładach i żyć poniekąd z łaski tych zakładów, ich kierowników i współpracowników. A przecież nie brakowało starań, nie brakowało rzetelnej pracy, aby było inaczej. W Krakowie istnieje nawet w uniwersytecie osobny fundusz na cele balneologii.

Jeśli taki stan rzeczy ma się zmienić, jeśli na polu pracy naukowej w balneologii zapanować ma ruch prawdziwy, zapanować stałość, ciągłość i celowość, to w najbliższej już przyszłości powstać muszą dla niej własne ogniska. Myśleć tu można jedynie tylko o stworzeniu przy obu albo narazie przynajmniej przy jednym tylko z galicyjskich uniwersytetów katedry balneologii. Ale jeśli taka katedra nie ma być półtwarem tylko, jeśli ma istotnie uczynić zadość potrzebom naszej nauki, to nie może ona być żadną miarą tylko teoretyczną uczelnią. Ten, kto ją obejmie, posiadać musi odpowiedni materiał chorych i odpowiednie pracownie. Osiągnąć to zresztą nie tak trudno tam, gdzie



są dwa wielkie szpitale krajowe, każdy z dwoma oddziałami dla chorób wewnętrznych.

Tego rodzaju katedry wywarłyby niewątpliwie w bardzo krótkim czasie nader wybitny wpływ na rozwój balneologii naukowej. Już ten fakt, że młodzieży, poświęcającej się studiom lekarskim, danaby była stała sposobność do zapoznania się z balneologią, ze sposobami i skutkami leczenia balneoterapeutycznego, miałby bardzo doniosłe znaczenie. Wszakże dziś słyszy ta młodzież tylko mimochodem o leczeniu zdrojowem i kąpielowem i o swojskich zakładach, nie zna tego wszystkiego, często lekceważy może nawet. A znajomość jest jednak pierwszym warunkiem zamiłowania.

Ale katedra uniwersytecka nie służy tylko temu jednemu celowi i nauczaniu. Ma ona mówić i o tem także, wiemy, czego nam brakuje, ma dążyć do tego, aby poznawać rzeczy nieznanne, dążyć do usuwania niedostatków. W tem leży istota postępu w każdej gałęzi wiedzy. A więc około takiej katedry skupić się musi grono pracowników na polu ważnej naukowej pracy. Przez pracę obudzi się szlachetne spółubieganie; ruch naukowy nabierze większego rozpędu, obejmie szersze koła, robota stanie się trwałą, systematyczną, celową. Nie będzie takim sporadycznym zjawiskiem, jakim jest dzisiaj jeszcze.

Z chwilą kiedy się to stanie, przybrać muszą inną postać nasze zdrojowiska. Siłą rzeczy i na nie przeniesie się pracowity ruch naukowy. A jest to nawet konieczne dla uzupełnienia i rozwoju badań. Wiele spostrzeżeń poczynić można dopiero na miejscu. Sądzę, że nie jest obojętną rzeczą, czy, badając wpływ kąpeli mineralnych, obfitujących w bezwodnik kwasu węglowego, i robiąc w tym kierunku doświadczenia na zdrowych i na chorych, czynimy to w kąpeli rodzimej, czy też używamy sztucznych kąpeli gazowych. Przy-

kładów takich możnaby zresztą przytoczyć więcej!

Leży to nawet wprost w interesie samych zakładów zdrojowych i kąpielowych, aby światu lekarskiemu dawać znać o sobie za pomocą prac, opartych na badaniach naukowych, a nie wyłącznie tylko za pośrednictwem dorocznych sprawozdań, korespondencji w pismach codziennych lub artykułów w popularnych wydawnictwach balneologicznych. Zarządy zdrojowisk ocenią niewątpliwie korzyść, wypływającą z tego rodzaju publikacji, a znajdując chętnych do pracy, postarają się o ułatwienie jej, o stworzenie dla niej należytych warunków przez urządzenie pracowni i wyposażenie ich w potrzebne przyrządy.

Tego rodzaju pracowni służyć zresztą mogą i służyć powinny także i celom praktycznym. Dokonywane w nich badania i zbiory przyczyniać się będą do tem lepszego oceniania przypadków chorobowych i do kontrolowania postępów leczenia. Poza tem będą one miały także higieniczne znaczenie, gdyż w nich odbywać się mogą badania kontrolujące środków spożywczych i t. d. Wszak tak, a nie inaczej dzieje się w zagranicznych zakładach zdrojowych.

Jest rzeczą samą przez się zrozumiałą, że ani katedr balneologii, ani pracowni naukowych po zakładach naszych nie można stworzyć doraźnie. Potrzeba na to, bądź co bądź, pewnego czasu. Zupełnie więc niezależnie od wytrwałych starań i zabiegów, aby osiąść i jedno i drugie i tembardziej usilnie, krzątać się trzeba około roboty w obecnych, jakkolwiek niezbyt, co prawda, pomyslnych, warunkach.

Aby do pracy zachęcić się nawzajem i wskazywać dla niej właściwy kierunek, byłoby rzeczą praktyczną i celową urządzenie dorocznych, czysto już naukowych zjazdów balneologicznych, zakrojonych na mniejszą



skale. Dawałyby one sposobność do roztrząsania ważniejszych zagadnień z balneologii, do przedstawiania sprawozdań z dokonanych prac, układania programu dalszej pracy. Od czasu do czasu należałoby także podawać tematy prac konkursowych. Funduszków na nagrody dostarczyłyby niewątpliwie bardzo chętnie interesowane zakłady, ewentualnie później związek zdrojowisk krajowych, a może nawet i nasze Towarzystwo balneologiczne. Z czasem znalazłyby się zresztą zapewne na cel ten i osobne zapisy. Wszak w naszym społeczeństwie nie brak ofiarności na cele naukowe. Dla pomieszczenia materiału, opracowanego co roku, wystarczyłoby na razie balneologiczny rocznik naukowy. W miarę przybywania prac łatwoby przyszło zamienić rocznik na kwartalnik lub miesięcznik, wreszcie na tygodnik. Mówiąc o ściśle naukowych zjazdach balneologicznych, nie mamy bynajmniej na myśli sporadycznych wydarzeń, powtarzających się w dowolnych okresach czasu. Takie zebrańia powinny być stałym zjawiskiem i posiadać własną organizację. Najprostszą rzeczą byłoby utworzenie związku lekarskiego czy to zupełnie samodzielnie, czy też złączone z działającym już Towarzystwem balneologicznym, ale posiadającym w każdym razie swój własny zarząd i własny statut. Dopiero w tych warunkach można myśleć o celowym i sprężystym działaniu, o żywym ruchu naukowym i piśmienniczym. Do zakresu działania zarządu takiego związku należałoby obieranie tematów do opracowywania, układanie porządku obrad, wydawanie pisma balneologicznego naukowego, streszczanie prac polskich dla pism zagranicznych i zapoznawanie zagranicy z naszym ruchem naukowym i t. d.

Mając własny materiał naukowy, tem łatwiej moglibyśmy uczestniczyć w zawodowych zjazdach lekarskich zagranicznych, i tem

wydatniejszy byłby nasz udział w obradach tego rodzaju zjazdów.

Znaczenie pracy naukowej na polu balneologii nie zamyka się jednak bynajmniej w granicach samej tylko nauki. W miarę jak przybywać zaczęła w większej liczbie poważne prace, jak się powiększy znacznie liczba lekarzy, pracujących naukowo, zyska nie tylko nauka polska balneologiczna. Zyskają ogromnie wszystkie te zdrojowiska, które posiadać będą piszących dobre, poważne i pożyteczne rzeczy lekarzy. Za ich wpływem i pod ich kierunkiem rozwinie się należycie leczenie, wspierające bardzo dzielnie działanie czynników balneoterapeutycznych, powstaną potrzebne do tego leczenia urządzenia, a nawet osobne zakłady. Powoła je do życia istotna potrzeba.

Przy takim rozszerzaniu aparatu leczniczego w naszych zdrojowiskach przyjąć musi do pewnego rozgraniczenia wskazań, do specjalizacji w leczeniu pewnych chorób, czy pewnych grup chorobowych. Zakłady zdrojowe i kąpielowe będą się uzupełniały nawzajem, nie będzie między nimi niezdrowego współzawodnictwa. I o tem zawczasu pomyśleć potrzeba.

Twórcza praca na polu techniki leczniczej odbić się musi w dalszym rzędzie koniecznie na rozwoju krajowych zakładów przemysłowych i przedsiębiorstwach, zajmujących się robotami technicznymi. Powstanie z konieczności osobna gałąź przemysłu, opartego na zdrojownictwie. Bo i dla czego miałyby krajowe zakłady zaspakajać swoje potrzeby zagranicą, szukać obcych inżynierów, jeżeli u siebie znaleźć to mogą. Warto, aby o tem już obecnie wiedzieli nasi inżynierowie—technicy. Z małych początków powstają często wielkie rzeczy. Skromne biuro techniczne, które zyska uznanie i rozgłos na polu pracy około urządzeń balneologicznych, może bardzo łatwo przy zabiegliwo-



ści i wytrwałości wyrosnąć na potężny zakład przemysłowy, rozszerzyć swoją działalność na bardzo wielkie zakresy. Wiele ze sławnych dziś na cały świat fabryk przetworów farmaceutycznych istniało jako skromne pracownie, dostarczające barwików do farbowania wyrobów tkackich. Przyszły czasy rozwoju syntezy chemicznej i rzucono się na nią. Chemia stworzyła olbrzymią gałąź przemysłu, zatrudniającego dziś ogromny zastęp robotników wyższego i niższego rzędu i dającego krajowi, który ją stworzył, krocie i miliony rocznego dochodu.

Nam dla podźwignięcia się z dzisiejszego upadku potrzeba tych kroców i milionów, zdobytych wytrwałą, ale i rzetelną, uczciwą pracą. Pracujmy, gdzie i jak kto może, a przede wszystkim tam, gdzie na dobry wynik z góry można być przygotowanym. Na taki wynik śmiało liczyć można na polu zdrojownictwa.

Wszakżeż tak często słyszy się u nas utyskiwania, że społeczeństwo nasze zajmuje się nazbyt mało zdrojownictwem rodzinnym, że ruch chorych w naszych zakładach jest za słaby, jeśli nie co do liczby to w każdym razie co do jakości leczących się, że ogromny zastęp zamożnej inteligencji polskiej szuka obcych zdrojowisk. A wślad za tem idzie pytanie, co robić aby to zmienić. Odpowiedź

na nie dać muszą przedstawiciele interesów naszych zakładów i same zakłady. Zmiana przyjdzie sama z chwilą, kiedy przez pracę naukową, przez pracę na polu higieny i urządzeń leczniczych podniosą się miejscowości lecznicze i staną na równi z obcokrajowcami. Wiadomość o tem, że się robi, że niejako jest już zrobione, rozejdzie się szybko po kraju całym. Pisma balneologiczne, które już posiadamy, streszczać będą w popularny sposób to wszystko, co stanowić będzie nasz dorobek rzeczywisty, pisma codzienne, odnoszące się zawsze życzliwie do spraw rodzimej balneologii, poniosą wieść o tem jeszcze dalej do szerokich kół naszego społeczeństwa. Wtedy zapozna się to społeczeństwo z robotą na polu balneologii krajowej i z pewnością zechce ją zobaczyć na miejscu. Zobaczy i uzna nietylko w teorii, ale i w praktyce. Po latach wszechstronnej pracy, w której wezmą udział wszystkie powołane do tego czynniki, którą poprą ci, na których poparciu ogromnie wiele zależy, nasi następcy myśleć może będą o tem, gdzie i jak pomieścić zastępy chorych. My pracujmy nad tem, jak zapełnić nasze zdrojowiska i podnieść cały przemysł zdrojowy. A pracować tem łatwiej, skoro znamy drogi, po których do celu kroczyć nam należy.

## WYKŁAD KLINICZNY.

A. Japha.

### O zaburzeniach odżywiania u niemowląt,

Istotny przewrót w zapatrywaniach na niezmiernie zawiliłą sprawę zaburzeń odżywiania u niemowląt spowodowały wyniki badań przeprowadzonych w ostatnim dziesięcioleciu w zakresie przemiany materii przez

klinikę wrocławską. Okazało się bowiem, że patogeniza zaburzeń omawianych sięga znacznie głębiej, niż dotychczas przypuszczano, a mianowicie szukać jej należy w zakłóceniu prawidłowego chemizmu przemiany materii. Za słusnością tego przypuszczenia przemawiają również spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające obecność dość wybitnych zmian chorobowych w stanie ogólnym ustro-



ju dziecięcego jeszcze przed wystąpieniem właściwych objawów żołądkowo-jelitowych. W stosunku do tak szeroko pojętego związku pomiędzy odżywianiem niemowląt a stanami chorobowymi, u nich spostrzeganymi, określenie tych ostatnich, jako chorób żołądkowo-jelitowych lub zaburzeń trawienia, okazuje się nie wystarczającym; CZERNY i KELLER wprowadzają więc do nauki nowe określenie, obejmujące znacznie większy zakres zjawisk chorobowych, a mianowicie t.zw. „zaburzenia odżywiania”. Nowa teoria powstawania zaburzeń omawianych pociąga za sobą nową klasyfikację tychże. Za podstawę podziału przyjęty zostaje czynnik etiologiczny; odróżniają zatem: zaburzenia, powstające na drodze bakteryjnego zakażenia ustroju; zakażenia, zależne od nieodpowiedniego żywienia; wreszcie zakażenia, które mogą być wy tłumaczone jako skutek wad ustroju wrodzonych (nie-domoga żołądka, brak tolerancji względem pewnego rodzaju pożywienia). Najważniejszą rolę według nowej teorii odgrywa w danej sprawie żywienie niemowlęcia bez różnicy, czy ono będzie naturalne, czy też sztuczne; to ostatnie jednak, jak stwierdzono niejednokrotnie, naraża ustrój na znacznie częstsze i dotkliwsze zaburzenia, niż pierwsze. W zależności od dwu najgłówniejszych rodzajów sztucznego pożywienia: mlecznego i mącznego, odróżniają dwie postaci zaburzeń: spowodowane przez mleko t. zw. *Milch nährschaden* i wywołane przez pokarmy mączne t. zw. *Mehl nährschaden*. Przyczyną szkodliwości mleka krowiego, według najnowszych poglądów, jest przede wszystkim tłuszcz (teoria szkodliwości białka resp. sernika krowiego, stworzona przez BIEDERTA, została odrzucona); oprócz tłuszczu, zdaniem L. F. MEYERA, niewątpliwym udział w wywoływaniu zaburzeń odżywiania biorą sole nieorganiczne, w serwatce mleka zawarte (z tą Salznährschaden). Objawy kliniczne tej postaci zaburzeń są następujące: brak stałego przyrostu na wadze, lekkie wahania ciepłoty, wzmagająca się bledność powłok, zmniejszenie się napięcia skóry, brak snu; stolce suche, konsystencji kitu, używanego do szyb, barwy szarej, wzgl. szarozółtej. Druga postać zaburzeń, zależna od po-

karmów mącznych (główną rolę ma tutaj odgrywać niedostateczna zawartość białka), spotyka się znacznie rzadziej i tylko tam, gdzie tego rodzaju żywienie wyłączone (bez dodawania mleka) stosuje się przez czas dłuższy u dzieci, nie tolerujących mleka. Objawy kliniczne na razie są bardzo niewyraźne; tylko wprawny badacz potrafi zauważyć specjalne upośledzenie stanu ogólnego dziecka; później dopiero występują obrzęki (mączne pożywienie jest właśnie jedną z najczęstszych przyczyn powstawania obrzęków u niemowląt), wzmożone napięcie układu mięśniowego, pewnego rodzaju sztywność karku, zesztynienie całego ciała, wreszcie stolce stają się częstsze, wolniejsze, przybierają ostry zapach kwaśny; dzieci, żywione pokarmami mącznymi przez czas dłuższy, łatwiej ulegają różnym zakażeniom.

Uzupełnieniem poglądów CZERNYEGO i KELLERA są poglądy FINKELSTEINA. Ten ostatni jednak wychodzi z zupełnie innego założenia: za podstawę swojej teorii, dotyczącej omawianej sprawy, bierze spostrzeżenie kliniczne. Ztąd podana przezeń klasyfikacja zaburzeń odżywiania niemowląt (F. zajmuje się wyłącznie zaburzeniami, powstającymi przy stosowaniu odżywiania sztucznego), uwzględnia, jako zasadę podziału, typ kliniczny tego rodzaju zjawisk chorobowych. F. odróżnia 4 zasadnicze typy zaburzeń odżywiania: 1) zaburzenie równowagi bilansu (*Bilanz störung*); 2) niestrawność (*Dyspepsie*); 3) wzrastające wyniszczenie pochodzenia pokarmowego (*Dekomposition*), i 4) zatrucie pokarmowe (*Intoxikation*). Odrębną grupę stanowią zakaźne cierpienia przewodu pokarmowego. O zaburzeniu równowagi bilansu możemy mówić wtedy, gdy, pomimo dostatecznej ilości (wzgl. ciepłostek) dostarczanego pokarmu, ustrój dziecięcia nie jest w stanie osiągnąć dostatecznej korzyści w przebiegu odżywiania, czego dowodem jest brak stałego prawidłowego przyrostu wagi. Z chwilą wystąpienia u niemowlęcia lekkich objawów żołądkowo-jelitowych, świadczących o fermentacji w przewodzie pokarmowym, mamy do czynienia już z niestrawnością. Gdy nie wprowadzimy zmiany do sposobu żywienia dziecka, znajdującego się w



tym okresie zaburzeń odżywiania, sprawa może przejść w okres postępującego charłactwa, którego zasadniczymi cechami są: stale obniżanie się wagi ciała, zwolnienie tętna dziecka i obniżenie jego ciepłoty (stan ten odpowiada dawniejszemu zanikowi). Przyczyna charłactwa leży w niszczących własnościach pokarmu, resp. zmniejszającej się stale tolerancji ustroju względem niektórych jego składników, a przede wszystkim tłuszczu, o ile więc przez unormowanie resp. zmniejszenie pokarmu, szczeg. zaś tłuszczu, w nim zawartego, nie zdołamy zatrzymać wzrastającego wyniszczenia, przyłączają się do powyższych objawów — objawy zatrucia pokarmowego. Do nich należą: podniesienie się ciepłoty ciała, zapaść, właściwy typ oddechu, zwiększenie się liczby krążków białych wielojądrowych, zjawienie się cukru i wałeczków w moczu, biegunka, upośledzenie przytomności, wzrok błędny, bezładne ruchy kończyn. Charakterystyczną cechą zatrucia, podkreśloną przez F., jest to, że występuje ono tylko u dzieci już poprzednio chorych.

W bezpośrednim związku z powyższym rozbiorem istoty zjawisk chorobowych w t. z. zaburzeniach odżywiania u niemowląt znajdują się wskazania do racjonalnego leczenia cierpień omawianych.

W leczeniu więc niestrawności stosujemy przede wszystkim 1—2 dniową głodówkę, podając przez ten czas dziecku wyłącznie herbatę z sacharyną; przez następne 1—2 dni ostrożnie podajemy pokarm mączny bez domieszki tłuszczu; w 3-cim dniu przechodzimy do mączki NESTLÉA (u dzieci młodszych — do mleka, mało albo wcale nie zawierającego tłuszczu). Ilość podawanych pokarmów musi być nieduża; herbaty zaś można dawać bardzo dużo, resp. tyle, aby pokryć poniesioną przez ustrój utratę wody. U małych dzieci wskazane jest szybkie przejście do żywienia piersią. W okresie zaburzenia równowagi bilansu konieczna jest zmiana rodzaju pożywienia, przestrzegająca pewnej jednostronności bądź w kierunku tłuszczu, bądź węglowodanów, w zależności od stosowanego poprzednio pokarmu. W przypadkach braku tolerancji tłuszczu—mleko odtłuszczo-

ne, później z małą zawartością tłuszczu; maślanka; zupa słodowa KELLERA; rozpocząć tu należy również od małych ilości wymienionych pokarmów, dopełniając braki obfitą ilością wody przegotowanej (resp. herbaty) lub kleiku z sacharyną; znacznie korzystniej jest w tych razach wziąć dziecko na pierś. W przypadkach, gdzie objawy chorobowe zostały wywołane przez pokarmy mączne — przeciwskazane są zarówno maślanka, jak i zupa słodowa. Zbawienną rzeczą jest w takich razach pierś lub w przypadkach niemożności korzystania z mleka kobiecego—mleko krowie odtłuszczone w małych ilościach przy również obfitem podawaniu wody. W nowszych czasach FINKELSTEIN i MEYER stosują w niektórych przypadkach przez pewien czas mieszanke, zwaną Eiweissmilch (zawierającą w przybliżeniu 4% białka, 2,5% tłuszczu i połowę zawartości cukru mlecznego i soli w mleku zwykłym). Trudniejsze zadanie spotykamy w okresie t. zw. dekompozycji; najlepiej jest tutaj przejść od razu do żywienia piersią z zachowaniem ostrożności co do dawkowania pokarmu; czasem zachodzi konieczność odtłuszczania mleka kobiecego, w lżejszych przypadkach można osiągnąć poprawę na drodze sztucznego karmienia, podając w zredukowanych ilościach mleko krowie odtłuszczone; stopniowo zwiększamy ilość tegoż, ostrożnie dodajemy mączkę, cukier słodowy i odżywczy, poczem przechodzimy wreszcie do mleka pełnego lub maślanki i zupy słodowej; dobre wyniki daje również mieszanke „Eiweissmilch”, podawana ostrożnie w stopniowo powiększanej ilości (od 50 gr. do prawie 700 gr. nadobę) Często jednak bardzo trudno jest dojść do wymaganej przez ustrój normy pokarmu przy żywieniu sztucznym i po długotrwałych próbach bez wyniku trzeba przejść do żywienia piersią, jako jedynego ratunku w tych razach. Nie należy zapominać tutaj również o podtrzymywaniu działalności serca. Leczenie zatrucia wymaga przede wszystkim ścisłej głodówki przez 1—2 dni; podajemy przez ten czas tylko herbatę z sacharyną. Skutki tej metody często nie dają na siebie długo czekać nawet w przypadkach bardzo ciężkich zaburzeń odżywiania.

I tu obok dyetycznych norm należy



pamiętać o powstrzymaniu działalności serca na drodze podawania odpowiednich środków wewnętrznych (kofeina) lub pod skórę (fizyologiczny rozczyń soli kuchennej). Najlepsze wyniki daje następne przejście (po głodówce) do pokarmu naturalnego przy bardzo ostrożnym dawkowaniu tegoż; w razie niemożności jego stosowania podajemy nader ostrożnie mleko odfluszczone lub serwatkę, a dopiero później przechodzimy do mleka pełnego. Maślanka, zupa słodowa i wogóle pokarmy, obfitujące w cukier, są tu przeciwwskazane, ponieważ przyczyną zatrucia, jak to zostało stwierdzone przez FINKIELSTEINA, najczęściej bywa cukier. Eiweissmilch również i tutaj przez wzgląd na małą zawartość soli i cukru może dać dobre wyniki.

Leczenie zaburzeń zakaźnych przewodu pokarmowego, przebiegających prawie zawsze pod postacią biegunki, jest zwykle; co dotyczy diety w tych razach, to w ciężkich przypadkach podawać należy z początku herbatę, później kleik, ewentualnie mączkę NESTLEA, a dopiero później przejść ostrożnie do mleka. W tych przypadkach — zupa słodowa może zna-

leż również zastosowanie. Małym dzieciom podajemy pierś, ograniczając narazie ilość pokarmu.

Z tego pobieżnego przeglądu warunków rozwoju i sposobów leczenia zaburzeń odżywiania u niemowląt osiągamy bardzo ważną korzyść, mianowicie dowiadujemy się, w jaki sposób można zapobiedz powstawaniu tych stanów chorobowych u dzieci. Okazuje się, że można osiągnąć ten cel, zabezpieczając z jednej strony ustrój od zatkania się ze szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi (zakażenie, nadmierne ogrzewanie) z drugiej — przestrzegając ścisłego normowania pożywienia. Pod tym ostatnim względem najlepszą rekojmię stanu dobrego dziecka daje pokarm kobiecy. Tam zaś, gdzie nie możemy go zastosować, wskazaniemi, opartemi na podstawie ściśle naukowej, kierujemy się przy wyborze najwłaściwszego dla danego przypadku rodzaju sztucznego pożywienia.

(Zeitschrift für physicalische und diätetische Therapie Tom XV. zeszyt I 1911).

L. Łyskawiński.

## STRESZCZENIA

### Medycyna wewnętrzna.

#### 60. C. v. Noorden. O teorii i leczeniu moczówki cukrowej.

Wiadomo, że bezpośrednią przyczyną cukromoczu jest z małymi wyjątkami nadmierna zawartość cukru we krwi. Powstawanie jednak owego przecukrzenia krwi objaśniano rozmaicie i stawiano w tym względzie dwie hipotezy wręcz sobie przeciwne. Według jednej z nich produkcja cukru pozostaje w cukrzycy normalną, ustrój traci jednak zdolność utleniania cukru — jest to teoria bardziej rozpowszechniona, a zwolennikiem jej do ostatnich czasów był i NOORDEN. Według drugiej zaś hipotezy — daleko zresztą dawniejszej, ale dla braku dowodów narazie przez większość autorów odrzuconej — przyczyną przecukrzenia krwi jest nadmierna

produkcja cukru. Nie bacząc na to, iż wzmiankowane teorie w zasadzie zupełnie się różnią od siebie, tłumaczą one zadawalająco zarówno powstawanie hyperglikemii i cukromoczu jakoteż wytwarzanie się ciał acetonowych. Najnowsze badania obalają jednak teorię niedostatecznego spalania cukru w moczówce cukrowej, a fakty, przemawiające za nadmierną produkcją cukru, są w krótkości następujące.

Fakt, iż nadmierna produkcja cukru jest powodem powstawania cukromoczu w t. zw. nakłuciu CLAUDE-BERNARDA, jest rzeczą, powszechnie uznawaną; bo też nakłucie to powoduje cukromocz tylko wtedy, kiedy wątroba zawiera zapas glikogenu, który szybko znika wtedy z wątroby i w postaci cukru gromadzonego przeładowuje krew. Okazuje się, że zupełnie analogiczne warunki mamy w nie-



których zatruciach, np. diuretyną; i tu cukromocz powstaje tylko w razie obecności zapasów glikogenu w wątrobie; nic nie przemawia za tem, aby tkanki utracić miały wtedy zdolność utleniania cukru; podobnież w stanach gorączkowych mamy raczej wzmożone utlenianie węglowodanów w tkankach, a jednak napotykamy nieraz hyperglikemię, prowadzącą nawet do cukromoczu, o ile podajemy wtedy obficie węglowodany. Najjaśkrawszy przykład cukromoczu, spowodowanego nadprodukcją cukru, stanowi cukromocz adrenalinowy. Podskórne wprowadzenie adrenaliny powoduje bowiem, jak wiadomo, cukromocz zarówno u zwierząt, jak i u ludzi. Bliższe badania wykazują, że mamy tu do czynienia z nadprodukcją cukru: o ile zapasów glikogenu w wątrobie nie starczy, to cukier powstaje pod wpływem adrenaliny nawet z białka i tłuszczu; nie mamy najmniejszej racji przypuszczać, aby jednocześnie tkanki utraciły własność spalania cukru.

Spółczynnik oddechowy  $\frac{CO_2}{O_2}$  waha się, jak wiadomo, w miarę tego, jakie substancje ulegają w danej chwili utlenianiu w ustroju: węglowodany dają współczynnik 1,0, tłuszcze 0,71, białko 0,81. Normalnie przy mieszanej dyecie otrzymujemy zazwyczaj współczynnik = 0,85—0,9. W ciężkich przypadkach moczówki cukrowej znajdujemy zazwyczaj niski współczynnik oddechowy, nie przekraczający 0,8. Fakt ten tłumaczono właśnie tem, iż węglowodany nie ulegają w tych razach utlenianiu. A jednak wniosek ten nie jest słuszny, albowiem można sobie doskonale wytłumaczyć niski współczynnik oddechowy w ten sposób, iż tkanki normalnie utleniają cukier, ale produkcja tego cukru odbywa się nie tylko kosztem węglowodanów, ale także kosztem białka i tłuszczu; jeżeli zaś organizm, pomimo dostatecznego dowozu węglowodanów, wytwarza jeszcze cukier z białka i tłuszczów, to znaczy, iż mamy do czynienia z patologiczną nadprodukcją cukru. Wiadomo, iż wytwarzanie cukru z białka i tłuszczu odbywa się w wątrobie. PORGES i SALOMON wykonali przeto następujące doświadczenie: podwiązawszy żyłę wątrobną i wyłączywszy w ten sposób z krwioobiegu wszystkie produkty, przedostają-

ce się z wątroby do krwi, określili współczynnik  $\frac{CO_2}{O_2}$ ; okazało się, że wynosi on wtedy 1,0 i utrzymuje się na tej wysokości aż do śmierci zwierzęcia niezależnie od rodzaju spożywanych pokarmów. Jeżeli to samo doświadczenie przeprowadzić u zwierząt, uprzednio pozbawionych trzustki, to i w tym przypadku współczynnik  $\frac{CO_2}{O_2}$  wynosi 1,0. Ztąd wniosek, 1) że mięśnie zdrowego zwierzęcia spalają tylko cukier, i 2) że w moczówce cukrowej żadne zmiany pod tym względem nie zachodzą. Te kapitalne badania obalają niewątpliwie teorię o zmniejszonym utlenianiu cukru w moczówce cukrowej, usuwają na drugi plan znaczenie fermentu glikolitycznego i zniewalają do ponownego przyjęcia starej teorii o nadprodukcji cukru w cukrzycy.

Organem, regulującym zawartość cukru we krwi, i jednocześnie miejscem wytwarzania cukru jest wątroba: spożyty cukier zatrzymuje się w wątrobie w postaci glikogenu, a w miarę zapotrzebowania (praca mięśniowa, produkcja tłuszczu) ferment diastatyczny wątroby przetwarza odpowiednią ilość glikogenu na cukier, który przedostaje się do krwi. U ludzi zdrowych zawartość cukru we krwi jest prawie stała i wynosi około 0,8 *pro mille*; wątroba naogół nastraja się do ilości zapotrzebowania na cukier, przy znacznym jednak zapotrzebowaniu produkcja może pozostać w tyle, i cukier krwi spada do  $\frac{1}{2}$ , a nawet  $\frac{1}{3}$  normalnej zawartości. W razie braku zapasów glikogenu przy niedostatecznym dowozie cukru w pokarmach wątroba zaczyna wytwarzać cukier z białka i tłuszczu; normalnie tylko przy nadmiernym dowozie cukru może nastąpić przeładowanie krwi cukrem i cukromocz (pokarmowy).

Atoli wątroba, regulując na ogół zawartość cukru we krwi, nie jest pozbawiona w tym względzie wpływu innych organów, które bądź hamują, bądź potęgują jej działalność.

Otóż przedewszystkiem wpływ swój wywiera tu trzustka, której wydzielina wewnętrzna, pochodząca prawdopodobnie z wysepek LANGERHANSA, przedostaje się do wątroby i tłumi w niej produkcję cukru. Po usunięciu trzustki ów czynnik hamujący znika, i wte-



dy produkcja cukru w wątrobie niepomier- nie wzrasta; wątroba traci zdolność zatrzymy- wania cukru w postaci glikogenu, produkcja cukru nie odpowiada zapotrzebowaniu i od- bywa się nie tylko kosztem glikogenu, ale także białka i tłuszczu.

W przeciwieństwie do tego wpływu trzustki nadnercza, resp. adrenalina potęgują produkcję cukru w wątrobie; po usunięciu nadnerczy zawartość cukru we krwi spada z powodu braku bodźców do produkcji cukru i z powodu przewagi hamującego wpływu trzustki. To samo zachodzi w chorobie ADI- SONA: może właśnie dla braku cukru we krwi mięśnie tych chorych tak łatwo się wyczer- pują. Odwrotnie działa wstrzyknięcie adre- naliny: najpierw następuje uruchomienie gli- kogenu, a przy dłużej trwającym działaniu cukier zaczyna się wytwarzać z białka i tłusz- czu już po usunięciu trzustki. Podobne dzia- łanie adrenaliny ujawnia się nawet przy bra- ku trzustki, co jest dowodem, iż adrenalina działa na wątrobę bezpośrednio, a nie za po- średnictwem trzustki. Z drugiej strony ad- renalina pobudza kompensacyjny wpływ trzustki, wobec czego stopniowo słabnie wpływ adrenaliny na wątrobę.

Niezmiernie ciekawy i ważny jest fakt, iż trzustka i nadnercza także nie są samo- dzielne, lecz ulegają wpływom innych orga- nów, otrzymując zarówno bodźce hamujące, jak i pobudzające. Na trzustkę wpływa przede- wszystkim tarczycyca, której wydzielina wewnętrzna hamuje—przez krwiobiegi—dzia- łanie trzustki. Ztąd w hipertyreoidyzmie (np. w chorobie BASEDOWA lub przy podawa- niu tyreoidyny) łatwo powstaje cukromocz pokarmowy, a nawet i samoistny, niektóre dane przemawiają za tem, że mamy tu także pobudzający wpływ na nadnercza. Z drugiej strony usunięcie tarczycy potęguje hamujący wpływ trzustki na produkcję cukru w wą- trobie; to samo mamy i w obrzęku śluzowym. Analogicznie działa też i przysadka (*hypophy- sis cerebri*): nadmierne działanie jej (w akro- megali) ułatwia powstawanie cukromoczu pokarmowego i objaśnia nam fakt, iż 40% chorych na akromegalię cierpi na cukrzyce. Przy zniszczeniu przysadki (np. przez guzy) powstaje *degeneratio adiposo-genitalis* i wzmo-

żona tolerancja względem węglowodanów. Zaznaczyć należy, iż rzeczą jest nie rozstrzy- gniętą, czy przysadka działa na trzustkę bez- pośrednio, czy też za pośrednictwem tarczycy.

Nadnercza podlegają wpływom układu nerwowego współczulnego i reagują na roz- maite czynniki toksyczne. Okazuje się, że przy nakłuciu Cl. BERNARDA podrażnienie przenosi się przez nerw współczulny lewy do lewego nadnercza, a ztąd do prawego i po- średnio dopiero na wątrobę drogą krwiobie- gu; jeżeli przeciąć lewy nerw współczulny, to cukromocz nie wystąpi, słowem, cukromocz po nakłuciu Cl. BERNARDA jest cukromoczem adrenalinowym. Różne jady powodują cukromocz bądź przez podrażnienie odpo- wiedniego ośrodka w rdzeniu przedłużonym, bądź przez podrażnienie nerwu współczulnego, bądź samych nadnerczy — zawsze będzie to nadprodukcja adrenaliny i wtórny cukro- mocz. Fakty te tłumaczą nam, dlaczego nie- którzy chorzy na moczówkę cukrową są tak wrażliwi na wpływy nerwowe, reagując na nie wzmocnionym cukromoczem. Są to ludzie o wzmoczonej wogóle pobudliwości układu nerwowego współczulnego (sympatykotonicy); przeciwieństwo do nich stanowią osobniki wago-toniczne, podczas gdy osobniki normal- ne zajmują stanowisko pośrednie.

Tak więc w myśl powyższego moczów- ka cukrowa przestaje być dziś jednostką cho- robową jednolitą; pierwotne źródło choroby może się znajdować w przeróżnych częściach ustroju, jako to: w ośrodkach nerwowych, w nerwie współczulnym, w nadnerczach, tar- czycy, przysadce, trzustce i może w innych jeszcze organach. Najprawdopodobniej jed- nak w chronicznym cukromoczu czyli w mo- czówce cukrowej główną rolę odgrywają zmiany trzustki, rzadziej anatomiczne, niżli czynnościowe i to nie zawsze pierwotne, a może często właśnie zależne od przenie- sionego wpływu innych organów; natomiast nadnercza, zdaje się, odgrywają główną rolę w ostrym cukromoczu jakoteż w wahaniach cukromoczu diabetyków pod wpływem czynników nerwowych. Natomiast rzeczą jest jeszcze bardzo niepewną, czy istnieje prawdziwa cukrzyca pochodzenia adrenalino- wego, resp. nerwowego. W znanych nam



przypadkach stale wzmożonej czynności nadnerczy, np. w marskości nerek, nie widzimy nigdy cukrzycy, chociaż bywa tu czasem hyperglikemia. Widocznie przeciwdziała tu hamujący wpływ trzustki.

Taki pogląd na powstawanie moczówki cukrowej ma pewne znaczenie i dla leczenia tego cierpienia. Oddawna zalecano ruch mięśniowy w celu spotęgowania spalania cukru; w lekkich przypadkach cukrzycy praca mięśniowa istotnie może zmniejszyć cukromocz, w cięższych jednakże wpływa nieraz odwrotnie. Jest to zupełnie zrozumiałe z punktu widzenia teorii o nadprodukcji cukru w cukrzycy: każda praca mięśniowa powoduje wzmożoną produkcję cukru w wątrobie; normalnie produkcja ta ściśle odpowiada zapotrzebowaniu; w lekkich przypadkach cukrzycy mięśnie zużytkowują nadmierną zawartość cukru we krwi, i cukromocz zmniejsza się; w ciężkich jednak przypadkach aparat, regulujący produkcję cukru, znajduje się w stanie takiego pobudzenia, iż odpowiada na zapotrzebowanie niepomernie silnie, zawartość cukru we krwi, a przeto i cukromocz wobec tego jeszcze bardziej wzrasta. To też w ciężkich przypadkach cukrzycy należy unikać wszystkiego, co by pobudzać mogło produkcję cukru i nietylko praca mięśniowa ma tu znaczenie, ale i praca organów trawienia: to też w głodzeniu najbardziej opada zawartość cukru w moczu. Najsilniej pobudzają produkcję cukru węglowodany — rozmaicie różne postaci — znacznie mniej białko, a najmniej tłuszcze, bo też przedostają się one do wątroby nie bezpośrednio, lecz za pośrednictwem dróg chłonnych i dużego krwioobiegu. Ograniczenie węglowodanów, resp. białka ma jeszcze znaczenie i w tym kierunku, że usuwa podrażnienie aparatu, regulującego produkcję cukru, i aparat ten może wtedy wypocząć, a to podnosi jego sprawność. Zachowanie odpowiedniej diety jest jedynym koniecznym i obowiązkowym leczeniem dla chorego na cukrzyce, i żadne środki farmaceutyczne nie mogą i nie mają tu takiego znaczenia. Leczenie wodami mineralnymi ma przedewszystkiem ten wpływ, iż chory przez czas kuracji racjonalnie się odżywia; przy tem odgrywają tu rolę wpływy nerwo-

we, ruch mięśniowy, poprawa stanu chorych, ew. organów itp. Główną rzeczą jest jednak, aby chory nauczył się jadać to, co mu wolno; cel ten osiągają jednak najlepiej nie zdrojowiska, lecz zamknięte zakłady dyetetyczne, uwzględniające dyetetyczne wymagania każdego chorego poszczególnie.

(Med. Klinik. 1911 Nr.1)

#### 61. A. Magnus-Levy. Kuracye Karella, Oertela i Widal-Straussa.

Podczas gdy stosowanie środków leczniczych w zaburzeniach krwioobiegu ma na celu pobudzenie aparatu krwionośnego, dyetetyka w tego rodzaju cierpieniach dąży do możliwego oszczędzania odnośnych organów. Praktyczne względy jakoteż teoretyczne uzasadnienie zalecanych przez wymienionych w nagłówku autorów przepisów dyetetycznych są zgoła różne. Kuracya KARELLA polega na żywieniu chorego wyłącznie mlekiem i w dodatku w małych względnie ilościach, OERTEL dba przeważnie o ograniczenie dowozu płynów, WIDAL zaś i STRAUSS usuwają z pokarmów sól kuchenną, pozostawiając jednak zasadniczo choremu dyetę mieszaną.

Kuracya KARELLA winna trwać 6 tygodni i polega na podawaniu w pierwszym tygodniu 4 razy dziennie po 60 - 200 ctm<sup>3</sup> mleka, w drugim i trzecim tygodniu autor dodawał niewielkie ilości śledzia, chleba z solą i t. p., a dopiero po 5—6 tyg. wolno było spożyć choremu jedno obfitsze danie. KARELL nie uzasadniał teoretycznie swej diety i nie rozumiał nawet, że całe jej znaczenie polegało na ograniczeniu dowozu wogóle, co sprzyjało oszczędzaniu serca i nerek.

OERTEL starał się już teoretycznie uzasadnić swą dyetę: pojmował on, że w zaburzeniach kompensacji serca nadmiar płynu stanowi główną przeszkodę do przywrócenia normalnych warunków krwioobiegu: wprowadzenie zatem płynnych pokarmów uważał za szkodliwe, utrudniające pracę serca. OERTEL kontrolował dokładnie ilość wprowadzanych codziennie płynów i ilość wydzielanego moczu; starał się uzasadnić swe zalecenia przez badanie ciśnienia krwi, zawartości hemoglobiny we krwi i t. p., a w przepisach dyetetycznych stosował się do znanych badań PETTEN-



KOFERA i VOITA, stosował jednak zbyt wielkie ilości białka — do 200 grm. dziennie. Główne zastosowanie znajdowała kuracja OERTELA w licznych postaciach zaburzeń cyrkulacyjnych u arteriosklerotyków, otyłych i t. p.

Na ściśle naukowym gruncie, popartym zarówno przez doświadczenia na zwierzętach, jak i przez obserwacje i badania chorych, oparli swe przepisy dyetetyczne WIDAL i STRAUSS, jednocześnie i niezależnie od siebie. Dla ilustracji przytoczyć należy klasyczne badanie WIDALA, które polegało na tem, iż chory z dużymi obrzękami otrzymywał w I okresie 3½ litra mleka (5,5 NaCl) i stracił w tym okresie 5,7 kilo (obrzękowego płynu), w II okresie przy tej samej dyecie z dodaniem 10 grm. NaCl dziennie zatrzymał 2,1 kilo wody, w III okresie przy mieszanej dyecie o takiejże, co i poprzednio, zawartości wody, białka i ciepłostek (1,5 grm. NaCl) chory stracił 3,7 kilo, a w czwartym przy tej samej dyecie z dodaniem 12,8 grm. NaCl dziennie zyskał znowu 2,5 kilo na wadze. W ten sposób stwierdzonem zostało, że działanie mleka polega wyłącznie na małej zawartości soli kuchennej, i że sól kuchenna odgrywa pierwszorzędną rolę w powstawaniu obrzęków w chronicznem zapaleniu nerek miąższowem. Nawet u ludzi zdrowych wahania w zawartości w pożywieniu mogą powodować wahania w wydzielaniu wody z ustroju. Ograniczenie soli w pożywieniu zmniejsza pragnienie, a przeto i ilość wprowadzanej wody. Stosowanie diety małosolnej bynajmniej nie należy do prostych i łatwych, wymaga zarówno ze strony lekarza, jak i pacjenta cierpliwości, winno bowiem trwać wiele tygodni zrzędu zanim się skutek okaże. Największe zastosowanie dyeta ta znajduje w chronicznem miąższowem zapaleniu nerek; niemniej doskonale działa jednak często w przypadkach zaburzeń czynności serca, w marskości wątroby, a czasem nawet w wysiękach opłucny.

Jeżeli zatem sól kuchenna, jako składnik pokarmowy, ma wpływ na powstawanie i znikanie obrzęków, zobaczymy tedy, jak się zachowują pod tym względem inne składniki, i jak się przedstawiają z tego punktu widzenia kuracje OERTELA i KARELLA.

Kuracja KARELLA w pierwszych tygodniach posiada w zupełności cechy diety małosolnej WIDALA i STRAUSSA; jednocześnie posiada ona jednak cechy diety bardzo ograniczonej pod względem dowozu wszystkich soli, wszystkich składników organicznych i wody. Co się tyczy przedewszystkiem soli, to większe ilości fosforanu sodu mogą wprawdzie czasem powodować zatrzymanie wody, ale praktycznie nie odgrywa to żadnej roli, gdyż w pokarmach naszych mamy tej soli zawsze mało. Co się tyczy substancji organicznych, to dotychczas mało zwracano uwagi na ich znaczenie w sprawach cyrkulacyjnych, niemniej przeto posiadają i one ważne w tym względzie znaczenie. Najmniejszy wpływ wywiera tu tłuszcz, ponieważ prznosi się w naczyniach limfatycznych i krwionośnych nie w postaci roztworu, lecz w postaci emulsyi. Większych ilości wody wymaga już cukier, stężenie jego w surowicy krwi jest jednak niewielkie; największy jednak wpływ z ciał organicznych wywiera na zachowanie się wody białko: nietylko wchłanianie i cyrkulacja, ale i wydalanie produktów spalania wymagają znacznych ilości wody.

Znaczenie soli kuchennej i białka dla zachowania się wody w ustroju daje się zauważyć zarówno u zdrowego człowieka, — np. przy dyecie jarskiej skutkiem małej zawartości soli i białka w pożywieniu ilość moczu jest niewielka — a zwłaszcza w niektórych przypadkach moczówki prostej: ilość moczu spada o parę litrów, o ile znacznie ograniczyć podawanie soli i białka.

Owa mała zawartość białka stanowi niewątpliwie dodatni wynik w dyecie KARELLA. Był czas, kiedy przypuszczano, że chorych z osłabionem sercem należy forsownie odżywiać i właśnie dostarczać im dużych ilości białka. Przeciwno temu zupełnie nieuzasadnionemu pogładowi wystąpił pierwszy F. HIRSCHFELD: wykazał on, że samo ograniczenie płynów bez ograniczenia substancji organicznych nie wystarcza do przywrócenia kompensacyi serca: pod tym względem zbił on poglądy OERTELA. To też właśnie ograniczenie białka w pożywieniu winno być stanowczo zalecone w przypadkach osłabienia serca, w późniejszych okresach marskości serca.



Oprócz ograniczenia soli kuchenej i białka zwracano jeszcze uwagę na ograniczenie płynów; zwolennikiem tej metody oprócz OERTELA, SCHWENINGERA jest i NOORDEN. W dyecie OERTELA mamy właściwie dwa czynniki, wręcz przeciwnie działające, a mianowicie ograniczenie płynów przy obfitym dowozie białka i soli. Jeżeli jednak dyeta ta niewątpliwie miała powodzenie, to zależy to od tego, iż stosuje się przedewszystkim w przypadkach lekkich, a powtóre, iż powoduje niechęć do jedzenia, a przeto pośrednio sprowadza ograniczenie odżywiania w ogólności. To samo dotyczy kuracyi OERTELA i SCHWENINGERA, który nie pozwalał chorym pić podczas jedzenia w przypadkach otyłości. Ograniczenie zatem wody ma naogół znaczenie tylko pośrednie.

W praktycznym zastosowaniu dyeta KARELLA jest prostsza od diety WIDALA-STRAUSSA, należy tylko pamiętać, aby po skończonej kuracyi nie pozwolić choremu zaraz przejść do zwykłej diety, a zwłaszcza wykreślić z jego pożywienia wszelkie słone potrawy. Dyeta małosolna wymaga wielkiej skrupulatności i ew. kontroli, inaczej bowiem obniżenie dowozu soli może być niedostateczne, i kuracya pozostanie bez skutku.

(Berl. Klin. Woch. 1911 Nr 3)

*Mieczysław Halpern.*

## 62. Weichselbaum. O zmianach trzustki w cukrzycy.

Prace BOUCHARDA nad zmianami anatomico-patologicznymi trzustki w cukrzycy zapoczątkowały cały szereg badań nad związkiem narządu tego z moczówką cukrową.

W roku 1889 MERING i MINKOWSKI z badań swych przekonali się, że u zwierząt zupełne usunięcie trzustki wywołuje objawy cukrzycy. Dalej okazało się, że, o ile część wyciętej trzustki zaszczerpić do skóry brzucha, to objawy cukrzycy nie występują; dowodzi to, że tylko zupełny zanik wydzieliny wewnętrznej wywołuje cukromocz.

W roku 1893 LAGUISSE po raz pierwszy wypowiedział pogląd, że rola fizjologiczna wysepek LANGERHANSA polega na wytwarzaniu wydzieliny wewnętrznej. W dwa la-

ta później SCHÄFER przypisał wysepkom tym główną rolę w przemianie cukrowej.

HANSEMANN w 1894 roku opisał zmiany anatomico-patologiczne trzustki w cukrzycy, polegające głównie na zaniku mięszu tego narządu (*atrophia granularis*), czego następstwem jest zanik wydzieliny wewnętrznej.

Na podstawie badań wymienionych oraz późniejszych wyłoniło się kilka poglądów na przyczyny, wywołujące cukrzycę. Jedni badacze, zwolennicy t.z. teorii wysepkowej, sądzą, że w cukrzycy uszkodzone są głównie wysepki LANGERHANSA; inni są zdania, że w cukrzycy zachodzą zmiany w samym mięszu trzustki; wreszcie są tacy, którzy dowodzą, że w cierpieniu tem zachodzą zmiany zanikowe zarówno samego mięszu trzustki, jak i wysepek LANGERHANSA.

Badania autora wykazały przedewszystkiem, że komórki wysepek LANGERHANSA nie tworzą się, jak to przyjmowali inni autorzy, z komórek mięszowych oraz że nie mogą się one przeistaczać w te ostatnie, lecz powstają bezpośrednio zarówno w życiu płodowem, jak i w późniejszych okresach przy regeneracyi z przewodów wyprowadzających.

Co się tyczy zmian anatomico-patologicznych trzustki, to badania autora przeprowadzone zostały w tym kierunku w 183 przypadkach cukrzycy.

Okazało się, że makroskopowo w większości przypadków trzustka była w stanie zaniku; w pewnej jednakże odsetce przypadków trzustka makroskopowo nie wykazywała żadnych zmian.

Zmiany mikroskopowe autor znajdował przeważnie w wysepkach LANGERHANSA; odróżnia on przytem trzy postaci zmian. Najczęściej w 53% przypadków spostrzegał t.z. przekształcenie puchlinowe (*degeneratio hydropica*). Zaródź komórek traciła prawidłową swą budowę; stawały się one przezroczyście i przez dłuższy czas zachowywały ziarenka, barwiące się eozyną na kolor brunatnoczerwony; komórki te stopniowo stają się coraz mniejsze i ew. zanikają. Niekiedy autor znajdował wyłącznie zanik komórek bez cech degeneracyi. Powyższe zmiany znajdował autor przeważnie u osobników mło-



dych (79%), w wieku od 4½ do 50 lat; zmianom tym nie towarzyszyło zwapnienie naczyń trzustki.

Przypadki te należą do cięższych postaci cukrzycy, *tz. Diabète maigre.*

Druga grupa przypadków obejmuje zmiany, polegające na włóknistym zwyrodnieniu (*sclerosis*) wysepek LANGERHANSA: wokoło lub wewnątrz wysepek na skutek stanów zapalnych z nacieczeniem drobnokomórkowym wytwarza się tkanka łączna, która wywiera ucisk na komórki, przez co ulegają one zanikowi. Zmiany podobne autor spotykał w przewlekłych śródmiąższowych zapaleniach trzustki często w związku z nacieczeniem tłuszczowym. Zmiany te z mięszu przechodziły na wysepki.

Powyższe zmiany (43%) dotyczyły poważnie osobników starszych ponad lat 50; towarzyszy im prawie zawsze zwapnienie naczyń trzustkowych. To ostatnie wywołuje prawdopodobnie pośrednio lub bezpośrednio przewlekłe śródmiąższowe zapalenie mięszu trzustki, przechodzące na wysepki. Do tej grupy zalicza autor lżejsze postaci cukrzycy z niewielką ilością cukru w moczu, *tz. diabète gras.*

Nadmienić należy, że w kilku przypadkach zwyrodnienia włóknistego wysepek LANGERHANSA przyczyną przewlekłego zapalenia trzustki było zatkanie przewodu trzustkowego przez kamień lub nowotwór złośliwy; w tych przypadkach, zdaniem autora, występuje niekiedy regeneracja komórek wysepkowych i względne polepszenie stanu chorego.

Do trzeciej kategorii zmian należy zwyrodnienie szkliste (*deg hyalina*) naczyń wysepek LANGERHANSA, powodujące przez ucisk, zwyrodnienie i zanik komórek wysepkowych. Jest to, zdaniem autora, najrzadsza postać zmian (28%); towarzyszy jej zazwyczaj zwapnienie naczyń trzustki, i występuje ona również u osobników starszych po nad 50 lat.

(Wien. Klin. Woch. 1910. 5).

*Henryka Karasiówna.*

### 63. Widal i Javal. Dechloruracja i rechloruracja.

Jak wiadomo, WIDAL i JAVAL pierwsi zwrócili uwagę na doniosłą rolę soli kuchennej w pochodzeniu obrzęków nerkowych. Wpływ zatrzymania w ustroju chlorków na powstawanie obrzęków naprowadził wspomnianych autorów na myśl stosowania w leczeniu obrzęków metody dyetetycznej, polegającej na ograniczeniu chlorków pokarmowych.

Kuracja dechloruracyjna zawiera dwa wskazania: ma ona przedewszystkiem na celu odebranie ustrojowi soli i nadmiaru wody, będącej dlań zawadą, a powtóre — wprowadzenie w pokarmach takiej ilości soli, która by odpowiadała przepuszczalności danych nerek względem tejże soli.

Leczenie odsalające ma doniosłe znaczenie jedynie w leczeniu retencji chlorkowej, nie można zatem wymagać od niego usuwania wszelkich przypadłości, jakie zdarzają się w przebiegu zapaleń nerek, a szczególnie tych, które powstają na tle retencji azotowej.

Należy zaznaczyć, że chlorek sodu i mocznik nie są jedynymi ciałami, zatrzymywanymi przez chorą nerkę, lecz należą do najważniejszych; retencja ich jest dzisiaj najlepiej poznana w przebiegu choroby BRIGHTA.

Stosownie do zaburzeń w wydzielaniu chlorków lub mocznika łącznie różniamy typ chlorkowy i typ azotowy zapalenia nerek. Obecnie już nie wystarcza podział chorób nerkowych na podstawie zmian w budowie tego organu. Azot i chlorki mogą uleść retencji zarówno w zapaleniu nerek śródmiąższowym, jak i mięszowym.

W chorobie BRIGHTA najczęściej daje się zauważyć retencja chlorków, w tej też chorobie można najłatwiej otrzymać dobre wyniki od stosowania dechloruracji.

Nieprzepuszczalność nerek dla chlorku sodu nie zawsze jest całkowita, przeciwnie, jest ona zazwyczaj tylko względna. Nerka może jeszcze wydalać pewną, stosownie do okresu choroby, ilość soli. Nadmiar soli, wprowadzony do ustroju po nad tę ilość, dla której nerka jest przepuszczalna, zatrzymując się w ustroju, przyciąga wodę i w ten sposób tworzy obrzęki. Obrzęk jest wskaźnikiem hydratacji, już daleko posuniętej.



Pomiędzy hydratacją bez obrzęków i hydratacją obrzękową jest jeszcze miejsce dla hydratacji, stopniowo wzrastającej i niewidocznej, zwanej przez autorów przedobrękiem (préoedème).

Codziennie ważenie chorego z obrzękami dostarcza nam pewnego i dokładnego środka do śledzenia rozwoju hydratacji i oddaje znaczne usługi w regulowaniu dechloruracji.

W dyecie odsalającej należy mieć na uwadze następujące szczegóły.

Chleb, stosowany w tej dyecie, nie powinien być solony przez piekarza, co nie stanowi wielkiej trudności. Można dojść do otrzymania chleba, zawierającego tylko 0,70 grm. chlorków na kilogram (zamiast zwykłych 8, 10, a nawet czasem 15 grm.), a zatem minimalnej ilości, zawartej w mące. W celu uniknięcia wysychania pozbawionego soli chleba najlepiej przyrządzać go na sposób wiedeński z najlepszej mąki z domieszką mleka z wodą. Istnieją w sprzedaży różnorodne gatunki biszkoptów niesolonych, które mogą zastąpić chleb.

Mięso zawiera na kilogram wagi tylko gram chlorków. Jest to jeden z najlepiej obywających się bez soli pokarmów. Można je spożywać w stanie surowym, ugotowane lub upieczone bez domieszki soli. Wołowina lub baranina, a z białych—mięso kurze są najodpowiedniejsze do zalecenia. Niesłusznie często oddaje się pierwszeństwo cielęcinie, mniej strawnej i łatwo ulegającej rozkładowi niewidocznemu.

Ryby wód słodkich, jako zawierające zaledwie kilka centygramów chlorków na kilogram wagi, nadają się w zupełności do kuracji odsalającej; natomiast przeciw wskazane są ryby morskie, mięso bowiem niektórych gatunków zpośród nich zawiera do czterech gramów chlorków na kilogram wagi.

Jaja świeże są łatwo strawne; na każde jajo przypada średnio 0,25 centygram. chlorków podług analiz BUNGGO i VOITA.

Co się tyczy masła, świeże może być spożywane przez chorego. W razie niepewności co do składu masła konserwowanego, zazwyczaj solonego, pożądana jest zamiana go na tłuszcze, otrzymywane z orzechów kokosowych, znanych pod nazwą neutraliny,

wegetaliny, kokolicy etc. Tłuszcz ten konserwuje się doskonale bez dodatku soli.

Kartofle stanowią wycmienity pokarm dla chorych nerkowych; podawać je można we wszystkich postaciach, a więc ugotowane, upieczone na maśle, jako sałata lub w purée z mlekiem.

Groszek zielony na maśle, ryż, marchew, gruszki, cykorya, groszek strączkowy, sałata, selery, karczochy, sałata z oliwą lub octem mogą w jednakowym stopniu wejść do diety.

Wino, wycofywane z diety chorych na nerki z wielką surowością, podawane w ilości umiarkowanej, uważane jest przez autorów za napój nieszkodliwy dla chorych na nerki.

Rosół zawiera do 10, 12 i 15 gramów chlorku sodu na litr, jest to więc istny rozczyn soli; dlatego też chorzy na nerki i serce nieraz doznają różnorodnych zaburzeń po spożyciu rosółu. Pozbawiony soli ma smak niedobry i, co najważniejsze, posiada mało wartości, jako pożywienie.

Konserwy, mięso słone lub wędzone, różnorodne gatunki słoniny są bezwarunkowo niedopuszczalne w chorobach nerek, nawet w okresach mniej surowej diety.

Mleko, stosowane oddawna z doskonałymi wynikami w przebiegu zapalenia nerek, zawdzięcza swe zalety głównie małej ilości soli; pokarm ten w pewnych przypadkach może sam wystarczyć choremu przez czas dłuższy. W ciągu dłuższego czasu stosowana dieta ta często jest źle znoszona, osłabia chorego i wywołuje brak apetytu. U tych chorych można zastosować dietę również surową bez uciekania się do mleka.

Oto ilość chlorków w następujących pokarmach na 1000 części ich wagi: Mleko — 2 do 2,50 cz., jaja 1,66, masło świeże 1 do 1,4, zboże 0,15, mąka 0,17, fasola 0,90, ryż 0,02, kartofle 0,57, groszek 0,65, mięso surowe 0,35 do 1,13, szczupak 0,48, poziomki 0,24, wiśnie 0,14, śliwki 0,03.

Podczas wsysania się obrzęków czasem powstają różnorodne zaburzenia odmienne w każdym przypadku, a więc napady drgawek, majaczenie, zapaść, odrętwienie z oddechem CHEYNE—STOKESA, czasem nawet dusz-



ność bardzo silna zależna od obrzęku płuc. Są one wyjątkowo tylko śmiertelne, trwają od kilku godzin do kilku dni, i zwykle następuje po nich masowa rezorbey obrzęków. Zauważyć je można u chorych przy stosowaniu środków, silnie działających, napastnicy i teobrominy. Dobrze jest nie dopuszczać do utraty przez chorego więcej, niż kilogramu lub  $1\frac{1}{2}$  kilogramów wody hydratacyjnej. Jeżeli dyeta bezsolna doprowadza, co najczęściej bywa, do należytego odwodnienia, lepiej wstrzymać się od podawania leków moczopędnych, które mogą spowodować osuszenie zbyt gwałtowne tkanek.

Dyeta odsalająca może także być stosowana w obrzękach na tle niedomogi serca, puchlinie brzusznej. W obrzękach mechanicznych kuracja dechloruracyjna często może mieć charakter raczej zapobiegawczy, niż leczniczy; dzięki jej udaje się nam odsunąć na pewien czas powstanie ponownego obrzęku; dosadnym przykładem może tu być *ascites cirrotica*.

Płyn z jamy brzusznej zawiera chlorków przeszło sześć grm. na litr, czyli najwięcej ze wszystkich płynów w ustroju. Jeżeli poddamy chorego dyecie ściśle dechloruracyjnej, zawierającej 2 grm. chlorków na dzień, według wszelkiego prawdopodobieństwa wytworzy się płynu zaledwie trzecia część, i część chlorków wydalona zostanie wraz z moczem. W wysiękach nieznacznych (*hydrothorax*) wynik odsalania bywa znacznie słabszy.

Można powiedzieć, że prawie każdy chory na zapalenie nerek z obrzękami ma swoją formułę dechloruracyjną. W jednych przypadkach odwodnienie postępuje z zadziwiającą szybkością, np. w ciągu jednego tygodnia do 8, 10, a nawet w jednym przypadku WIDALA w ciągu 17 dni 28 kilogramów, inni znów chorzy w ciągu sześciu tygodni stracą stopniowo do 15 kilogramów. Dechloruracja szybka możliwa jest tylko u chorych, pozostających stale w łóżku.

W pierwszym okresie dechloruracji waga zmniejsza się jednocześnie z obrzękami, w drugim waga spada jeszcze wówczas, gdy obrzęki przestają być widoczne. W trzecim okresie, gdy odwodnienie jest zupełne, krzywa zstępująca wagi zatrzymuje się lub waha się

około ostatniej cyfry. Często jeszcze w ciągu kilku dni chlorki wydalają się w nadmiarze 1—2 grm. ponad codziennie absorbowaną ilość, chociaż waga doszła do równowagi. Po kilkodniowej równowadze wagowej u pewnych osobników można zanotować czwarty okres, znów podwyżkę wagi do 3—4 kilogramów przy jednoczesnej równowadze w wymianie wody i chlorków. Podwyżka ta zależy od przytycia, jako skutku odpoczynku i diety. Czasem dechloruracja odbywa się nietypowo lub nawet zupełnie zawodzi.

Gdy po zniknięciu obrzęków i ustaleniu się wagi zostanie dokładnie stwierdzona maksymalna przepuszczalność nerkowa chorego, należy do diety zacząć dodawać soli, lecz pierwsze dawki nie powinny przewyższać 3 grm.; jeżeli analiza wykaże, że ilość dodatkowa zupełnie zostaje wydalona, podnosi się ilość soli na dobę do 5 grm., a nawet czasem do 8—10 grm.; w razie podnoszenia się wagi trzeba na pewien czas znów zmniejszyć dawkę soli.

Dechloruracja pokarmowa nie naraża organizmu na żadne szkody, traci on bowiem tylko nieznaczną część chlorków, wchodzących w skład soków i tkanek. Ch. RICHET sądzi na podstawie badań, czynionych nad eliminacją chlorków u osobników naczczu, że ilość soli kuchennej niezbędnej dla organizmu może nie przewyższać dwóch grm. dziennie. BUNGE przypuszcza, że dodanie 1 do 2 grm. soli kuchennej wystarcza do średniego odżywiania. Jak widać, jesteśmy daleko od 17 grm. na głowę, stanowiących według DASTREA średnią spożycia codziennego soli w Europie.

Chorzy WIDALA, pozostawieni podczas wielu miesięcy w równowadze chlorkowej z 2 gramową dawką codzienną soli kuchennej, nigdy nie doznawali przypadłości, które można byłoby przypisać niedostatecznej ilości chlorków w pożywieniu.

(III Congr. internat. de physiotherapie 1910).  
K. Szokalski.

### Chirurgia.

#### 64. Benda. Ciało obce w żyłę kreskowej górnej.

Dnia 4 października przybył do kliniki prof. Zinna 54-letni mężczyzna ciężko cho-



# Chloroform „Anschütz”

Chemicznie czysty

## Chloroform do usypiania.

W oryginalnych butelkach po 25 i 50 grammów.

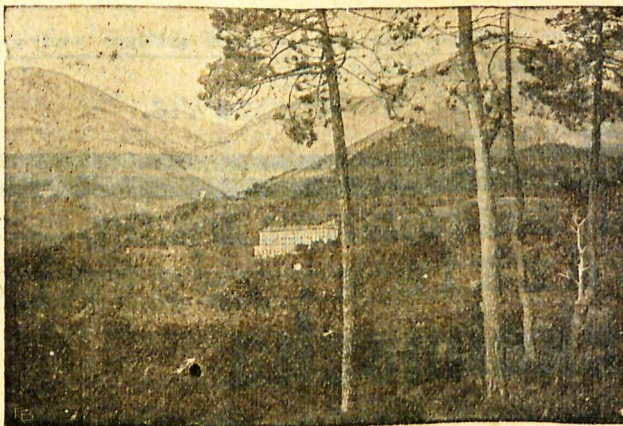
————— Preparat trwały —————  
 ————— i niezmienny swego składu. —————

Próby i literaturę na żądanie

**Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation**  
 Pharmac. Abteilg. Berlin SO. 36

### Zakład Lecznicy Gorbio pod Mentoną (Riviera) 250 m. n. p. morza położony.

Prospekty dostarcza Administraoya  
Gorbio pod Mentoną



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

## TLEN W BALONACH

na każde żądanie

w APTECE

### M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5. Telefonu 753.

Dla prowincyi całkowite aparaty do wywiązywania tlenu.



Od 500 Lat Leczą

sławne na całym świecie, naturalnie gorące (36-42°C.)  
nie ochładzane, radiocynne

Termy siarczane i kąpiele mułowe  
miasta kąpielowego

## TRENCSEN-TEPLICZ

Górne Węgry Główna linia kolejowa Berlin-Oderberg-Wiedeń.

DNE, GOŚCIEC, ECT.

Hotel zbudowany razem z kąpielą. Cały rok otwarty.  
Znakomite pension wiosenne, ceny umiarkowane. Nowe  
budowle, na które wyznaczono 1½ milionów.  
Nowe Kąpiele! Cudowne poźnienie Nowy Grand-Hotel!

Dla kuracyi domowych wysyłka mułu i wody źródlanej.  
Prospekty: Dyrekcya Kąpielowa.

Daleko lepsze wyniki, niż zapomocą wody gorzkiej, która drażni kiszki, otrzymujemy zapomocą Marienbadzkiego Kreuzbrunnen, Ferdinandsbrunnen i soli źródlanej.

Choroby Mózgu  
EPILEPSYA, HISTERYJA, NEUROZY  
Lecz się skutecznie OD LAT 40 zapomocą

## SYROPÓW HENRY MURE

1. z bromkiem potasu. 2. z licznymi bromkami (potasu, sodu i amonii) 3. z bromkiem strontu (niezawierającym barytu).

Ściśle dozowane. 2 gramy soli chemicznie czystej w łyżce stołowej i 50 centig. w łyżce od kawy doskonałego syropu ze skórek gorzkich pomarańczy.

Preparaty te starannie przygotowane i zawierające składniki, które są w możności zadośćuczynić wymaganiom praktyków, pozwalają na doświadczenie porównanie w identycznych warunkach wartości leczniczej różnych pojedynczych i połączonych soli bromowych.

FLAKON: 3 rb 90 kop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, Phen de Ire cl., Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostać można we wszyst. aptekach i składach apt. Rossyi.

Marienbadzkie źródło Rudolfa daje bezwarunkowo najlepsze wyniki w każdym okresie choroby nerek i pęcherza, w skazie moczonowej, dnie i gościcu.

## Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczaków i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,

PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,

ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,

WZMACNIA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tabletkę, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Nowo-karlsbadzka kuracya nowo-karlsbadzkie krysztaly

## Nowo-karlsbadzkie krysztaly Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzenia przemiany materji, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

## Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylenblau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.



ry. Ślepy, prawie że głuchy, nie może nic powiedzieć, jak się jego choroba rozwinęła. Język obłożony, lekka żółtaczką, wątroba nieco powiększona, gorączka wieczorem dochodzi do 41,5°, a rano opada do 36°. Mocz zawiera białko i wałeczki, chory ma rozwołnienie. Odczyn WIDALA ujemny, śledziona nie powiększona, tak, że rozpoznanie duru jest bardzo chwiejne. 17/X wylewy krwawe podskórne, które określono jako objaw septycznego zatoru. 18/X chory zmarł.

Sekcja wykazała, jako główne cierpienie ropne zakrzepowe zapalenie żyły wrotnej. Koniec rozpadającego się skrzepu znajdował się mniej więcej na odległości 2 cm. od wrot wątrobowych. W wątrobie jedna z większych gałęzi żył prawego płata wypełniona była ropą, która miejscami zalewa i samą tkanką wątroby. Śledząc dalej skrzep w kierunku obwodowym, widać, że on teże u wejścia żyły kreskowej górnej, której gałęź żyła krętniczko-kańciszka wypełniona jest świeżymi, szaroczerwonymi skrzepami, główna zaś gałęź kreski jest zupełnie zatkana przez skrzep szary, zgalaretowaciały, zorganizowany i przebity ciemno-żółtymi paskami. Rozcinając ten skrzep, znaleziono 2 cm. długie, twarde, giętkie, przezroczyste cienkie obce ciało, którego koniec w kierunku do jelita jest ostry, a drugi płaski zaokrąglony. Badanie drobnowidzowe wykazało, że ma się do czynienia z tkanką kostną z małą liczbą komórek i kanalików — prawdopodobnie jest to ość rybia. Skrzepy dochodzą do środka kreski, lecz nie naruszają łuków naczyniowych kiszki. Na kiszce nie widać ani zgorzeli, ani wylewu krwawego, co dowodzi, że kiszka otrzymywała krew w do-

statecznej ilości przez połączenia. Te połączenia pochodziły od żyły śledzionowej, która jedna tylko z gałęzi żyły wrotnej była zupełnie wolna, gdyż i ujście żyły kreskowej dolnej było zajęte przez skrzep.

Jakim sposobem dostała się ość do żyły wrotnej — trudno wytłumaczyć. Wiadomo, że igły wędrują. Są też one znacznie ostrzejsze i odporniejsze, niż ości rybie, które często podlegają działaniu soku żołądkowego, nawet i działaniu fagocytów. Należy przypuszczać, że ta ość jakimś dziwnym zbiegiem okoliczności dostała się do żyły wrotnej po przez ścianę jelita. Miejsce przejścia ości do żyły znajduje się prawdopodobnie w kieszce niedaleko początku żyły kreskowej; z żołądka nie mogłaby się ona dostać wprost do żyły kreskowej, a to z tego powodu, że przebieg żyły żołądka jest bardzo kręty, tak, że nie mogły przepuścić takiego długiego obcego ciała, jak ość, a powtóre, powinna była ona z żyły wrotnej z powrotem przejść do żyły kreskowej.

W piśmiennictwie lekarskim opisano podobne przypadki. Przed 2 lata Max Koch opisał zupełnie identyczny przypadek, tylko przebieg był znacznie ostrzejszy, a to dlatego, że wszystkie żyły były wypełnione ropą. W tym przypadku można było określić, jak długo trwał proces. Chory umarł 2 czerwca, a rybę, mianowicie karpia, jadł na Boże Narodzenie. Koch jest tego zdania, że przebiła ona ścianę żołądka.

Koch podaje jeszcze jeden podobny przypadek, opisany przez LAMBRONA w 1841 r. z Hôpital de la Pitié w Paryżu.

(Berliner klin. Wochenschrift Nr 46 1910)

Wacław Biehler.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne z d. 21 stycznia 1911 r.

1. FLATAU. Przypadek wiału rdzenia z zejściem śmiertelnem po operacji.

Mężczyzna, lat 58, cierpiał na wiał rdzenia od lat 20. Objawy ARGYLL-ROBERTSONA, WESTPHALA, zaburzenia czucia na kończynach dolnych, w obrębie korzeni szyjowych i pierśiowych. Od lat 10 chory doznawał upor-

czywych bólów w kończynie lewej górnej, które nie ustępowały nawet pod wpływem narkotyków. Kol. RAUM dokonał operacji przecięcia I grzbietowego, VIII, VII i V szyjowych korzeni tylnych z lewej strony (bez przecinania opony twardej). Po operacji ruchy lewą kończyną zostały zachowane. Chory zmarł jednak w 27 godzin po operacji. Referent podaje wskazania i przeciwwskaza-



nia do podobnego zabiegu i zaleca przecinanie korzeni tylnych nazewnątrz opony twardej.

W dyskusyi KRYŃSKI podnosi trudności techniki operacyjnej.

BYCHOWSKI i STERLING podnoszą korzyści operowania w dwóch okresach.

KOPCZYŃSKI St., opierając się na własnych badaniach doświadczalnych nad przecinaniem korzeni tylnych rdzeniowych u małp, mówi o ważności pozostawiania w splocie jednego korzenia.

BREGMAN powołuje się na własny przypadek hemiatetozji, operowanej w podobny sposób bezskutecznie.

HIGIER zaleca operowanie na jednym posiedzeniu.

ORŁOWSKI zwraca uwagę, że najgorsze rokowanie daje laminektomia w części szyjowej, i wspomina o dwóch swoich przypadkach z zejściem śmiertelnem.

2) GAJKIEWICZ Przypadek urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego o typie BROWN-SÉQUARDA.

18-letni chłopiec został zraniony pilnikiem w plecy. W 10 godzin po wypadku stwierdzono ranę na wysokości 5 — 6 wyrostka ościstego, porażenie nogi prawej, zniesienie pobudliwości na ból, ciepło i zimno na nodze lewej i na tułowiu. Odruchy ścięgnowe zniesione obustronnie. Naczułość skóry po stronie prawej. Objaw BABIŃSKIEGO na prawej stopie. Stopniowo stan chorego się poprawił. Mówca rozpoznaje porażenie typu BROWN-SÉQUARDA.

KOPCZYŃSKI St. powołuje się na własne 6 przypadków, wszystkie z zejściem śmiertelnem i podkreśla rozszczenie w podobnych razach różnych rodzajów czucia.

HIGIER podkreśla trudności w stwierdzeniu przerwy anatomicznej rdzenia.

GĄBSZEWICZ wspomina o analogicznym przypadku z zejściem pomyślnem.

3) ROTSTADT. Przypadek zapalenia opon i korzeni rdzeniowych na tle przymiotu z przypuszczalnem zajęciem rogów przednich.

25-letni robotnik przechodził kiłę przed 8 miesiącami, a od 3-ch miesięcy zaczął doznawać bólów w prawej kończynie górnej, potem w lewej, wreszcie w dolnych kończy-

nach. Przedmiotowo: osłabienie władzy w kończynach górnych, drgania włókienkowe, lekkie zaniki w częściach obwodowych kończyn, zniesienie odruchów ścięgnowych, objaw KERNIGA. Odczyn WASSERMANNĄ dodatni.

HIGIER przypuszcza możliwość zapalenia wielonerwowego syfilitycznego.

BREGMAN wspomina o własnych przypadkach syfilitycznego zapalenia rogów przednich rdzenia.

STERLING wskazuje możliwość wiađu rdzenia.

GOLDFLAM podnosi możliwość istnienia drgań włókienkowych w wiađu rdzenia.

4) LIPSZTAT. Przypadek stwardnienia rdzenia bocznego z zanikiem mięśni o niezwykłym przebiegu.

Chory lat 50 od paru miesięcy cierpi na zaburzenia łykania i utrudnienia mowy. Przedmiotowo: osłabienie mimiki w dolnej połowie twarzy, drżenie języka, upośledzenie smaku, drgania włókienkowe, wzmożenie odruchów ścięgnowych. Mówca podnosi, iż w danym przypadku objawy opuszkowe rozwinęły się przed objawami ze strony kończyn.

GOLDFLAM wspomina o podobnych przypadkach, powstających wskutek wylewu krwi.

5) JAROSZYŃSKI: a) przypadek histeryi.

Chora lat 32, w 27 r. życia po zwichnięciu nogi dostała jakoby niedowład kończyn dolnych i przeleżała z porażeniami i przykurczonemi kończynami 5 lat z rozpoznaniem stwardnienia wieloogniskowego. Po 3-ch posiedzeniach reedukacyi chora zaczęła bez pomocy chodzić.

b) przypadek nerwicy wzruszeniowej.

Chora lat 57. Od 7 lat okres przekwitania. 5 lat temu podczas rewolucyi doznała wybitnego urazu psychicznego. Od tego czasu doznaje napadowego pocenia się, uczucia gorąca w całym ciele oraz napadowego ziębienia wraz z drżeniem całego ciała (naprzemian kilkadziesiąt razy na dobę). W 3 miesiące po urazie powiększyła jej się tarczyca. Tętno oraz ciepłota nie zmienia się podczas napadów. Mówca wyłącza w danym przypadku histeryę oraz chorobę BASEDOWĄ i rozpoznaje nerwicę wzruszeniową, wyodrębnioną po raz pierwszy przez BABIŃSKIEGO, DUPRÉ, jako wyraz „reakcyi wzruszeniowej przedłużonej”. Powiększenie tarczycy-



cy znajduje się w związku z zaburzeniami naczynioruchowemi oraz działaniem wzruszenia na wydzielniczość gruczołów wewnętrznych.

MĘCZKOWSKI zastanawia się bliżej nad rolą gruczołów i wydzieliny wewnętrznej danego przypadku.

KOPCZYŃSKI powołuje się na przedstawiony w Tow. Lek. przypadek choroby PARKINSONA u 39-letniej kobiety z okresem nadzwyczaj silnym poceniem się (rola gruczołów o wydzielinie wewnętrznej).

PECHKRANC radzi leczyć dany przypadek owaryną, a nie tyreoidyną.

PULAWSKI i BIRO widzą w danym przy-

padku spotągowanie się objawów klimakterycznych wskutek urazu.

HIGIER i FLATAU rozpoznają w danym przypadku postać poronną choroby BASEDOWA.

STERLING nie uznaje w danym przypadku jednostki chorobowej, rozpoznanej przez prelegenta.

JAROSZYŃSKI uważa, iż wzruszenie w danym przypadku podziało na *locus monoris resistantiae*, wywołując wzmożenie objawów pokwitania; stąd też istnienie w danym przypadku objawów, związanych z gruczołami o wydzielinie wewnętrznej.

St. Kopczyński.

## Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

— D-r H. WEISS zabrał głos w sprawie krzepnięcia krwi pod względem biochemicznym i klinicznym. Wychodząc z tego założenia, że pomiędzy krzepliwością krwi i zawartością w niej soli wapniowych istnieje prawdopodobnie pewien związek, WEISS badał krew rozmaitych chorych za pomocą metody WRIGHTA. Okazało się, że zawartość soli wapniowych posiada dla pewnych grup chorobowych znaczenie rozstrzygające. Ponieważ niezmiernie małych ilości wapnia nie udaje się wykryć za pomocą współczesnych metod chemicznych i mikrochemicznych, przeto posługiwano się w tych badaniach, jako środkiem pomocniczym, zmianami w krzepnięciu krwi, w czym sole wapniowe grają bardzo wybitną rolę. Prelegent powołuje się na prace LOEBA, doświadczenia BINGERA, OVERTONA i in., wedle których pewne zaburzenia w ustroju żyjącym zależą prawdopodobnie od odwapnienia tkanek, powstającego po części na skutek zaburzeń w równowadze mineralnej, po części zaś skutkiem gromadzenia się we krwi związków chemicznych, pochłaniających wapno (kwasy).

Wykład ten, oparty na wielu setkach doświadczeń, ma dostarczyć nie wyników ostatecznych, lecz przedstawia raczej szkic i wskazówkę dla badań dalszych. U osobników dorosłych krew krzepnie w przeciągu 2 min. 30 sek. z małemi wahaniem, pamiętać jednak należy, że pokarmy, obfitujące w wapień,

przyspieszają krzepnięcie, używanie wysoku natomiast i palenie nalogowe zwalniają je. U tego samego osobnika i przy jednakowych warunkach czas potrzebny do skrzepnięcia krwi, jest zawsze ten sam. U dzieci, których ustrój chciwie gromadzi sole wapnia, czas ten jest mniejszy, u ssawców, karmionych piersią—większy, a u karmionych mlekiem krowiem krótszy, odpowiednio do większej zawartości wapnia w mleku krowiem, niż w kobiecym. Do chorób, cechujących się zwolnieniem krzepnięcia krwi, należy krwawiczka (*haemophilia*), gdzie czas ten wynosi od 3 do 6 min. 45 sek.

Mówca sądzi, że wåtłość naczyń tych chorych nie stanowi cechy wyróżniającej, swoistej dla krwawiczki, gdyż w takim razie pozostałaby ona stale na całe życie; jest to raczej objaw zaburzeń przemiany mineralnej, a więc odwapnienia ścian naczyń, przepuszczalność tedy naczyń i skłonność do krwawień przedstawia zjawisko wtórne. Skazy krwotoczne (*purpura haemorrhagica, peliosis rheumatica*, gnilec) odznaczają się zmniejszeniem krzepliwości krwi. Co się tyczy gnilca, to wiadomo, że rozwija się on u ludzi, którzy przez czas dłuższy odżywiają się pokarmami o małej zawartości wapnia, szablonowe więc dawanie im soku cytrynowego jest przeciwwskazane, natomiast należałoby im zalecać mleko. Następnie mniejszą krzepliwość krwi stwierdzono w przypadkach *acne, furunculosis*, wyprysku u dzieci i artrytyków, w chorobach, cechujących się



skłonnością do drgawek (rzucałka, tężyczka, padaczka, płasawica), w chorobach gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, w ostrem zapaleniu nerek i mocznicy; w zapaleniu nerek przewlekłym krzepliwość krwi jest albo prawidłowa albo wzmożona. Szybsze od prawidłowego krzepnięcie krwi spostrzegamy w przebiegu nowotworów, zwłaszcza prowadzących do wyniszczenia, w żółtaczce niezłytowej, ciężkich anemiach i białaczce; w błędniczej krzepliwość krwi jest wzmożona.

Pod względem leczniczym należy zaznaczyć, że do podniesienia krzepliwości krwi wystarczy 2–3 grm. mleczanu wapnia na dzień (dla dzieci połowę tej dawki); działanie występuje już po upływie 45 minut i trwa przez kilka tygodni. W celu wywołania zmniejszenia krzepliwości krwi należy podawać 5–6 grm. kw. cytrynowego przez 3–4 dni, lecz tu skutek jest dosyć krótkotrwały, gdyż wynosi zaledwie kilka dni.

K. Z.

### Wiadomości bieżące.

— Zapoczątkowanie Józefa hr. Potockiego znalazło odgłos w społeczeństwie: na ręce wiceprezesa Towarzystwa naukowego, kol. Dmochowskiego, wpływają wciąż nowe dary na instytut biologiczny, między innymi inż. Szuch złożył rb. 100, kol. Palmirski i Tow. akc. Karpiński po rb. 1000, kol. W. Janowski rb. 100, p. A. Bełza rb. 100. Dla ścisłości zaznaczyć musimy, iż w uroczystości nadawczej prasa naukowa polska, a w szczególności redakcje pism lekarskich zostały pominięte.

— Na odbytej w dniu 29 z. m. pogodance o stosunku lekarza chorego i jego rodziny do lekarza ordynującego zebrało się około 90 kolegów, którzy wzięli czynny udział w dyskusji. Przemawiali kol. O. Hewelke, Polikier, Chełchowski, Kucharzewski, Heiman, Horoszewicz i inni, wyrażając różne poglądy na sprawę, w każdym jednak razie uważając za konieczne uregulowanie stosunków obecnych. Między innymi postawiony był wniosek, aby przyjęcie honorarium od lekarza za leczenie jego rodziny nie było uważane za czyn, uwłaczający czci lekarza. Sam odczyt wydrukujemy w jednym z najbliższych numerów naszego pisma, otwierając na łamach „Medycyny i Kroniki lekarskiej” dyskusję publiczną nad poruszoną sprawą. Przewodniczył zebraniu kol. Guranowski, pióro trzymał kol. Ryłko.

— Na posiedzeniu balneologicznym przewodniczący, kol. J. Jaworski, odczytał list hr. Ostrowskiego o własnościach radioczynnych wody w jeziorze majątku Modre wody. Projektowana jest wycieczka balneologów na miejsce.

— W wydz. higieny ludowej na tle odczytu kol. Czerwińskiego z Lublina omawiano sprawę pomocy położniczej na wsi. W dyskusji podnoszono wartość szkół przy przytułkach położniczych miejskich, natomiast o szkołach prywatnych wyrażano się ujemnie, uważając je za interesy spekulacyjne. Położono nacisk główny na otwieranie szkół dla położnych przy szpitalach prowincjonalnych, centralizacja bowiem szkół w Warszawie nie odpowiada potrzebom ludu.

— Poczynając od numeru bieżącego, będziemy drukowali sprawozdania ze szpitala dla chorób zakaźnych co tydzień, sprawozdanie zaległe za luty i część marca wydrukujemy w numerze następnym.

**Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 19-go marca r. b. do 2-go kwietnia tegoż roku (za dwa tygodnie).**

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejsścia śmiertelne
Ospa naturalna	21	3	—
Odra	9	2	—
Szkarlatyna	15	4	1
Tyfus wysypkowy	2	11	2
Tyfus brzuszny	17	15	1
Dyfteryt	—	1	—

### Zmarli.

— D-r August Lucae, profesor chorób ucha w uniwersytecie berlińskim, w wieku lat 76.

— D-r Vincenzo Cozzolino, profesor chorób ucha, gardła i krtani uniwersytetu neapolitańskiego, w wieku lat 57.