

# GAZETA LEKARSKA

## I. SIGMOIDITIS et PERISIGMOIDITIS.

Zebrał

Bronisław Wilhelm Sawicki.

Zapalenie kiszki esowatej, jako oddzielna postać chorobna z nazwą *sigmoiditis*, zostało poraz pierwszy wyodrębnione w r. 1893 przez MAYOR'a [z Genewy]. Podając opis pięciu przypadków takiego zapalenia z ostrym przebiegiem, MAYOR stawia samo cierpienie w zależności od zastoin kałowych w kiszce esowatej. Charakterystycznymi objawami dla *sigmoiditis acuta* są: ból brzucha, gorączka, ogólne niedomaganie, obrzmienie w dole biodrowym, wrażliwe na ucisk i odpowiadające kiszce esowatej.

Wyodrębniona przez MAYOR'a postać chorobna nie znalazła początkowo uznania wśród wybitniejszych internistów, którzy bądźto wątpili w istnienie tego rodzaju zapaleń [NOTHNAGEL], bądź też nie podzielili racji wydzielenia ich z ogólnego obrazu zapaleń kiszki grubej, czyli t. zw. *colitis* [EWALD]. Nagromadzający się stopniowo materiał kliniczny, a zwłaszcza ogłoszone przypadki operowane, wreszcie dawniej już opisane przypadki przewlekłego zapalenia kiszki esowatej [LEUBE, ROSENHEIM], zniewoliły zwrócić pilniejszą uwagę na opisaną przyz MAYOR'a postać chorobną. Dziś istnieje już spora liczba prac w tym kierunku, a zadaniem niniejszego artykułu jest dać naszym kolegom możliwie treściwy obraz tej sprawy.

Zwolennicy wyodrębnienia zapaleń kiszki esowatej z ogólnego obrazu spraw zapalnych kiszki grubej opierają się głównie na stosunkach anatomicznych, które uwarunkowują częstość oraz pewne cechy swoiste zapaleń kiszki esowatej. Wobec tego, zanim przystąpię do sprawy samych zapaleń, postaram się dać nieco szczegółów, dotyczących anatomii omawianego narządu.

Okrężnica zstępująca, krzyżując się z lewym mięśniem lędźwiowo - udowym (*m. psoas*), przechodzi przy wewnętrznym jego brzegu w okrężnicę czyli kiszkę esowatą. Kiszka ta w przebiegu swoim tworzy dwa przegięcia,



zmieniając dwukrotnie swój kierunek. A więc początkowo przebiega w dużej miednicy pionowo [właściwie nieco ukośnie]; następnie z lewego dołu biodrowego kieruje się poprzecznie na prawo, ku prawej ścianie miednicy; stąd ponownie się odchyła na lewo i, dążąc już mocno ukośnie ku dołowi, osiąga trzeciego kręgu krzyżowego, przy którego dolnym brzegu przechodzi w prostnicę <sup>1)</sup>.

Zależnie od budowy miednicy, jako też od warunków, w jakich się znajdują leżące w niej narządy, kiszka esowata może główną swą masą leżeć w miednicy małej lub też znaleźć się w miednicy dużej, a nawet wyżej. Tak np. u noworodków, z powodu małych rozmiarów miednicy, kiszka esowata leży w jamie brzusznej, łatwo ulega niezupełnym skręceniom i powoduje uporczywe zaparcia, często spotykaue w pierwszych latach życia dziecka. U dorosłych z małej miednicy wypycha kışkę esowatą ciężarna macica, napęnliony pęcherz, przepęnliona prostnica.

Długość kışki esowatej wynosi średnio około 40 ctm., lecz może ona dosięgać nawet 84 ctm. Kiszka jest do ściany miednicy przymocowana zapomocą krezki, której długość w części środkowej wynosi 12—16 ctm., gdy na początku i końcu kışki zmniejsza się do dwu ctm.

Sama krezka ma kształt wachlarzowaty, ponieważ jej linia przyczepu ściennego jest znacznie krótsza od linii przyczepu kışkowego. Ten szczególny, jako też długość krezki uwarunkowują wielką ruchomość kışki esowatej, a co zatem idzie, jej podatność do skręcania się, oraz, jak to wprędcie zobaczymy, do spraw zapalnych.

---

<sup>1)</sup> Przytoczone tu szczegóły anatomiczne niezawsze są jednakie i nie przez wszystkich anatomów jednakowo opisywane. Tak więc np. zdarza się, że pierwsza część kışki esowatej, zamiast opuszczać się pionowo na dół, odgina się i przed okrężnicą zstępującą przebiega pionowo do góry, dosięga niekiedy żołądka lub wątroby i stąd dopiero kieruje się na dół. W innych razach druga, t. j. poprzecznie leżąca część kışki esowatej sięga do prawego dołu biodrowego i tu wchodzi prawie w bezpośrednie zetknięcie z kątnicą. Taki stosunek sam znalazłem w jednym przypadku podczas operacji usuwania wyrostka robaczkowego *à froid*. Dalej na zaznaczenie tu jeszcze zasługuje ta różnica, jaka panuje u różnych anatomów pod względem określenia granic kışki esowatej. Tak więc anatomowie niemieccy początek kışki esowatej określają, nie jak francuzi—stosunkiem tejże kışki do *m. psoas*, lecz brzegiem grzebienia kości biodrowej. Co się tyczy dolnej granicy omawianej kışki, to do niedawna oznaczano ją na wysokości *promontorium*, poniżej którego miała się rozpoczynać prostnica. Takie określenie znalazłem nawet w nowych wydaniach dostępnych mi podręczników. Tymczasem większość anatomów przyjęła już podział, jaki zaproponował TREVES, a gruntownie uzasadnił JONNESCO. Podział ten przyjmuje i WALDEYER w swej monografii o miednicy. Według TREVES'a do kışki esowatej należy doliczyć cały odcinek poniżej *promontorium*, pokryty otrzewną, t. j. do 3-go kręgu krzyżowego. Ta część kışki esowatej została nazwana przez JONNESCO'a *colon pelvicum*, a nazwa ta już się utarła nie tylko w pracach anatomicznych, lecz i w wielu klinicznych. Szczegóły, dotyczące stosunków kışki esowatej, są dobrze z ilustrowane w atlasie ZUCKERKANDEL'a [Atlas d. topographischen Anatomie 1904, rys. 324, 337, 518, 519 i inne]. Dalej na zaznaczenie zasługuje anatomia TESTUT et JACOB [Traité d'anatomie topographique 1906, tom II p. 236, 243, 248 i inne]; wreszcie—wyczerpująca monografia o miednicy WALDEYER'a (Das Becken 1899 s. 261). Sporo danych anatomicznych, o ile się zdaje, daje także praca SAILLAU'a „Sigmoiditis et perisigmoiditis“ 1906.



Ścienny przyczep krezki kiszki esowatej przebiega półksiężycowo, t. j. naprzód mniej więcej poziomo od lewego dołu biodrowego do kręgosłupa, a następnie pionowo na dół do dolnego brzegu 2-go kręgu krzyżowego. Na miejscu połączenia poziomej części krezki z pionową znajduje się kieszeniowate zagłębienie otrzewnej—uchylek międzyesowaty (*recessus intersygmoides*), powodujący niekiedy uwięźnięcia wewnętrzne. Od poziomej części krezki u kobiet dochodzi często ku dołowi fałda otrzewnej, spotykająca się z taką fałdą, która od więzu szerokiego łączy się do góry. W ten sposób powstaje anatomiczne połączenie krezki kiszki esowatej z więzem szerokim lewym, względnie z lewymi przydatkami. Ta fałda otrzewna, łącząca kiszkę esowatą z przydatkami lewymi, nosi nazwę *ligamentum infundibulo-colicum* i odpowiada leżącemu po stronie prawej a dawniej już opisanemu przez CLADO'a więzadłu wyrostkowo-jajnikowemu, (*ligamentum appendico-ovaricum*), które łączy wyrostek robaczkowy z przydatkami prawymi. Obadwa te więzadła przy sprawach zapalnych wymienionych narządów mogą odgrywać ważną rolę, pośrednicząc w szerzeniu się zapaleń z kiszki esowatej na lewy więz szeroki [względnie z wyrostka robaczkowego na takiż więz prawy] oraz w odwrotnym kierunku.

Zawdzięczając długości, wielkiej ruchomości i zagięciom kiszki esowatej, przesuwanie się w niej kału ulega znacznemu zwolnieniu. W niemalej mierze przyczynia się do tego i ten szczegół, że kiszka esowata, chowając się w małej miednicy lub też leżąc wśród elastycznych pętli jelita cienkiego, w słabym tylko stopniu podlega skurczom ściany brzusznej. Wszystko to sprawia, że kiszka esowata odgrywa rolę regulatora wypróżnień: w niej się nagromadza kał, traci jeszcze pewną ilość wody i dopiero stąd, ostatecznie sformowany i wysuszony, zostaje wypchnięty do prostnicy, gdzie już zazwyczaj długo nie przebywa.

Rzecz prosta, że w tych warunkach w kiszce esowatej łatwo mogą się wytwarzać zastoiny kałowe, łatwiej niż w innych okolicach kiszki grubej, z wyjątkiem chyba kątnicy; w niej przesuwanie się zawartości także ulega znacznemu zwolnieniu wskutek raptownego rozszerzenia się światła kiszki ślepej w stosunku do jelita biodrowego.

Obfite nagromadzenie się twardego kału w kiszce i zbyt długie zaleganie w niej może wpływać drażniąco na jej ścianę, przyczem działają dwa czynniki: mechaniczny i bakteryologiczny.

Pod wpływem tych czynników powstają zapalenia, a nawet owrzodzenia błony śluzowej, które następnie mogą się szerzyć na głębsze warstwy ściany kiszki oraz na tkanki przyległe.

O wpływie zastoin kałowych na powstawanie ograniczonych zapaleń otrzewnej wspomina VIRCHOW już w roku 1853. W nowszych czasach wpływem tychże zastoin na zapalenia w ścianach kiszki grubej zajmował się ORTH. Zmiany, wywołane tą drogą, polegają, zdanie ORTH'a, na rozroście tkanki łącznej międzygruczołowej w śluzówce, na występowaniu nacieczeń w tkance podśluzowej, wreszcie na przeroście tkanki mięsnej. Zmia-



nami, jakie występują w kiszce esowatej, zajął się BITTORF, który główną uwagę zwrócił na owrzodzenia.

BITTORF [15 i 17] zaznacza, że w wypukleniach kiszki esowatej zatrzymują się kawałki kału, twardnieją, powiększają się przez osadzanie się nowych mas, drażnią błonę śluzową i wywołują zaburzenia w jej odżywianiu. Na sekcjach wielokrotnie spotykał on, że pod takimi mocno przylegającymi do ściany kiszki kawałkami kału błona śluzowa była zaczerwieniona. Błona podśluzowa przytem ulegała niekiedy także zmianom: była zaczerwieniona lub nawet przedstawiała liczne małe wynaczynienia.

Wszyscy klinicyści, omawiający etiologię zapaleń kiszki esowatej, na pierwszym miejscu wśród ich przyczyn stawiają uporczywe zaparcia. Rzeczywiście, w znacznej większości ogłoszonych dotąd spostrzeżeń wywiady wykazywały ten czynnik. Należy tu jednakże zaznaczyć, że nie podobna samego tylko nagromadzenia się kału uważać za wyłączną przyczynę omawianych zapaleń. Przy zwężeniach prostownicy kiszka esowata nieraz przez lata całe nie opróżnia się dokładnie, a jednakże nie powoduje to spraw zapalnych. Niedawno sam miałem możność spostrzegania kobiety dwudziesto-kilkoletniej z wrodzonym guzem w małej miednicy, która prawdopodobnie od urodzenia, a przynajmniej od lat wielu dobrze się nie wypróżniała. Okrężnica zstępująca i kiszka esowata stałe przedstawiała się pod postacią grubego wału ciastowatego, który nawet po środkach najbardziej czyszczących nie znikał zupełnie. Pomimo to chora nigdy nie przechodziła wyraźnej sprawy zapalnej w omawianej okolicy. To też, mówiąc o zaparciach, jako o głównej przyczynie zapaleń kiszki esowatej, trzeba mieć zawsze na uwadze także inne czynniki, zmniejszające odporność tkanek w kiszce i sprzyjające powstawaniu oraz szerzeniu się w niej zapaleń. Do takich na przykład zaliczają: używanie obfitych, trudnostrawnych, drażniących śluzówkę pokarmów, siedzący tryb życia, alkoholizm, niektóre choroby zakaźne [zwłaszcza szkarlatynę], wreszcie połóg. Na ten ostatni czynnik zwraca pilną uwagę EDLEFSEN [16], który od lat 30-u miał wielokrotnie w okresie połogowym spostrzegać objawy, charakteryzujące ostre zapalenie kiszki esowatej.

Rzecz prosta, że najłatwiej powstaje *sigmoiditis* na tle już istniejących zaburzeń w kiszce grubej, a zwłaszcza na tle przewlekłych zapaleń okrężnicy—*colitis mucosa* czy też *enteritis membranacea*. W tym razie ostre zapalenie kiszki esowatej przedstawia właściwie tylko miejscowe nasilenie sprawy rozlanej w całej kiszce grubej; jednakże to nasilenie wysuwa zapalenie kiszki esowatej na pierwszy plan i każe nań zwracać specjalną uwagę. Do pewnego stopnia możnaby tu zaliczyć i dyzenterję, która usposabia do długotrwałych owrzodzeń na śluzówce kiszki esowatej; owrzodzenia takie mogą z czasem powodować zarówno przewlekłe, jako też i ostre sprawy zapalne w ścianie kiszki oraz jej otoczeniu.

Do rzędu bardzo ważnych czynników w sprawie powstawania zapaleń kiszki esowatej należy zaliczyć uchyłki tejże kiszki. Pomimo, że uchyłki jelit cienkich i kiszki grubej znane były od dawna, dopiero w ostatnich czasach



zwrócono na nie uwagę należyta. Ponieważ najczęściej spotykają się uchyłki w kieszce esowatej, głównie przeprowadzono badania nad tą kieszką.

Naprzód KLEBS, GOOD i HANSEMANN, a następnie GRASER [9] i japończyk SUDSUKI [10] zajęli się tą sprawą. Podzielono uchyłki na prawdziwe i fałszywe. Pierwsze z nich przedstawiają powiększenie prawidłowych wypukleń (*haustra*), które mogą się rozciągać i powiększać wskutek nagromadzenia kału. Co się tyczy uchyłków fałszywych, to te powstają wskutek wypuklania się błony śluzowej kieszki przez szczeliny w błonie mięśniowej. Wypuklająca się śluzówka przechodzi bądźto przez warstwę włókien mięśniowych okrężnych i podłużnych, bądź też tylko przez warstwę włókien okrężnych; zależnie od tego ściana uchyłka składa się bądź tylko ze śluzówki i błony surowiczej, bądź też z tych dwu oraz z włókien mięśniowych podłużnych. Wypuklenie się śluzówki powstaje w tych miejscach, gdzie naczynia, dążąc od zewnątrz kieszki ku jej śluzówce, przebijają błonę mięśniową w kierunku pionowym. Naczynia takie otacza zwykle mniejsza lub większa warstwa luźnej tkanki łącznej lub tłuszczowej. Ta to właśnie tkanka tłuszczowa, gdy jest w większej ilości, a zwłaszcza gdy osobnik chudnie, przedstawia *punctum minoris resistentiae*. Zastoiny kałowe, rozcięcie kieszek gazami prą teraz śluzówkę w tym kierunku i powodują tworzenie się uchyłków. GRASER w sprawie powstawania szczelin w błonie mięśniowej przypisywał duże znaczenie przemijającym zastoinom żylnym [np. przy niedomodze serca]. Inni badacze nie potwierdzają tego przypuszczenia.

Odpowiednio do przebiegu naczyń, uchyłki najczęściej występują w okolicy krezki, o wiele rzadziej opodal od niej, a przytem zwykle mieszczą się w przyczepkach sieciowych.

Skoro raz wytworzyły się uchyłki, przedstawiają one miejsca zastoin kałowych, w których łatwo już mogą powstawać zapalenia, owrzodzenia, przedziurawienia ściany ze wszelkimi ich następstwami. Jeżeli dodamy, że uchyłki w kieszce esowatej nie przedstawiają rzadkości, to łatwo zrozumiemy, jak ważną rolę mogą one odgrywać w sprawie zapaleń tejże kieszki. GRASER na 28 badanych przypadków znalazł uchyłki kieszki esowatej w 10-u, SUDSUKI na 40 badanych przypadków—w 15-u.

Nie były to wprawdzie uchyłki duże, często występowały one wyraźnie dopiero po stwardnieniu preparatu, a zwłaszcza przy badaniu mikroskopowem, niemniej przeto i takie uchyłki prowadziły do spraw zapalnych. Z pomiędzy 10-u przypadków GRASER'a w 6-u uchyłki spowodowały owrzodzenie i przedziurawienie błony śluzowej.

Po pracy GRASER'a posypało się mnóstwo spostrzeżeń, dowodzących niechybnego związku uchyłków kieszki esowatej z różnemi postaciami zapalenia tejże.

Zwykłym następstwem zapalenia i owrzodzenia uchyłka bywa przedziurawienie śluzówki tegoż z wytworzeniem ropnia w ścianie kieszki lub w krezce. Ponieważ zawartość ropnia może się częściowo opróżniać do światła kieszki, nie sprowadza on przeważnie od razu ostrych zaburzeń, lecz powoduj



tylko rozrost tkanek przyległych. Takiemu rozrostowi podlega błona mięśniowa kiszki, głównie jednakże rozrasta się tkanka łączna. Wskutek tego ściana kiszki nieraz znacznie grubieje, staje się twardą; światło kiszki zwęża się nieraz aż do występowania objawów niedrożności; krezka grubieje, kurczy się, twardnieje. Tym sposobem wytwarza się guz, nieraz w zupełności naśladujący nowotwór złośliwy kiszki. Toteż wielu chirurgów brało te guzy za złośliwe i dopiero po ich wycięciu przekonywało się o istocie cierpienia [GUSSENBAUER, BLAND-SUTTON, GRASER, ROTTER, JABOULAY]. Przeważnie w wytworzeniu takiego guza bierze udział nie jeden uchyłek, lecz ich kilka lub więcej. Wszystkie uchyłki otwierają się w takim przypadku do jednej wspólnej jamy ropnia. Nadaje to cierpieniu specjalny obraz anatomopatologiczny, który pozwala odróżniać je od spraw innych, także powodujących zgrubienie kiszki i wytworzenie guza. A mianowicie, w omawianem cierpieniu najmniej ulega zmianom śluzówka. Po rozcięciu preparatu znajdujemy śluzówkę na całej przestrzeni guza zachowaną; tylko pomiędzy jej fałdami tu i owdzie leżą małe otworki, które prowadzą wgłąb do jamy ropnia, wysłanej ziarniną i leżącej zwykle w krezce lub w pobliżu tejże. Rzadko ropień leży w ścianie kiszki na stronie, przeciwległej krezce; że jednakże i takie stosunki mogą się zdarzyć, dowodzi przypadek, przez КОСН'а [12] opisany. Badanie mikroskopowe wykazuje znaczny rozrost tkanki łącznej, występujący zwłaszcza w zewnętrznej części ściany kiszkowej i w krezce; w mniejszym stopniu występuje przerost błony mięśniowej.

Zupełnie odmienny obraz anatomopatologiczny dają inne cierpienia, prowadzące także do przerostu tkanki łącznej w ścianie kiszki esowatej, jak oto: dyzenterya, syfilis, gruźlica. Dyzenterya rozpoczyna się od zajęcia i zniszczenia śluzówki. Syfilis i gruźlica [zresztą bardzo rzadkie w tem miejscu] rozpoczynają się wprawdzie w błonie podśluzowej, lecz także prędko powodują zniszczenie śluzówki. Toteż, chociaż omawiane cierpienia mogą prowadzić do rozrostu tkanki łącznej, zwężenia światła kiszki, wytworzenia guza, to jednakże będą się one zawsze odróżniały od wyżej opisanych zapaleń kiszki esowatej. Rozciąwszy guz w tych razach, znajdujemy, że całą zewnętrzną powierzchnię kiszki pokrywa ziarnina, wśród której gdzieniegdzie tylko pozostały oddzielne wysepki ocalonej śluzówki. Rozrostowi najbardziej podlega tu błona podśluzowa, a następnie mięśniowa. Najslabiej sprawa zapalna odbija się na błonie surowiczej. Badanie mikroskopowe wykaże przy gruźlicy miejsca twarogowato zwyrodnione, zgorzelinowe, zresztą gruzelki. W razie syfilisu znajdziemy miejsca nekrotyczne, wszędzie rozsiane grudki prosoate, wreszcie charakterystyczne podług RIEDEL'а duże komórki z dużym jądrem i ziarnistą zarodnią, ułożone pomiędzy warstwą mięśniową okrężną a podłużną. Tak więc widzimy, że zarówno makro- jako też i mikroskopowo znacznie odróżnia się guz, powstały przy zapaleniu kiszki esowatej, spowodowanym obecnością uchyłków, od guza, wywołanego cierpieniami tejże kiszki specyficznymi, które dziś wszyscy autorowie wyodrębniają z obrazu cierpienia, ochrzczonego mianem *sigmo-perisigmoiditis*.



Wyżej wspomnieliśmy, że ówrodzenia i przedziurawienia śluzówki w uchyłkach powstają pod wpływem zastoin kałowych. Należy tu dodać, że w niektórych przynajmniej przypadkach mogą się do tego przyczynić ciała obce. BLAND-SUTTON [14] opisał dwa operowane przez siebie przypadki, z których jeden przedstawiał objawy cierpienia ostrego, drugi—przewlekłego. W pierwszym znaleziono na kiszce zstępującej przyczepkę sieciowy wielkości jaja kurzego, który posiadał w środku jamę, zawierającą ropę, kał i jakieś ostre ciało obce. Jama ta wązkim kanałem łączyła się ze światłem kiszki. W drugim przypadku na kiszce esowatej znaleziono guz twardy wielkości jaja kurzego, zawierający w środku jamę z ropą oraz kawałkiem słomy. I tu jama wązkim kanałem łączyła się ze światłem kiszki.

Z pomiędzy innych przyczyn, mogących powodować zapalenie kiszki esowatej, należy jeszcze wymienić pasorzyty. ARULLANI opisał przypadek 9-letniego chłopca, u którego wystąpiły gwałtowne bóle, zaburzenia kiszkowe, guz w okolicy *S. Romani*. Cierpienie to A. wiąże z obecnością glistnicy robaczkowej (*oxyuris vermicularis*). Po zastosowaniu *Acidi thymici* i *benzoici* nastąpiło wyzdrowienie. Spostrzeżenie to jest wprawdzie pojedyncze, a przytem nie bez zarzutu, można jednakże uważać je za prawdopodobne choćby przez analogię z zapaleniem wyrostka robaczkowego, w którym niekiedy pasorzyty (*taenia solium*) odgrywają ważną rolę.

Streszczając powyższe wywody o etyologii zapaleń kiszki esowatej, można powiedzieć, że współdziałają tu dwie kategorie przyczyn: z jednej strony anatomiczne stosunki kiszki esowatej oraz zboczenia w jej budowie [uchyłki]; z drugiej zaś strony wszystko to, co sprzyja zaparciom stolca i drażnieniu kiszki, a więc: siedzący tryb życia, alkoholizm, ostre, trudno strawne pokarmy, ciała obce, pasorzyty.

Co się tyczy anatomii patologicznej, to wszystko co przedstawia coś specjalnego, wyróżniającego się od spraw zapalnych całej kiszki grubej, podaliśmy już wyżej. Pozatem niektóre ważniejsze objawy anatomopatologiczne przytoczymy jeszcze przy obrazie klinicznym.

Pomimo, że już sporo ogłoszono prac o zapaleniu kiszki esowatej, dotąd jeszcze nie ustalono klasyfikacji tego cierpienia. Toteż, nie wdając się w szczegółowy rozbiór klasyfikacji SAILLANT'a, PATEL'a i innych, postaram się w niniejszym szkicu przedstawić krótki obraz kliniczny typowych przypadków ostrego oraz przewlekłego zapalenia kiszki esowatej, dzieląc je na *sigmoiditis et perisigmoiditis acuta et chronica*.

[D. c. n.]



II. Z PRACOWNI I AMBULATORIUM DRA MIKOŁAJA REJCHMANA.

## W sprawie rozpoznawania i leczenia rozszerzeń przełyku.

Podał

Stanisław Janczurowicz.

(Dokończenie — Patrz Nr. 39).

Obecność pokarmów z dnia poprzedniego w rozszerzeniu przełyku za-  
leżeć może od: 1) niedokładnego żucia twardych pokarmów; można wtedy  
znajdować dłużej niż zwykle duże, złe pożute kawałki twardszych pokarmów,  
2) obecności uchyłka, 3) dość znacznego skrzywienia przełyku, przyczem  
dolna część jego, również rozszerzona, przyjmuje przebieg prawie poziomy,  
4) znacznego rozszerzenia okolicy bezpośrednio przylegającej do wpustu, wska-  
tek czego po bokach jego tworzą się wypuklenia, w których mogą zalegać  
przez czas dłuższy większe kawałki pokarmów,—wreszcie 5) wogóle w okre-  
sie niedomogi czynnościowej muskulatury rozszerzonego przełyku.

Wogóle można powiedzieć, że znaczne rozszerzenia przełyku, zwła-  
szcza nie skombinowane ze znaczniejszymi uchyłkami, mogą być nb. przy za-  
chowaniu pewnych ostrożności dobrze znoszone przez chorych, nie wywołu-  
jąc bardziej uciążliwych objawów. Chory odczuwa dolegliwości wtedy tyl-  
ko, gdy ściana jamy ulegnie sforsowaniu, rozciągnięciu i osłabieniu muskula-  
tury przy równoczesnem nasileniu skurczu wpustu i nie jest w możności wy-  
konywania ruchów perystaltycznych. Gdy chorzy tacy przychodzą już w póź-  
niejszym nieco okresie choroby do lekarza ze skargami na bole i ciężkość za  
mostkiem, nudności, i na to, że zmuszeni są sztucznie opróżniać sobie jamę  
przełykową z przyjętego pokarmu, to cierpią oni właśnie nie z powodu istnienia  
rozszerzenia wogóle, a tylko z powodu rozciągnięcia i osłabienia jego ścian,  
z powodu zatkania mechanicznego okolicy nadwpustowej, wreszcie z powodu  
potworzenia się na tem tle jakby czasowych bocznych uchyłków.

Jedną z najważniejszych przyczyn stanu powyższego stanowią sztuczne  
zatory, jakie wytwarzają złe pożute kawałki niektórych twardszych pokar-  
mów. Zatory te powiększają zastój, wskutek czego zwiększa się ciśnienie na  
ściany rozszerzonego przełyku, nasilają się procesy fermentacyjne, a w re-  
zultacie osłabia się muskulatura przełyku i nasila przewlekły stan kataralny  
błony śluzowej. Jednak przy zachowaniu pewnych ostrożności, mianowicie  
dokładnego żucia i przepłukiwania przełyku codzień wieczorem, chorzy z roz-



szerzeniem przełyku mogą jeść mniej więcej tyle, ile umiarkowani zdrowi ludzie i prawie żadnych podmiotowych dolegliwości nie odczuwają. Ta, stwierdzona przez obserwację, możliwość przystosowania się przełyku do zmienionej funkcji, jak również niektóre inne spostrzeżenia nad moimi chorymi [skurcz okolicy nadwpustowej u pierwszej chorej, szkodliwość zatoru, dość szybkie opróżnianie się przełyku w okresie poprawy, wspomniany powyżej przypadek rakowatego zwężenia przełyku], wreszcie niejednokrotne stwierdzenie na sekcji przerostu muskulatury rozszerzonego przełyku, dowodzą, że w warunkach dostatecznej kompensacji rozszerzony przełyk posiada zdolność zapomocą czynnych ruchów perystaltycznych i otwierającego się pod ich wpływem co czas pewien wpustu powoli wprowadzać pokarm do żołądka. Oczywiście ruchy te bardziej przypominają perystaltykę żołądka. Na otwieranie się wpustu wpływa też, zwłaszcza w początku opróżniania się przełyku, i ciśnienie hydrostatyczne na wpust. Siła przepychająca kasek przez wpust w zwykłych warunkach dość znaczna, w rozszerzeniu przełyku jest o wiele słabsza, składa się bowiem [w punkcie nad wpustem, gdzie opadając na dno, zgromadzą się cięższe cząstki] z ciśnienia słupa cieczy zastojowej, oraz nieznacznego nateżenia ruchów perystaltycznych przełyku; pod wpływem ich następuje odruchowe rozluźnienie wpustu, dzięki ciśnieniu hydrostatycznemu wpust otwiera się do reszty i porcja pokarmu, stojąca bezpośrednio nad nim, dostaje się do żołądka, poczem fala perystaltyczna kończy się i wpust znowu się zamyka. Siły te często nie wystarczają do przepchania dużych, źle pożutych kawałków twardszych pokarmów; tworzy się zator i następuje okres niedomogi czynnościowej, czyli zniesienie lub bardzo znaczne osłabienie ruchów perystaltycznych. Toż samo następuje, jeżeli ilość pokarmu jest zbyt wielka i rozciąga nadmiernie ściany rozszerzonego przełyku. Jednak, jak powyżej wyjaśniłem, i konfiguracja rozszerzenia ma bardzo duży wpływ na sposób, łatwość i szybkość opróżniania się przełyku.

Rzecz prosta, o *reductio ad integrum* rozszerzeń przełyku niema co myśleć; może to nastąpić tylko w nieznacznych rozszerzeniach atonicznych, *recte* rozciągnięciach, umiejętnie leczonych. W terapii należy mieć na uwadze dwa wskazania: aby rozszerzenie nie powiększało się i nie komplikowało uchyłkami, i aby istnienie jego zrobić możliwie znośnem dla chorego. Aby nie dopuścić do powiększania się rozszerzenia, należy unikać wszelkich przyczyn, powodujących niedomogę czynnościową muskulatury. Należy więc polecić choremu, aby wystrzegał się przyjmowania zbyt dużej ilości pokarmu, przewyższającej siły muskulatury i pojemność rozszerzenia; aby bardzo starannie i dokładnie żuł wszelkie pokarmy, zwłaszcza nie pulchniejące w wodzie. Ponieważ zawartość rozszerzonego przełyku drażni błonę śluzową, powodując stan kataralny, a niekiedy prawdopodobnie i głębsze utraty nabłonka, należy więc unikać wszelkich podrażnień mechanicznej [wadliwe żucie]



oraz chemicznej natury [ostre przyprawy, alkohol, nadmiar kwasu mlecznego]. Aby zapobiedz dalszemu powiększaniu się rozszerzenia i nasileniu stanu kataralnego błony śluzowej, należy codziennie wieczorem opróżniać i przełykać przelyk, co dokładnie można wykonać jedynie zapomocą sondy żółdkowej, połączonej z gruszą aspiracyjną.

Dwa pierwsze przypadki, gdy rozpocząłem je badać, były niewątpliwie w stadium niewyrównania, w stadium znacznej niedomogi czynnościowej; po racjonalnej kuracji chorzy poprawili się na tyle, że opróżnianie jamy przełykowej mogło się odbywać należycie siłami natury. Gdy więc dostajemy chorego z cierpieniem zastojowym przełyku, należy mu codziennie opróżniać i przepłukiwać przelyk, starając się dokładnie przestudyować kształt rozszerzenia; w tym celu rentgenografia ma pierwszorzędne znaczenie. Gdy wpust stanie się drożnym, należy odżywiać chorego w ciągu dni kilku wyłącznie przez sondę. Następnie wskazane jest przyjmowanie pokarmów w niezbyt wielkiej ilości na raz, z początku najlepiej papkowatych, dokładne rozdrabnianie pokarmów, zwłaszcza twardych, staranne żucie, powolne jedzenie, unikanie ostrych przypraw. Równocześnie przez czas dłuższy lub nawet stale chory powinien sobie przepłukiwać przelyk codziennie wieczorem.

Muszę jednak stanowczo zaprotestować przeciw stosowaniu polecanej przez **EINHORN'a**, oraz **FLAUMA** i **PECHKRANCA** „gimnastyki“ przełykowej,— stoi ona bowiem w zasadniczem przeciwieństwie do natury rozszerzenia przełyku. Wskutek zwiększonego ciśnienia odśrodkowego na całą powierzchnię rozszerzonego przełyku, „gimnastyka“ jedynie rozciąga jego ścianę i w rezultacie osłabia jego muskulaturę, czyli sprzyja dalszemu powiększaniu się rozszerzenia. Jako więc czynnik gwałtu „gimnastyka“ pogarsza jedynie stan chorego. Należy doprowadzić do tego, aby warunki naturalne wystarczały do opróżniania się przełyku,—należy więc koniecznie odzwyczajać chorych od „gimnastyki“, nie zaś ją polecać.

Leczenie uchyłków, powstałych na tle rozszerzenia, w gruncie rzeczy winno być identyczne z powyżej naszkicowanym.

Operacya w rozszerzeniu przełyku nie jest możliwa.

Nadmienię jeszcze, że liczbę opisanych przypadków rozszerzeń przełyku podaje **WESTPHALEN** w roku 1899 na 40, **EINHORN** zaś w roku 1901 na 45, do których dodaje swoich dziesięć, niezmiernie powierzchownie i pobieżnie opisanych przypadków; wiele z nich przedstawia właściwie rozciągnięcia atoniczne. W naszej literaturze opisano dotychczas sześć przypadków rozszerzeń lub uchyłków przełyku.

---

## L I T E R A T U R A.

---

1) **CZYGAN**. Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre infolge von Pylorusstenose. Archiv f. Verdauungskrankheiten 1901, str. 91.

2) **EICHHORST H.** Lehrbuch der Speciellen Pathologie u. Therapie.



- 3) EINHORN MAX. Ueber idiopathische Oesophagusdilatation. Archiv. f. Verdauungskrankheiten, tom VII, 1901.
- 4) FLAUM i PECHRRANC. Rozszerzenie przełyku samoistne. Gazeta Lekarska 1899.
- 5) GLAS. Zur oesophagoskopischen Diagnose der idiopathischen Speiseröhreerweiterung. Wiener klin. Woelenschrift 1905, Nr. 14.
- 6) JUNG FR. Zur Diagnose der Divertikel im unteren Abschnitt der Speiseröhre. Arch. f. Verdauungskrankheiten, tom VI.
- 7) KRAUS. Cytowany w pracy GLAS'a.
- 8) LEICHTENSTERN. Beiträge zur Pathologie des Oesophagus. Deutsch. med. Woehenschrift 1891.
- 9) MAYBAUM. Ein Fall von Oesophagusdilatation nebst Bemerkungen ueber die Resorptionsfähigkeit der Speiseröhreschleimhaut. Arch. f. Verd. 1896.
- 10) MELTZER S. I. Ein Fall von Dysphagie. Berl. klin. Woch. 1888.
- 11) MIKULICZ. Cytowany w pracy GLAS'a.
- 12) MINTZ S. Medycyna 1892, Nr. 29.
- 13) Tenże. O uchyłkach w dolnej części przełyku. Medycyna 1902.
- 14) NETTER J. Ueber Erweiterung der Speiseröhre im unterem Abschnitt. Archiv. f. Verd. 1899.
- 15) REITZENSTEIN. Zur Kenntniss u. Diagnose der tiefen Oesophagusdivertikel. Münch. med. Woelen. 1898, Nr. 12.
- 16) REJCHMAN M. O dużych samoistnych uchyłkach dolnej części przełyku. Gazeta Lekarska 1893.
- 17) ROSENHEIM. Th. Ueber Spasmus u Atonie der Speiseröhre. Deutsche. medicin. Woch. 1899.
- 18) RUMPEL Th. Die klinische Diagnose der spindelförmigen Speiseröhreerweiterung. Münch. med. Wochen. 1897, Nr. 15.
- 19) STRUMPELL Spindelförmige Erweiterung des Oesophagus ohne nachweisliche Stenose. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 1831.
- 20) Tenże. Lehrbuch der speciell. Pathologie u. Therapie, wydanie XII.
- 21) WESTPHALEN. Ein weiterer Fall von diffuser idiopath. Oesophagusdilatation. Arch. f. Verd. 1899.
- 22) ZENKER u. ZIEMSEN. Krankheiten des Oesophagus. Hand. der speciellen Pathologie u. Therapie, t. VII.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 85. Hugouenq. Pochodzenie i sposoby wytwarzania się w ustroju kwasu moczowego.

Zdobycze biochemii w ostatnich latach pozwalają dość ściśle sformułować zasadnicze punkty kwestyi wymienionej w tytule.

Kwas moczowy pochodzi wyłącznie z rozpadu specjalnych substancyi, znajdujących się w jądrach komórek t. zw. nukleoproteidów. Faktu tego, dostatecznie stwierdzonego fizyologicznie t. j. *in vivo*, nie udało się jednak dotychczas odtworzyć sztucznie, t. j. *in vitro*. Nukleoproteidy są to dość luźne związki ciał białkowych z nukleinami. Te ostatnie, przedstawiające się w postaci bezkształtnych, nierozpuszczalnych w wodzie i kwasach, rozpuszczalnych w alkaliach, substancyi, dają właśnie materiał dla kwasu moczowego. Pod wpływem enzymów, zawierających się w śledzionie, wątrobie, trzustce



i nadnerczu, t. zw. nukleaz, nukleiny rozpadają się na ciała białkowe, zbliżone do zwykłych ciał białkowych ustroju, oraz ciała białkowate, zawierające fosfor. Ciała białkowate, ulegając dalszemu uproszczeniu cząsteczki, dają cukry [przeważnie pentozy], kwas fosforowy i wreszcie związki organiczne, słabo zasadowe, zawierające azot, t. zw. ciała purynowe [ksantyna, hipoksantyna, guanina, adenina]. Substancje te pod względem chemicznym mało różnią się między sobą, wskutek czego możliwa jest przemiana jednego połączenia w drugie. Do grupy ciał purynowych należy też i kwas moczowy. Gdy jednak proces chemiczny, leżący w mechanizmie rozpadu nuklein na ciała purynowe, polega jedynie na hydratacji, dla otrzymania kwasu moczowego konieczna jest jeszcze interwencja procesu utleniającego.

Gdy cała ilość ciał purynowych, wydalanych przez nerki, wynosi 0.005 do 0,01 na dobę, ilość wydalanego kwasu moczowego podnosi się do 0,70—0,80 i często nawet przewyższa tę cyfrę. Cała ta ilość kwasu moczowego pochodzi z utleniania ciał purynowych, które same pochodzą znów z nuklein.

Białko, nie zawierające nakleoproteidów, nie ma wpływu na wytwarzanie się kwasu moczowego. Można czterokrotnie powiększyć ilość podawanego białka, o ile będzie ono pozbawione nuklein, nie wpływając na wydalanie kwasu moczowego w znaczeniu ogólnym. a więc i w moczu i w postaci guzów dna-nych, i w postaci złożeń moczanych w innych miejscach ustroju. Tak więc białko jaja, gluten, ciała białkowe krwi i mleka nie mają żadnego wpływu na wytwarzanie kwasu moczowego. Nie można tego powiedzieć o tkance mięsnej, która zawiera w sobie nukleiny, zawierające się w jądrach komórek.

Przyjęcie w pokarmie wątroby, płuc, nerek, zwiększa ilość kwasu moczowego; najbardziej zaś zwiększa ją grasica, która jest bardzo bogatą w nukleiny. Są to więc pokarmy specjalnie przeciwwskazane w dyecie chorych na podagrę lub kamieć moczową. Mniej należy się obawiać tkanki mięsnej, ponieważ zawiera ona niewielką ilość nuklein. Rośliny również zawierają nukleiny, lecz nukleiny specjalne, które, jak się zdaje, nie tworzą kwasu moczowego, przynajmniej w większej ilości. Zresztą kwestya ta nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona.

Nukleiny, przyjmowane w pokarmie, trawione są w kiszkiach, zapomocą procesu, którego mechanizm nie jest jeszcze dokładnie znany. Sok żołądkowy nie zmienia nuklein. Zdaje się być jednak pewnym działanie soków trzustkowego i kiszkiowego. W każdym razie nukleiny są trawione w kiszkiach i znajdowanie produktów ich rozpadu, ciał purynowych, w kale, może dać dane o dokładności funkcji trawiennych.

Trawienie kiszkiowe nuklein wytwarza jednak—należy to podkreślić—tylko ciała purynowe, te zaś już w ustroju przeobrażają się w kwas moczowy. Przeobrażenie to jest skutkiem hydratacji i utleniania, którym ulegają ciała purynowe pod wpływem pewnych enzymów. Wiadomo bowiem, że wyciągi ze śledziony, płuc, wątroby, kiszki i t. d., nawet w termostacie, będąc zabezpieczone od powietrza, działają na pewne ciała purynowe. Guanina daje ksantynę, adenina hipoksantynę, która utleniając się, daje również ksantynę. Reakcja nie idzie w tych warunkach dalej, jeżeli jednak w ciągu pewnego czasu przepuszczać prąd powietrza, to ksantyna, wciąż pod wpływem działania enzymatycznego, przyswaja tlen i w końcu przeobraża się w kwas moczowy.

Czynnikami, które powodują powyższe przeobrażenia chemiczne, są enzymy, znajdujące się w rozmaitych narządach. Nie są one jednak równo rozdzielone we wszystkich narządach i jednakowe u wszystkich rodzajów zwierząt. Tak, u byka, świni, królika, mięsz wątrobowy w obecności tlenu tworzy kwas moczowy z ksantyny, guaniny i adeniny; wątroba zaś psa posiada jedynie



zdolność przemiany guaniny w ksantynę, nie daje zaś kwasu moczowego z żadnym ciałem purynowym. Własności utleniające śledziona są bardzo wydajne u byka i konia, a bardzo słabe u psa, świni i człowieka. Śledziona ich sprowadza jedynie utleniania częściowe i nie doprowadza do kwasu moczowego.

Różne ciała purynowe różnią się też między sobą i pod względem łatwości, z jaką ulegają przeobrażeniu w kwas moczowy na drodze utlenienia. Guanina znacznie silniej niż inne ciała purynowe sprzeciwia się działaniu przeobrażającemu śledziona; wiadomo, że VIRCHOW opisał u świni podagrę guaninową, charakteryzującą się przez odkładanie się guaniny krystalicznej w chrząstkach stawowych. Jakkolwiek istnieją te drobne różnice, zasadniczym faktem jest, że wątroba, śledziona, trzustka, kiszka w obecności tlenu atakują ciała purynowe, pochodzące z nuklein i przeobrażają je w kwas moczowy. Na tem jednak działanie ich nie kończy się. Jeżeli ciała purynowe poddać wspólnemu działaniu tlenu i wyciągu z mięśni, wątroby lub wreszcie mięszu nerki byka, kwas moczowy zwolna, lecz stale narasta. Potem jednak postępowo zmniejsza się, aż prawie do zupełnego zniknięcia. Nawet jeżeli do takiej mieszaniny dosypać czystego kwasu moczowego, wkrótce znajduje się go już tylko część, a po pewnym czasie nie znajduje się go wcale. Czynność ta zależy od enzymu rozkładającego kwas moczowy, przeobrażającego go w związki bardziej proste, jak np. w kwas glikosylowy. Czy jest tu czynny specjalny drugi enzym rozkładowy, czy też dwa te zjawiska produkcji kwasu moczowego i jego dekompozycji są spowodowane przez jeden i ten sam enzym, posiadający czynności odwracalne, niewiadomo jeszcze. Jakkolwiek bowiem współczesne badania niezbicie dowiodły, że istnieje enzym rozkładający kwas moczowy, nie należy też zapominać, że kwas moczowy w roztworze alkalicznym, a nawet wodnym, dość szybko ulega rozkładowi bez żadnej interwencji fermentacyjnej.

Obok więc funkeji tworzenia kwasu moczowego, konkurencyjnie i prawdopodobnie w tych samych tkankach zachodzą też procesy jego rozkładu. Całkowita ilość kwasu moczowego, znajdującego się w pewnej danej chwili w ustroju i w moczu, jest bilansem dwu tych przeciwnych sobie zjawisk. Bez względu na to, czy nadmiar kwasu moczowego w ustroju tłómaczy się przez kamieć nerkową, czy przez impregnację chrząstek stawowych, czy przez guzy dnawe, *plethora* moczanowa nie jest skutkiem nadmiernej produkcji kwasu moczowego, a prędzej wskazówką zakłócenia równowagi między jego produkcją a rozpadem. Przyczyną powyższych zjawisk patologicznych może być zwiększone tworzenie się moczanów, lecz może być też, przy zachowaniu prawidłowem wytwarzaniu się kwasu moczowego, niedostateczność jego rozpadu.

Obok kwasu moczowego, pochodzącego z dezasymilacji nuklein pokarmowych, poważna część wydajiny moczanowej pochodzi z innego źródła; jest to kwas moczowy, tworzący się z nuklein naszych własnych tkanek, szczególnie mięśni, wytwarzających hipoksantynę, i stąd kwas moczowy. Ta ilość kwasu moczowego wynosi więcej, niż połowę całej ilości kwasu moczowego [średnio 0,45 grm. na dobę]; frakcja ta nie zależy od rodzaju pokarmu i stoi w związku jedynie z biochemizmem ustroju.

Każda komórka, posiadając jądro, wytwarza nukleinę, a więc i ciała purynowe, dające się przeobrazić w kwas moczowy; dlatego też kwas moczowy pojawia się wszędzie. Znaczną część jego dają mięśnie, nia mniejszą też leukocyty. Każdej leukocytozie fizyologicznej, doświadczalnej lub klinicznej towarzyszy wzmoczenie wydajiny moczanowej; wstrzykiwana kultur bakteryjnych, wywołujące silną leukocytozę, wywołują też napięcie wydajiny moczanowej. Wreszcie u osób cierpiących na białaczkę ilość wydalanego kwasu moczowego może wzrastać sześciokrotnie.



W rezultacie kwas moczowy zarówno pochodzenia pokarmowego, jak i wewnątrzustrojowego, wytwarza się zawsze na drodze rozpadu ciał białkowych nukleinowych, dających naprzód ciała purynowe, które utleniając się, przeobrażają się następnie w kwas moczowy. Konkluzja ta ściśle jest w stosunku do stworzeń ssących, nie tyczy się zaś ptaków i płazów. U stworzeń tych większa część azotu moczowego wydziela się w postaci moczanów, tworząc się jednak drogą syntezy w wątrobie.

Znając pochodzenie kwasu moczowego w ustroju, jesteśmy w możności mierzyć tę część jego, która pochodzi z pożywienia, i tą, która jest rezultatem czynności biochemicznej tkanek. Możemy jednak podzielać tylko na pierwszą, przez odpowiednio dobrany pokarm, gdzie nukleiny i ciała purynowe [wątroba, śledziona, grasica, nerki, kawa, herbata] będą usunięte lub zmniejszone, a na odwrót polecone mleko, jaja i jarzyny.

Wiadomości nasze co do fizjologicznego biochemizmu kwasu moczowego, są wciąż jeszcze pokryte ciemnościami. Nieznane jest pochodzenie podagry moczanowej.

Jeżeli zanurzyć chrząstkę stawową, pokrajaną na kawałki, w roztwór moczanów, można przekonać się, że kwas moczowy przejdzie z roztworu w chrząstkę i utworzy na niej białawe złogi moczanowe. To odtworzenie *in vitro* procesu charakterystycznego dla podagry sugeruje myśl, że u podagryka nadmiar kwasu moczowego we krwi jest prawidłem. Jest to bardzo możliwe, jak to wskazuje odczyn GARROD'a; należałoby jednak mieć dowód bardziej przekonujący, a taki możnaby otrzymać przez ściśle określenie kwasu moczowego we krwi podagryków. Odpowiednie próby nie dały jednak dotychczas pewnych wyników. Pewne światło na powyższe pytania rzuciły jednak ściśle oznaczenia kwasu moczowego w ich moczu. Okazuje się, że w organizmie podagryków, niema, jak poprzednio mniemano, nadmiernego wytwarzania się kwasu moczowego, a zachodzi raczej nieregularność wydalania, a równocześnie i częściowe zatrzymanie [PFEL i SOETBER].

Tworzenie się złogów moczanowych w drogach moczowych ma swe źródło w analogicznym, jeżeli nie w identycznym zaburzeniu w odżywieniu, ale dla wytłómaczenia sposobu tworzenia się kamyków, należałoby dokładniej znać mechanizm wydzielania moczu, niż to jest obecnie. Problemat etyologii podagry i kamicy moczanowej nie jest więc jeszcze rozwiązany.

(Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Listopad. 1907.)  
St. Janczurowicz.

### 86. F. Moritz. Leczenie otyłości zapomocą czystej dyety mlecznej.

Znany klinicysta strasburski stosuje w ostatnich czasach w leczeniu otyłości wyłącznie kurację mleczną. Stosownie do stopnia otyłości chorzy wypijają w ciągu dnia 1 $\frac{1}{4}$  — 2 $\frac{1}{2}$  litra mleka, zwykle w 5-ciu porcjach; przy mniejszych ilościach mleka można dodawać tyle jeszcze wody, aby ogólną ilość płynów przyjmowanych w ciągu dnia doprowadzić do dwóch litrów; pozatem jednak chorzy nie otrzymują nic więcej. Wyników tej kuracji MORITZ nie waha się nazwać znakomitymi, ponieważ utrata wagi jest szybko bardzo znaczna, choć chorzy nie cierpią pragnienia i nie uskarżają się na głód w poważniejszym stopniu; jest to zupełne przeciwieństwo kuracji bezpłynowej (*Durstkur*), która według nowszych poglądów może prędzej pogarszać, niż poprawiać sytuację w leczeniu otyłości.

Spadek wagi w ciągu pierwszych dni bywa bardzo znaczny i może dochodzić do kilograma i wyżej dziennie; jak wskazuje sama ta cyfra, mamy tu do czynienia głównie z utratą wody (dyeta małosolna!). Wkrótce spadek



wagi staje się powolniejszym (140—260 g. dziennie), ale natomiast ustala się, świadcząc już teraz niewątpliwie o wyzyskiwaniu zapasowych substancji ciała, Większość chorych znosi kurację mleczną tak dobrze, że nie potrzebuje nawet przerywać swych zajęć, — choć wogóle należy zalecać spokój fizyczny; jedyną niedogodność stanowić może zaparcie stolca. Dyeta wyłącznie mleczna została polecona, jak wiadomo, przez KARELL'a (1878) specjalnie dla sercowych chorych z obrzękami. W leczeniu otyłości z powodzeniem stosował ją TARNIER w Belgii, niedawno zaś JACOB (asystent LENHARTZ'a), posługując się zresztą mniejszymi jeszcze ilościami mleka, co zmusza, naturalnie, do przedłużania czasu kuracji; rzecz szczególna, bądź co bądź, że metoda tak prosta nie zdobyła sobie dotąd popularności, na jaką zasługuje i że nie wspomniano o niej nawet w podręczniku NOTHNAGEL'a.

Dzienna ilość mleka oblicza się z łatwością z wymiarów ciała w sposób następujący. Przyjmijmy wraz z MORITZ'em, że normalna waga danego osobnika powinna wynosić tyle kilogramów, o ile centymetrów długość ciała przewyższa metr, że więc np. dla człowieka o wysokości 170 cm. normalną wagę stanowi 70 kg.; otóż według spostrzeżeń MORITZ'a na skuteczność leczenia możemy zwykle liczyć wtedy, jeżeli na każdy kilogram normalnej wagi dajemy 16—17 ciepłostek, co odpowiada 25 cm. sz. niezbieranego mleka. Według tego obliczenia człowiek o wysokości 180 cm. powinien otrzymać dziennie 80.25 = 2000 cm. sz. mleka, człowiek o wysokości 168 cm. 68.25 = 1700 cm. sz. mleka.

Powszechnie przypisują dość ważne znaczenie większym deficytom azotowym podczas leczenia otyłości, upatrując w nich przyczynę zdarzających się tutaj stanów osłabienia; MORITZ nie podziela tego zdania, ponieważ właśnie w jednym z najpomyślniejszych przypadków z jego praktyki, deficyt azotowy wynosił do 1,8 g. dziennie. Chory o wadze 133,5 kg. (46 lat) stracił tu 21 kg. i pozbył się bardzo niepokojących objawów osłabienia sercowego, dzięki 81-dniowej kuracji mlecznej, podczas której pozostawał wciąż na stanowisku kierownika fabryki!

Stosunki przemiany materii nigdy chyba nie mogą być przejrzystsze i przystępniejsze, niż przy takiej kuracji mlecznej; rozpatrzmy je dla przykładu w przypadku tylko co przytoczonym. Chory w ciągu 48-u dni stracił 88,9 g. azotu, co odpowiada 555,6 g. białka, wzgl. 2920 g. tkanki mięsnej; ogólna utrata wagi w tym samym okresie wynosiła 12500 g., skąd po odjęciu 2920 g. otrzymujemy 9580 g. straconej tkanki tłuszczowej. Jeżeli przeciętną zawartość wody w tkance tłuszczowej przyjmiemy jako 20 — 30%, cyfra powyższa będzie odpowiadać stracie 7664—6706 g. czystego tłuszczu w ciągu 48-u dni, czyli 159—140 g. dziennie, co reprezentuje 1479—1302 ciepłostek. Dodając 46 ciepłostek z traconych codziennie 11,25 g. białka, oraz 1300 ciepłostek z dwu litrów przyjmowanego codziennie mleka, otrzymujemy dla dziennego bilansu energii 2825—2648 ciepłostek, co odpowiada 23,5—22 ciepłostkom na każdy kilogram wagi rzeczywistej (która w rozpatrywanym okresie wynosiła przeciętnie 120 kl.) i 38,7—36,2 ciepłostkom na każdy kilogram wagi prawidłowej [w danym przypadku 73 kg.]. Zbytecznym byłoby dowodzić, że rachunek ten jest tylko przybliżony; wynik jego zgadza się jednak dobrze z danymi fizyologicznymi, przewidującymi zużywanie 34—40 ciepłostek dziennie na kilogram normalnej wagi człowieka nie leżącego, lecz nie pracującego fizycznie.

Równie łatwo daje się rozwiązywać zadanie odwrotne. Jeżeli dzienne zapotrzebowanie energii ma wynosić 34—40 ciepłostek na kilogram wagi normalnej, a z mlekiem chory otrzymuje 16—18 ciepłostek na kilogram wagi normalnej, musi więc prawie drugie tyle wyzyskać z zapasowych substancji własnego ciała. Dla normalnej wagi 60—80 klg. będzie to wynosiło około 1000—1300 ciepłostek dziennie, co odpowiada 107—140 gr. czystego tłuszczu,



względnie 142—186 gr. tkanki tłuszczowej [przyjmując 25% za normalną zawartość wody w tej tkance]. Ponieważ w rzeczywistości spalają się tu i tkanki o mniejszej wartości cieplnej, można więc już *a priori* oczekiwać większego nieco dziennego spadku wagi ciała; w każdym razie i tu mamy wystarczającą zgodność z dziennym spadkiem wagi, obserwowanym w przypadkach MORITZ'a.

(Münch. med. Woch. 1908, Nr 30).

J. Rzeplko.

## Zjazd higieniczny w Lublinie.

Dnia 26-go, 27-go i 28-go września r. b. odbył się Zjazd higieniczny w Lublinie.

Przybyło około 200 lekarzy. Obrady odbywały się w sali teatralnej. Zagaił je dr JAWOROWSKI z Lublina, witając zgromadzonych imieniem lubelskiego oddziału Warsz. Tow. Higienicznego, poczem zaznajomił zebranych z rozwojem historycznym i sanitarnym miasta.

Powołano na prezydium na prezesów honorowych: dra POLAKA z Warszawy, dra TOEWIŃSKIEGO z Lublina, oraz do prezydium drów: MACIESZĘ z Płocka, MICHAŁOWSKIEGO z Żelechowa, NOWAKA z Częstochowy, CHEŁCHOWSKIEGO z Warszawy, RACZYŃSKIEGO z Ciechocinka, PUŁAWSKIEGO z Nałęczowa, PEŁCZYŃSKIEGO z Radomia, CHMIELIŃSKĄ z Łowicza, OLSZAKOWSKIEGO z Włocławka, GORSKIEGO z Piotrkowa, STERLINGA z Łodzi, POZOBYTA z Łucka. Na redaktora sprawozdań Zjazdu powołano dra JAWORSKIEGO z Warszawy, na sekretarzystów: drów JACZEWSKIEGO, MODRZEWSKIEGO i ARNSTEINA z Lublina i Mag. Farm. BIAŁOBRZESKIEGO z Warszawy.

Liczne prace, przedstawione na Zjeździe, zostały już doskonale streszczone w prasie peryodycznej dzięki autoreferatom prelegentów.. Korzystając z tego źródła w streszczeniu lub *in extenso*, podajemy treść prac higienistów naszych.

Na zebraniu uroczystem dr J. POLAK, prezes Warsz. Tow. Hyg., skreślił działalność Towarzystwa w ciągu dziesięciu lat jego istnienia. Przemówienie to jest zbyt długie, aby mogło być umieszczone *in extenso*; podał je „Kurier Warszawski“ z dnia 27-go września r. b.

Ze sprawozdania dra POLAKA okazuje się, że „Towarzystwo Higieniczne, którego pierwsze zebranie odbyło się w Warszawie 1-ego czerwca 1898 r., posiada 13 oddziałów prowincjonalnych, około 1100 członków czynnych i tyluż zwyczajnych, że w ciągu istnienia swego odbyło około 700 posiedzeń w Warszawie i 1700 w oddziałach prowincjonalnych, że średni budżet jego wynosi w Warszawie około 5700, a na prowincyi około 7500 rub. rocznie, nie licząc budżetów instytucji Towarzystwa, że Towarzystwo posiada w Warszawie znane powszechnie ogrody dziecięce imienia W. E. RAU'a z kapitałem 300000 rub., w których to ogrodach około 400000 dzieci rocznie odbywa ćwiczenia fizyczne, że podobne, acz skromniejsze ogrody powstały i w różnych oddziałach na prowincyi, że druga wielka instytucja nasza, Instytut higieny dziecięcej imienia LENOVA' a, z kapitałem około 10000 rub. podaje różnorodną pomoc w zakresie higieny około 20000 dzieciom rocznie, a trzecia, Sanatorium dla chorób piersiowych [którą imieniem dra DUNINA możnaby nazwać], posiada już 200000 rub. kapitału, że Towarzy-



stwo i jego oddziały posiadają skromne księgozbiory, przyczyniają się do powstawania łaźni ludowych, stacyi szczepienia ospy, utrzymują muzeum higieny ludu w Częstochowie, zakładają „Krople mleka“, urządzają zjazdy i wystawy oraz konkursy, udzielają drobnych zasiłków na cele zdrowia publicznego, utrzymują czasopisma higieniczne, wydają broszury, urządzają odczyty publiczne, urządzają dozór higieniczny obywatelski, wchodzą w stosunki z władzami i instytucjami, usiłując aruclomić wszystkie motory, jakie w ogólności gdziekolwiek i kiedykolwiek dla zdrowia publicznego utworzono.

Dotychczasowe wyniki działalności Towarzystwa uwidoczniają się w uruchomieniu na cele higieniczne kapitałów zapasowych miast i wyszukaniu funduszów na cele zdrowotności, czego przykład dały Radom i Lublin; w budowie łaźni [Pszczelin, Nałęczów, Cieleśnica, Drobiną], wzorowo urządzonych szkół, szpitali, w organizacji biura zdrojowisk i uzdrowisk polskich, w „Kropli mleka“, w ogrodach dziecięcych i t. d.

Dziesięcioletni okres Towarzystwa dr P. nazywa „okresem obudzenia zdrowotności, okresem walki z rutyną“. „I oto, stoimy wobec zadania, co dalej począć. Znajdujemy się w okresie bardzo smutnym, w okresie rozczarowań i wzmoczonego pesymizmu. Jesteśmy nieszczęśliwsi poniekąd od dzikich barbarzyńskich narodów, bo sfera ich pragnień i ideałów jest znacznie węższa. My, skazani biegiem dziejów na kulturalne dążności, znający piękne urządzenia narodów ościennych, bezsilnie wyciągamy ręce do tej kultury, naprzężamy wszelkie struny patriotyzmu, aby popierać własne uzdrowiska, unikając obcych, lepszych i często tańszych, bijemy głową o mur i słabe wciąż osiągamy wyniki. I dlatego nazywam epokę obecną najbardziej dla nas smutną, że rozbudziliśmy w sobie i w całym kraju to pragnienie uzdrowotnienia i spostrzegamy tem większą różnicę pomiędzy rzeczywistością a ideałem.

Ale niemasz przykładu w dziejach ludzkich, aby rozbudzone pragnienia pozostawały bez wyników. Jeżeli nie osiągniemy celów naszych dla nas, o co jednak usilniej starajmy się, to zasiew nasz uszczęśliwi potomstwo nasze; dla nas pozostanie zawsze zadowolenie, że w samoobronie narodu nie zaniedbaliśmy placówki, którą nam los powierzył.”

Do urzędzeń, które wiodą do celów, stanowiących trzy podstawowe części programu Zjazdu: najszerszego spopularyzowania higieny, zabiegów dążących do podniesienia zdrowotności miejsc zaludnionych i rozwoju fizycznego, idącego w parze z duchowym rozwojem dziatwy i młodzieży, dr P. zalicza instytut centralny higieniczny, oraz organy peryferyczne, przenoszące higienę pod strzechy włościńskie, których zadaniem byłoby wzajemne zobowiązanie się członków do przestrzegania zasad higieny.

Na zakończenie dr P. stawia pytanie:

„Z trzech instytucji, które w zdrowotności publicznej w krajach cywilizowanych udział biorą, t. j. rząd, gmina i urzędzenia inicjatywy prywatnej, na której się możemy oprzeć w chwili obecnej?”

Zdrowie publiczne w krajach kulturalnych polega głównie na gminie, której rząd pomaga.

Stwierdziliśmy, że mrówcza praca naszych członków zdołała obudzić nieco inicjatywy w gminach większych, lecz najmniejsze, zwłaszcza nie wspierane materialnie, raczej hamowane w rozwoju swym, nie obudziły się jeszcze.

Gdy rozum i dobra wola staną się udziałem wszystkich, lub większości tych, którzy mają wpływ stanowczy wywierać na zdrowotność, dopiero wtedy zdrowotność naszego kraju wejdzie na tor prawidłowy.

Zanim to jednak nastąpi—zginęlibyśmy, gdyby nie ofiarna samopomoc społeczna, i dlatego po latach dziesięciu, jeszcze raz to podkreślam, nic z zadań naszych się nie zmienia, nie stanęliśmy na żadnym przełomie.



Dlatego też każdy jędrny, dzielny objaw działalności naszego Towarzystwa napawa nas otuchą i siły dodaje.

Gdy więc w tej bądź co bądź uroczystej chwili naszego obchodu dziesięciolecia spotykamy się z faktami takimi, jak pierwszy prowincjonalny Zjazd higieniczny i wystawa higieniczna prowincjonalna, wystawa trafnie obmyślana, starannie wykonana, wystawa, jaką nie mogło się pochlubić dotychczas żadne miasto prowincjonalne w krajach samodzielnych i bardziej od naszego we wszystko zaopatrzonych, zapiszemy te czyny naszego oddziału lubelskiego wielkimi głoskami w dziejach naszego Towarzystwa.

Tegoż dnia po południu wygłoszono szereg odczytów z działu higieny miast i osad.

Obrazy rozpoczęły się pod przewodnictwem dra CHEŁCHOWSKIEGO od odczytania pracy dra CERTOWICZA z Włocławka.

Autor rozesłał przeszło 80 kwestyjonaryuszów do lekarzy miejskich i powiatowych, a dotyczących higieny miast; i otrzymał zaledwie 27 odpowiedzi. Z materiału, który zestawił, widać, że ani jedno miasto nie odpowiada bodaj najskromniejszym wymaganiom higieny, a śmiertelność w niektórych [Grójec] dochodzi do 38%.

Bruki, oświetlenie, cmentarze, usuwanie odpadków i nieczystości, woda do picia w żadnym mieście: nie stoją na wysokości pożądanej, a co do kąpieli i czystości mieszkańców to tylko rzecz można, że niedawno zamknięto z braku chętnych do kąpieli wanny w jednym z miast powiatowych.

Ponury obraz, wiejący z tego zestawienia, przypomniał nam całą ohydę warunków, w jakich żyć jest zmuszona ludność naszych miast i osad, i każe smutnie wysnuwać horoskopy co do epidemii, zagrażającej krajowi.

Podniósł to szczególnie w drugim odczycie dr MACIESZA z Płocka, który, opierając się na statystyce urzędowej z r. 1905, dowiódł, że śmiertelność z chorób przewodu pokarmowego, chorób zakaźnych i gruźlicy przekracza najwyższe znane liczby dla miast Europy.

Dr M. na zasadzie tych danych doszedł do wniosku, że przy dotychczasowej gospodarce miejskiej o racjonalnem wykorzenieniu zła nie może być mowy, że jednak rąk opuszczać nam nie wolno i acz tylko paljatywnie, ale działać należy. Zwrócić trzeba uwagę przedewszystkiem na wysoką śmiertelność dzieci i w tym kierunku pracować przez zakładanie instytucji kropli mleka, higieny dzieci; z drugiej zaś strony Warsz. Tow. Hyg. powinno podać rękę wszystkim instytucjom oświatowym, społecznym i kulturalnym w kraju, aby za ich pośrednictwem szerzyć ziarna higieny wśród ludu.

Potrzebę podniesienia kultury, a przedewszystkiem zamięłowania do czystości wśród ludu, akcentował też obrazowo dr MICHAŁOWSKI z Żelechowa, przytaczając wymowne, z życia wzięte obrazy.

Bardzo umiejętnie zestawił stan obecny miasteczek z ich stanem dawnym dr KLARNER z Bełżyc. Już przed 400-u laty osady miały bruki, łaźnie, gdzieśgdzie wodociągi i szpitale. Dziś nic z tego nie zostało. Gospodarka miejska w ciągu wieku XIX zniszczyła te inwestycje miejskie, nic w zamian nie dając. Ale za to spotykamy miasta, które posiadają nawet kapitały zapasowe, lokowane na niski procent lub nawet bezprocentowo. Od ostatnich obrad w Warszawie nic się nie zmieniło. Stan miast jest jeszcze gorszy.

Autor jest jednak zdania, że aspiracje ludności zwiększyły się, że chęć poprawy stosunków istnieje i że korzystać trzeba z tego nastroju i co się da robić przez zebrania gminne i przez wpływy osobiste.

Następnie dr J. JAWORSKI z Warszawy mówił o gospodarce finansowej zarządów miejskich w Królestwie Polskiem [z wyjątkiem Warszawy]. Zasadniczą myślą dra JAWORSKIEGO jest udowodnienie faktu mało znanego ogóło-



wi, a rzucającego się w oczy przy zestawianiu budżetów miejskich, mianowicie, iż wszystkie miasta posiadają mniejsze lub większe kapitały, pomnażane z roku na rok, podczas tego, gdy zarządy miejskie nie robią nic lub prawie nic dla dobra miasta.

Zazwyczaj uposiedzenie naszych miast i miasteczek prowincjonalnych pod względem kulturalnym bywa tłumaczone brakiem funduszy; tymczasem rzecz się ma wręcz przeciwnie: fundusze są, lecz są obracane na cele zupełnie nieprodukcyjne.

Za granicą, czyto w Niemczech czy w Austrii, czy w Czechach w gospodarce finansowej miast uderza znaczne stosunkowo odciążenie dla poprawy warunków kulturalnych w znaczeniu szerokim, u nas zaś przeciwnie—miasta posiadają znaczne kapitały, lecz warunki kulturalne miast są niżej krytyki. Kapitały miejskie są deponowane w Banku Państwa, który zresztą niechętnie przyjmuje fundusze miejskie na oprocentowanie, wskutek czego znaczna część tych kapitałów bywa deponowana w ministerjum spraw wewnętrznych bez procentu. Corocznie remanenty są również deponowane w ministerjum spraw wewnętrznych.

Stoimy zatem wobec zjawiska ekonomicznego bardzo dziwnego: majątek miast się zwiększa, natomiast nie się nie robi dla dobra miast. Niema dobrej wody, niema studzien, niema prawidłowego usuwania nieczystości, brak bruków, niema szpitali, przytułków, łaźni publicznych ani ochron, niema również instytucji kulturalnych: bibliotek, muzeów, teatrów—natomiast są kapitały jałowe, nie przynoszące nikomu żadnego pożytku.

I wtedy, gdy nawet małe miasteczka niemieckie posiadają dobre bruki, dobrą wodę i przytem porządnym gmach teatralny, u nas chorobliwa i szkodliwa dążność do kapitalizowania nie pozwala na prawidłowy rozwój miast i miasteczek.

Istnieje przytem drugie zjawisko charakterystyczne: oto w miastach gubernialnych więcej, niż połowę ogólnych wydatków pochłania utrzymanie samych zarządów miejskich. W Łodzi, Płocku i Siedlcach utrzymanie zarządu miast pochłania  $\frac{2}{3}$  a w Łomży aż  $\frac{3}{4}$  ogólnych wydatków.

Natomiast rozchody na cele kulturalne wynoszą w dwu miastach około 10% ogólnych wydatków, w 7-u od 4—8%. Według obliczeń, na każdy rubel wydany na oświatę ludową i cele dobroczynne przeciętnie przypada 6,4 rub. na utrzymanie zarządu miejskiego.

W miastach gubernialnych wydatki na utrzymanie zarządów miejskich wynoszą 67,9% ogólnych wydatków, gdy na oświatę i dobroczynność idzie zaledwie 9,3%.

W miastach gubernialnych i w Łodzi utrzymanie zarządów miejskich wynosi 57,7%, a oświata pochłania 8,1%.

Spora część w gospodarce miast idzie na powiększanie kapitałów. Według danych od r. 1890, czyli od ostatnich lat 18, kapitały miast gubernialnych wzrosły o 105%. W 105 miastach gubernialnych Królestwa Polskiego kapitalizacya w tymże okresie spadła co prawda o 41%, jednocześnie jednak zmniejszyło się dawniejsze odciążenie o 73%—i tu zatem dążność do pozbycia się nieuciążliwych długów odbywa się kosztem dobra miast, dla których rozwoju nie się nie robi.

W ogólnej sumie rozchody w 103 miastach niegubernialnych [bez Łodzi] wynoszą przeszło 750000 rub.; z sumy tej utrzymanie zarządów miejskich kosztuje 433000 [co stanowi 57%], a oświata tylko 61000, czyli zaledwie 8%!

Zestawienie remanentów miejskich z wydatkami na oświatę zakrawa po prostu na bolesną ironię. Tak np. gdy Grójec w r. 1908 odkłada do ministerjum remanentu przeszło 2 tysiące rubli—na szkoły wydaje zaledwie 295 rub.



Brześć kujawski, który zaoszczędza bez potrzeby w budżecie na r. 1908. rb. 1100, przeznaczą na szkoły ...57 rb.

Gąbin przy remanencie 4,900 rb. na zakłady dobroczynne daje ...158 rb.

Skierniewice oszczędzają w remanencie 850 rb., natomiast nie dają ani grosza na szkoły!

Kutno przy remanencie 2200 rb. przeznaczą na szkoły 225 rb.

Nasielsk, który wykazuje remanentu z górą 500 rb., ofiarowuje na szkoły aż 100 rb., na szpital 144.

Kałużyn zdobywa się na 57 rb. wydatku na szkoły, ale przezornie chowa 200 rb. w remanencie.

Niektóre tylko miasta nie stosują przesady w dążności do kapitalizowania. Np. Radzymiń równoważy dochód z rozchodem, znajduje też fundusze na walkę z cholera [700 rb.], na sadzenie drzew i t. d.

Płońsk również równoważy dochód z rozchodem. Dobrze również przedstawia się budżet Łowicza, gdzie niema remanentu, ale znalazło się 1,700 rb. zasiłku na szkoły, 600 rb. na ochronę dla dzieci, 150 rb. na dom starców i t. d.

Podamy tu jeszcze np., iż Nieszawa daje remanentu około 300 rb., ale na szkoły nic nie daje, a na utrzymanie studzien aż 10 rb. rocznie.

Sochaczew chlubi się 3-tysięcznym remanentem, a na szkoły uważa za możliwe natomiast przeznaczyć... 90 rb.!

I tak bez końca!

Szkół niema, szpitali również, w razie epidemii ludność może być zdzięsiątkowana wobec ohydnych warunków sanitarnych, ale znaczne kapitały spoczywają w ministerjum, chociaż nie żąda tego ani ministerjum, ani skarb państwa, ani władza krajowa.

Przeciwnie: naczelna władza krajowa zalecała nawet zarządom miejskim równoważenie dochodów i rozchodów bez sztucznego wytwarzania remanentów.

Jako zasadę ogólną dr JAWORSKI stawia następujące dezyderaty:

1) Nie oszczędzać, nie kapitalizować, lecz umiejętnie stosować wydatki do rzeczywistych potrzeb ogółu. Do tego celu zarządy miejskie dążyć powinny przez odpowiednie układanie budżetu dochodów i rozchodów i umiejętne zarządzanie nimi.

2) Dążyć do tego, by siła podatkowa ludności użyta została w największym stopniu na potrzeby i korzyści publiczne, a koszta administracji miejskiej winny być sprowadzone do *minimum*.

Gospodarka publiczna czynności swe powinna obliczać na całe szeregi lat, aby i w przyszłości społeczeństwo korzystać mogło w stopniu nawet większym z zarządzeń dzisiejszych.

Zarządy miejskie nie powinny istnieć dla siebie, jak to się, niestety, dziś dzieje.

Dochody państwa stanowią część własności każdego obywatela, którą on udziela skarbowi, aby zapewnić sobie pewien dobrobyt, a stopień napięcia siły podatkowej idzie zawsze w parze z większą lub mniejszą wolnością polityczną danego narodu.

Z kolei zabrał głos p. B. Koskowski, mówiąc o żywieniu się żydów i ludu wiejskiego. Starannie dokonane badania dowiodły, że włościanin żywi się znośniej latem, źle zimą, żydzi zaś małomiasteczkowi nie lepiej się żywią, niż włościanie, spożywają mniej białka i tłuszczów, niżby należało.

[D. n.]



## Wiadomości bieżące.

### — Cholera azyatycka w Warszawie.

Od dłuższego już czasu Warszawie groziło niebezpieczeństwo zawleczenia panującej w Cesarstwie cholery azyatyckiej. Niebezpieczeństwo to wzrosło szczególnie w ostatnich czasach, gdy epidemia poczęła się szerzyć w sposób groźny w Petersburgu, z którym miasto nasze łączą tak ożywione stosunki i ułatwione środki komunikacji. Od tej chwili obawa zamieniła się w pewność, że lada dzień zdarzą się zacząć przypadki zasłabnięcia pośród powracających z Petersburga lub zatrzymujących się w przejeździe w Warszawie.

Pierwszy taki przypadek, którym miasto nasze zostało w wysokim stopniu zaalarmowane, zdarzył się w ubiegłym tygodniu i dotyczył 50-letniej kobiety, która w przejeździe z Petersburga zamieszkała na Krakowskim Przedmieściu i nagle dostała silnych boleści, kurczów w łydkach i rozwolnienia. Przywieziona dnia 22-go b. m. wieczorem [w 4-ym dniu choroby] do szpitala Św. Stanisława, znajdowała się już w takim stanie, który nie dawał nadziei utrzymania chorej przy życiu: sinica twarzy i kończyn, zimna i wilgotna skóra, brak tętna, głuche i słabe tony serca, bezmocz—zwiastowały blizki koniec, i istotnie chora o 4-ej zrana zmarła. Badanie bakteryologiczne wypróżnień, dokonane przez kol. GRYGLEWICZA w pracowni kol. PALMIRSKIEGO, a także przez kol. KARWACKIEGO, potwierdziło podejrzenie powzięte na zasadzie objawów klinicznych i nie pozostawiało żadnych wątpliwości, że choroba, której uległa kobieta ta, jest cholera azyatycką. Wykonana następnego dnia [24-go b. m.] sekcja zwłok, dała wyniki zgodne z tem rozpoznaniem.

W trzy dni po pierwszym przypadku, dnia 25-go b. m. przywieziony został do szpitala Św. Stanisława chory, który powracając z Petersburga przez Moskwę do Anglii, zamieszkał w jednym z pierwszorzędných hoteli. Już w Moskwie czuł się słabym, miał rozwolnienie, ale nie zwracał na to uwagi. Zaraz po przyjeździe do Warszawy dołączyły się do tego silne boleści i wymioty. Do szpitala przybył na trzeci dzień pobytu w Warszawie w stanie bardzo ciężkim z rozwolnieniem, wymiotami i silnymi kurczami w nogach i rękach. Objawom tym towarzyszyły: sinica twarzy i kończyn, szczególnie nóg, które miały formalnie fioletowe zabarwienie, brak tętna, głuche i słabe tony serca, wzdęcie brzucha, który jednakże nie był bolesny, i sztywność w kończynach, występująca wtedy, gdy chory doznawał kurczów. W wypróżnieniach, które były krwawe, znaleziono przecinkowce, a dalsze badania bakteryologiczne wykazały, że są to laseczniki cholery azyatyckiej. Chory ten na drugi dzień po przybyciu do szpitala zmarł, a badanie zwłok, dokonane 27-go b. m., dało wyniki podobne, jak w pierwszym przypadku, prócz tego zaś zmiany charakteru chronicznego w naczyniach krwionośnych, sercu i wątrobie.

Z więcej charakterystycznych, wspólnych obu przypadkom zmian pośmiertnych uderzały: zaróżowienie skóry, szczególnie na kończynach dolnych, suchość i ciemno-czerwona barwa mięśni, przekrwienie otrzewnej, która, jak również i oplucna, pokryte były lepkiem płynem, dającym się wyciągać w krótkie niteczki. W kiszkiach cienkich zmiany polegały na obrzmieniu i przekrwieniu błony śluzowej, oraz powiększeniu gruczołów samotnych i blaszek PEYER'a. Zmiany te w pierwszym przypadku przeznaczały w górnym odcinku kiszk, wypełnionym skąpą żółtawą cieczą, nie zawierającą zupełnie resztek pokarmowych, a zato mnóstwo złuszczonej nabłonków i drobnoustrojów, przeważnie laseczek w formie przecinków. W obu przypadkach, szczególnie jednak w drugim, uderzały wybitnie wyrażone zmiany nad zastawką BAUHINA i w kiszce grubej, której błona śluzowa, znacznie obrzmiała i bardzo



przekrwiona, usiana była obficie wylewami krwawymi, głównie na szczytach fałd, a gdzieniegdzie nawet owrzodzeniami.

Przypadki takie, jak te, które tu podaliśmy do wiadomości ogółu kolegów, niewątpliwie zdarzać się będą w dalszym ciągu i trudno jest przewidzieć na pewno, czy epidemia, zawleczona z Petersburga lub innych dotkniętych nią miejscowości, nie rozszerzy się u nas, tem bardziej, że w ostatnich czasach bardzo często zdarzały się przypadki ostrych zaburzeń żołądka i kiszek. Zbliżająca się pora chłodów dodaje otuchy, że może w roku bieżącym już to nie nastąpi, to też o ile szkodliwym i niepożądanym jest zbyteń alarmowanie i tak już zdenerwowanych powyższymi przypadkami mieszkańców miasta, o tyle z drugiej strony niezbędnym jest przedsięwzięcie jak najenergiczniejszych środków, mających na celu przede wszystkim zapobieganie przeniesieniu się epidemii z innych miejscowości. Dlatego też powinien być rozciągnięty ścisły nadzór, szczególnie na kolejach żelaznych, nad przyjeżdżającymi z miejsc dotkniętych epidemią, a nadto, od chwili, gdy zdarzyły się w Warszawie pierwsze przypadki zawleczenia cholery, powinny być wydane zarządzenia i powołane do czynu wszystkie te organy, które są przeznaczone do walki z epidemią.

---

## O G Ł O S Z E N I E.

---

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rb. 200, imienia TYTUSA CHALUBIŃSKIEGO, będzie przyznana przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłający pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa [ulica Niecała Nr 7] przejrzeć może.

Sekretarz Stały, *Dr med. A. Sokołowski.*

---

Z d. 8-ym października r. b. Redakcja i Administracja „Gazety Lekarskiej”  
przenosi się na ul. Marszałkowską Nr. 113, róg ul. Złotej.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



**Xeroform**

Proszek do przysypywania ran, zupełnie nietrujący i dający się łatwo wyjaławiać. Stosowany na rany aseptyczne w grubej warstwie zapobiega przylepieniu opatrunku do rany, zatrzymaniu wydzieliny, ropieniu i t. d.; przy ranach po oparzeniach łagodzi bóle i spizyja nawarstwieniu naskórka przy nadzwyczaj małej wydzielinie, pozostawiając gładkie i delikatne blizny.

**Creosotal**

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciwżółzowym przy zadawaniu do wewnątrz. W dawkach dużych działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

**Sulfidal**

Siarka (koloidalna) w wodzie rozpuszczalna. Działa skuteczniej, niż siarka, w łojotoku, trądziku i t. d.; we wszelkiego rodzaju postaciach przepisywania zapachu nie posiada, i daje się zmyć z łatwością przy stosowaniu na owłosioną część głowy.

**Acidum acetylosalicylicum** w postaci proszku i pastylek, łatwo w wodzie rozpuszczalnych.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel  
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 69.

**MARTIGNY-WOGEZY****Stacya mineralna i klimatyczna**

Sezon od 25 maja do 25 września. Wszelkie rozrywki właściwe wielkiemu uzdrowisku. Piękny park cienisty na przestrzeni 20 hektarów. Hotele z z wielkim nowoczesnym komfortem.

Wszelkich objaśnień udziela skład wód mineralnych Martigny, Paris, Place de l'Opéra, 8.

**Zakład dezynfekcyjny parowy JANA ZAWADZKIEGO**

istniejący od roku 1902-go

Warszawa—Mokotów ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08. Zarząd: Mokotowska Nr. 43 telef. 2700.

Wykonywa dezynfekcję mieszkań po bardzo dostępnej cenie nawet dla średnio zamożnych; dla biednych z polecenia p. p. Lekarzy darmo; za dezynfekcję rzeczy ceny niższe.





Polecana przez Paryską Radę Lekarską, stosowana w Paryskich szpitalach i żłobkach

## MACZKA SAVOYE

jako najlepszy pokarm ze wszystkich istniejących, jest najbardziej zalecana przez lekarzy całego świata.



Za zezwoleniem rady lekarskiej za Nr. 5130  
Najlepszy środek odżywczy dla dzieci i chorych

## Kozie mleko

w abonamencie z dostawą do domu  
„Mleczarnia Hygieniczna“

Marszałkowska 53a (w podwórzu) telefonu 125,20.

6—2

**Lecznica D-ra A. Tarnawskiego**  
w Kosowie (za Kołomyją) w Galicyi  
w południowo-wschodnich Karpatach z ciepłym klimatem,  
otwarta od 1-go maja do końca października  
Stacya kolei Zabłotów

Leczenie wodą, kąpielami powietrznymi, dyetą (szczególnie jarską, owocową), gimnastyką i wogóle higieną — wskazane w cierpieniach przemiany materii, kobiecych i przy wadliwości organizmu.

4—4

## Narzędzia i przyrządy Lekarskie

w wysokich gatunkach najtaniej poleca

**BRONISŁAW KRUG**

długoletni współpracownik firmy J. Jodłowski

Warszawa, Bracka 18 tel. 35-48

Wysyłka pocztą—ekspedycja sumienna.