

MEDYCYNA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego I. Hernie par glissement. II. Hernia cruralis processus vermicularis. Podał d-r med. Ludwik Krause. — Przyczynek do zachowywania się czynności żołądka w moczowco cukrowej. Podał D-r W. Rubin. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 55. Patogeneza i leczenie otyłości. 56. O stosowaniu wstrzykiwań podskórnych roztworu żelaziny. 57. Zawartość rozpuszczonego żelaza w naturalnych wodach żelazistych. 58. Ciepło jako środek do rozpoznania obecności ropy. 59. Wyskok i pedyatria. 60. Leczenie choleryny u dzieci. 61. Nowy sposób postępowania dla zabezpieczenia kroczka podczas okresu wydalenia płodu. 62. O stosunku mózdzku do rozsiaanej sklerozy mózgu. 63. Sposoby uniknięcia wymiotów zależnych od chloroformowania. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 4 czerwca r. b. — Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych. — BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA. A. Goldscheider u. P. Jacob „Handbuch der physikalischen Therapie“. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Krause — Contribution à la casuistique des cas rares des hernies du colon. 2) W. Rubin — Contribution à l'état des fonctions de l'estomac dans le diabète sucré.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Krause — Ein Beitrag zur Kasuistik seltener Fälle von Dickdarmhernien. 2) W. Rubin — Ein Beitrag zum Verhalten der Magenfunktion bei Diabetes mellitus.

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

Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego.

I. *Hernie par glissement.*

II. *Hernia cruralis processus vermicularis.*

Podał

D-r med. Ludwik Krause.

Ordynator oddziału chirurg. w szpit. Starozakonnych w Warszawie

I. Dnia 20 sierpnia 1899 r. sprowadzono do szpitala Starozakonnych chorego M. J. furmana 39-letniego, skarżącego się na silny ból w miejscu przepukliny pachwinowej lewej, na którą oddawna już cierpi; ból ten powstał nagle bez wiadomej przyczyny i trwa już kilka godzin. Jednocześnie prawie z wystąpieniem bólu zjawily się gwałtowne wymioty, często się powtarzające i bardzo dokuczliwe dla chorego. Chorego przyjął lekarz miejscowy,

który na zasadzie wywiadów i objawów stwierdził uwięźnięcie przepukliny, która przedstawiała się dość dużą, twardą i nie dającą się odprowadzić. Zalecono więc choremu kąpiel ciepłą, pęcherz z lodem na okolicę przepukliny i wewnątrz makowiec w małych dawkach. Widziałem chorego w kilkanaście godzin po jego przybyciu; żadnych objawów uwięźnięcia przepukliny już wtedy nie zauważyłem, chory od kilku już godzin czuje się dobrze, nie wymiotuje, bólów żadnych nie doznaje i na krótko przed moim przybyciem miał dość obfite wypróżnienie. Badanie wykazało: w okolicy pachwinowej lewej znajduje się przepuklina, sięgająca do połowy moszny, niebolesna i dająca się jakoby do jamy brzusznej odprowadzić, przy najmniejszym jednak poruszeniu się chorego natychmiast napowrót wychodzi. Kanał pachwinowy szeroki. Brzuch miękki, niebolesny. Chory opowiada, że już od dzieciństwa cierpi na przepuklinę, paska jednak nie nosił z powodu ucisku, jaki tenże wywierał na pachwinę wkrótce już po jego założeniu. Chory bladej, miernie fizycznie rozwinięty. W narządach wewnętrznych żadnych zmian ważniejszych spostrzegać się nie daje. Chcąc się pozbyć przepukliny, chory prosił o wykonanie operacji doszczętnej, którą przedsięwziąłem dnia 26 sierpnia. Miałem zamiar wykonać operację według sposobu KOCHER'a i w tym celu poprowadziłem cięcie skóry powyżej więzła POUPART'a nieco skośnie z góry na dół, z zewnątrz na wewnątrz, przechodząc na mosznę. Po dojściu do worka przepuklinowego, można było zauważyć, że jest on wolny od wszelkiej zawartości i jest mocno przyrośnięty do powrózka nasiennego i do tkanek sąsiednich; nazewnątrz zaś i nieco ku tyłowi od worka znajdował się duży kłęb, pokryty grubą warstwą tłuszczu, również przyrośnięty mocno do worka i do tkanek mosznej. Przy oddzielaniu worka w dolnej jego części, tenże naderwany został, i można było wtedy przez ten otwór wejść palcem do jamy brzusznej; otwór w worku zamknąłem za pomocą kleszczyków i przystąpiłem do oddzielenia worka od wyżej opisanego kłęba w górnej części. Z powodu bardzo silnych zrostów kłęb w górnej części naderwany został, i wtedy dopiero można było się przekonać, że kłęb ten stanowiły pętle кишки mocno z sobą zrosnięte w jedną zbitą masę. Ponieważ o rozdzieleniu pętli i odprowadzeniu ich do jamy brzusznej po poprzednim nałożeniu szwu na przypadkowo zrobiony otwór w kiszce mowy być nie mogło, wyciąłem całą pętlę кишки wraz z przyrośniętym do niej workiem i oba końce кишки złączyłem za pomocą szwu dwupiętrowego ciągłego. Kiszki zeszytą wprowadziłem do jamy brzusznej, ułożywszy ją, o ile to było możliwe, w bliskości rany, w którą wprowadziłem pasek muslinu jodoformowego. W dolnej części moszny zrobiłem przeciwotwór i na ranę skóry nałożyłem szew węzełkowy. Do szycia używałem wszędzie wyjąłowanego jedwabiu.

Przy bliższem rozpatrzeniu części wyciętej pokazało się, że stanowiła ona kishkę grubą długości 40 cm. Powierzchnia, do której przylegała część worka wyciętego, pokryta była otrzewną, większa zaś część pozbawiona otrzewny łączyła się ze strzępami tkanek, w których znajdowały się dość duże naczynia.

Wieczorem po operacji chory był spokojny, lecz mocno osłabiony, tętno słabe, przyspieszone. Wstrzyknięto pod skórę roztwór soli fizjologicznej, poczem tętno znacznie się poprawiło. Nazajutrz chory czuje się wcale dobrze, nie gorączkuje, tętno dość pełne, równe — 112 uderzeń na minutę. Skarży się na ból w okolicy rany, brzuch niebolesny, niewzdęty. W nocy spał dobrze.

Wstrzyknięto raz jeszcze pod skórę roztwór fizyologiczny soli i podawano wewnątrz eter z kamforą.

Dalszy przebieg pooperacyjny zupełnie dobry. Ciepłota przez cały czas ani razu nie podniosła się wyżej 37°C , tętno dobre od 88 — 100 uderzeń na minutę, pełne i równe. Bólów nigdzie niema 4-go dnia po operacji pierwszy raz odchodziły wiatry, a 7-go dnia po ławatywie chory miał obfite wypróżnienie.

9-go dnia po operacji zdjąłem szwy i wyjąłem pasek muslinu jodoformowego, wprowadzony do jamy brzusznej, przyczem wylało się nieco krwią zabarwionego mętnego płynu.

W miejscu, gdzie nałożono szwy, rana zagojona była przez rychłozrost. Po dwóch dniach, t. j. 11-go dnia po operacji, przy zmianie opatrunku pokazało się nieco płynnego kału z rany. Utworzyła się więc niewielka przetoka kałowa, z której wydobywał się kał w większej lub mniejszej ilości, przyczem chory mniej więcej co drugi dzień miewał wypróżnienie drogą naturalną. Po 10 dniach przetoka zamknęła się doszczętnie, a cała rana wkrótce zagoiła się zupełnie.

Dnia 21-go listopada chory przedstawiony został na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Jeżeli zwrócimy uwagę na niektóre dane, jakieśmy znaleźli przy operacji, a mianowicie: worek przepuklinowy pusty, mocno zrośnięty z tkanką otaczającą, kłęb zrośniętych pętli kiszki, znajdujący się na zewnątrz i nieco od tyłu worka przepuklinowego, mocno z nim zrośnięty, to dojdziemy do wniosku, że mieliśmy do czynienia z przepukliną kiszki grubej, którą francuzi nazywają *hernie par glissement* — przepuklina przez wślizgnięcie. Przepuklina ta, zdaniem mojem, u naszego chorego nie wywołała objawów uwięźnięcia, zmuszających chorego szukać pomocy w szpitalu, lecz prawdopodobnie pętla kiszki cienkiej, która uwięzła w worku przepuklinowym; po kąpieli i okładach pętla ta weszła napowrót, został więc worek pusty, a na zewnątrz przepuklina kiszki grubej.

Przypadki przepukliny kiszki grubej, utworzonej przez wślizgnięcie, należą do rzadko dotychczas spostrzeganych. FROELICH ¹⁾ opisuje 3 takie przypadki, z których dwa spostrzegane były w klinice HEYDENREICH'a, jeden zaś spostrzegał osobiście. W jednym przypadku przy operacji znaleziono w worku przepuklinowym kiszki cienie, które łatwo dały się odprowadzić, a na tylnej i wewnętrznej ścianie worka leżała kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowym. Otrzewna pokrywała przednią powierzchnię kiszki ślepej w $\frac{2}{3}$ częściach, zaś $\frac{1}{3}$ część tylna leżała na zewnątrz od worka. Przy oddzielaniu kiszki od tkanki pozamosznowej, co z wielką trudnością dało się uskutecznić, kiszka pękła na przestrzeni z ctm. Operację przerwano i na kiszkę nałożono szew. W następstwie utworzyła się przetoka kałowa, która po kilku tygodniach się zagoiła i chory wyzdrowiał.

W drugim przypadku znaleziono w worku przepuklinowym prócz kiszki cienkiej pętlę jelita grubego zstępującego, mocno przylegającą do worka i do obok leżących tkanek; przy oddzielaniu kiszki podczas operacji, poprzecinano naczynia, idące do kiszki, w następstwie czego kiszka przeszła w zgorzel, utworzyła się przetoka kałowa, która po kilku tygodniach się zamknęła.

¹⁾ FROELICH. De la cure radicale des hernies par glissements du gros intestin. (Gazette hebdomadaire, 1899. Nr. 33).

W trzecim przypadku znaleziono przy operacji doszczętej przepukliny kioskę grubą, znajdującą się poza i na zewnątrz worka; powierzchnia wewnętrzna kioskki pokryta była otrzewną, zaś zewnętrzna, pozbawiona otrzewny mocno była przyrośnięta do tkanki pozamosznowej. Oddzielenie od tych tkanek szło bardzo trudno, i dla tego FROEHLICH, bojąc się, aby nie naderwać kioskki i tak już bardzo cienkiej, przerwał operację.

(D. n.).

Przyczyniek do zachowywania się czynności żołądka w moczówce cukrowej.

Podał

W. RUBIN.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 27).

Przeglądając wyniki powyższych badań, widzimy przedewszystkiem, że chemizm żołądka okazywał w naszym przypadku znaczne wahania, i że wolny HCl już występował w ilości dość dużej (35), już to wcale wykryć się nie dał.

Czy stopień łaknienia, wzgl. ilość wprowadzonych pokarmów, nie wywiera wpływu na czynność wydzielniczą żołądka? RIEGEL, badając trawienie żołądkowe w jednym przypadku moczówki cukrowej, zwrócił uwagę, że w okresie wzmożonego łaknienia stwierdzona została nadkwaśność, w czasie zaś, gdy chory łaknienie utracił, kwaśność okazała się znacznie mniejszą. Wobec tego RIEGEL sądzi, że wzmożone łaknienie, t. j. raczej zwiększona ilość wprowadzanych do żołądka pokarmów, może powodować wzmożone wydzielanie soku żołądkowego. W naszym przypadku okazał się stosunek następujący:

przy łaknieniu wzgl. złem —	wolnego HCl 31	—	og. kw.	=	66.
„ „	znacznie lepszem —	„ 0	—	„	= 36.
„ „	dobrem —	„ 35	—	„	= 84.
„ „	niewo mniejszem —	„ 11	—	„	= 51.

Tak więc na zasadzie naszego przypadku należy przyjąć, że nadmierne wydzielanie wolnego HCl nie jest następstwem wzmożonego łaknienia (ani odwrotnie), i że czynność wydzielnicza żołądka jest zależna nie od ilości wprowadzanych pokarmów, lecz od innej przyczyny.

Czy na chemizm żołądka nie wywiera wpływu ilość cukru w moczu? W naszym przypadku:

przy cukromoczu 1,1%	—	wolnego HCl 0	og. kwas.	=	36.
„ „	5,2%	—	„ 35	„	= 84.
„ „	0,7%	—	„ 11	„	= 51.

Największej tedy cyfrze cukromoczu odpowiadała największa ilość wolnego HCl, przy cukromoczu mniejszym 0,7% i 1,1% wydzielanie wolnego HCl było upośledzone (0 i 11). Przemawiałoby to za zrobieniem przypuszczenia, że na wydzielanie soku żołądkowego wywiera wpływ cukier, krążący we krwi

i odpowiednio do wysokości odsetki tegoż cukru następuje wzmożone lub upośledzone wydzielanie soku żołądkowego. Do sprawy tej wrócimy poniżej.

Przypadek 2. C. K. lat 30, przybyła d. 14. II r. b. do oddziału d-ra FREUDENSONA, skarżąc się na wzmożone łaknienie, wzmożone pragnienie i wielomocz; objawy te chora zauważyła przed 10 tygodniami. Od 8 tygodni nie widzi. Nie kaszle. Żadnych zaburzeń ze strony narzędu trawienia nie ma. Silnemu głodowi lub pragnieniu towarzyszy zwykle ból głowy. Od roku nie ma miesiączki. Rodzice chorej, jakoteż krewni, zdrowi. Raz poroniła, kilkoro dzieci umarło w wieku od 10 dni do pół roku.

Stan obecny. Odżywianie upośledzone. Widzialne błony śluzowe bladoróżowe. Tętno 72, prawidłowe. Płuca i serce nie przedostawiają zbożeń. Brzuch miękki, niebolesny. Wątroba ani śledziona niewyczuwalne. Odruchy kolanowe zniesione. Katarakty w obudwu oczach.

Mocz barwy wodnistej, woni słabej, przezroczystej, odczynu kwaśnego, o cięż. właściwym 1031 — 1035, zawierał przy kilkakrotnem badaniu cukier, białka nie wykryto. Dnia 3. III ilość cukru wynosiła 5%.

Tegoż dnia została zbadana czynność wydzielnicza żołądka. W godzinę i 10 minut po śniadaniu próbnem EWALD'a wydobyto 12 cm. sz. zawartości bezbarwnej, o woni słabej, odczynie kwaśnym, z grubą, niestrawioną miazgą pokarmową. Wolny HCl wcale wykryć się nie dał. (Congo, Günzburg, Methylviolett). Kwas mleczny nieobecny. Ogólna kwaśność wynosiła 12. Pod mikroskopem stwierdzono nieliczne ziarnka krochmalowe i nieco grzybków drożdżowych.

Łaknienie chorej przez cały czas spostrzegania było znacznie wzmożone, pragnienie również; chora nie mogła nasycić swego głodu i pragnienia, w ciągu dnia spożywała 10 bułek, kilka szklanek mleka, 4 jaja, 1½ porcyi obiadu i olbrzymią ilość wody. O przestrzeganiu jakiejś ściślej diety nie mogło być mowy.

Trzykrotnie jeszcze dokonane zostało badanie czynności wydzielniczej żołądka u tejże chorej. Zawartość żołądkową wydobywano po godzinie, po 45 minutach, po 25 minutach. Miazga pokarmowa zawsze okazywała się niestrawioną, zawierała grube cząsteczki bułki i zapychała otwory zgłębnika, wskutek czego nie udawało się wydobyć większej ilości treści żołądkowej. Odczyn bywał kwaśny. Wolny kwas solny ani razu nie został stwierdzony (Congo, Günzb., Trop., Meth.) Kwas mleczny nieobecny. Pepsyna była obecna, lubo w ilości zmniejszonej. Roztwór LUGOL'a zabarwiał zawartość żołądka fioletowo. Ogólna kwaśność nie mogła być określona z powodu zbyt małej ilości zawartości. Pod mikroskopem wykrywano nieliczne ziarnka krochmalowe i nieliczne drożdże.

Czynność ruchowa żołądka była wzmożoną (w godzinę po próbnem śniadaniu żołądek mieścił tylko 15—25 cm. sz. zawartości).

Gdy więc w pierwszym przypadku stwierdziliśmy znaczne wahania w chemizmie żołądka, w drugim stale wolnego HCl stwierdzić nie mogliśmy. Jeśli zwrócimy uwagę na to, że chora wprowadzała do żołądka znaczną ilość pokarmów, i że pomimo to wolnego HCl w zawartości żołądkowej nie wykrywaliśmy, to znajdziemy w fakcie tym potwierdzenie powyżej podanego wniosku, że wydzielanie soku żołądkowego nie jest zależne li tylko od ilości wprowadzonych pokarmów.

Ilość cukru w moczu w drugim przypadku wahała się pomiędzy 4% a 6%. Jeśli wyniki badania pierwszego przypadku zdawały się przemawiać za bezpośrednią zależnością kwaśności soku żołądkowego od wysokości cukromoczu, to drugi przypadek jakoby przeczy temu przypuszczeniu, tu bowiem odsetce cukromoczu dość dużej odpowiadał zupełny brak wolnego HCl. Musimy jednak zwrócić uwagę na tę okoliczność, że przypadki nasze znacznie się od siebie różnią. W pierwszym przypadku odżywianie chorej było jeszcze dobre, choroba datowała od niedawna, przebiegała bez zwykłych dominujących objawów (wzmożone łaknienie i pragnienie), drugi zaś przypadek odznaczał się wręcz przeciwnie silnie wyrażonymi powyższymi objawami, chora była wyniszczona, cierpienie było powikłane kataraktą. Jeśliby zatem w przypadku pierwszym cukier pobudzał narząd wydzielniczy żołądka do wydzielania soku żołądkowego, to należałoby przypuścić, że w przypadku II narząd wydzielniczy żołądka już przestał reagować na owe stałe podrażnienia. W ten sposób moglibyśmy sobie tłumaczyć brak wolnego HCl w przypadkach ciężkich moczówki cukrowej; jakkolwiek możliwym jest także i prawdopodobniejszem, że gra tu rolę wpływ ośrodków nerwowych, w tych bowiem właśnie przypadkach spostrzegamy liczne objawy nerwowe, jak nienasycony głód i pragnienie z towarzyszącym im bólem głowy, brak odruchów kolanowych i t. d.

Rozejrzyjmy się teraz, jak na sprawę tę zapatrują się inni autorzy, i co wogóle wiemy obecnie o trawieniu żołądkiem i moczówce cukrowej.

Najważniejsze prace są następujące: ROSENSTEIN ¹⁾ badał czynność wydzielniczą żołądka u 10 chorych cukrzycowych. Wyniki były następujące: u 4 chorych zawsze wykrywał w zawartości żołądkowej wolny HCl (ilości woln. HCl autor nie określał), u 3-ch nie mógł go wykryć przy kilkakrotnych badaniach, jednakże w końcu z pewnością stwierdził obecność wolnego HCl; w jednym przypadku wolny HCl jużto był znajduwany, już znikał; wreszcie w 2-ch pozostałych przypadkach autor ani razu nie mógł stwierdzić obecności wolnego HCl w treści żołądkowej.

ROSENSTEIN tłumaczy zachowywanie się czynności wydzielniczej żołądka w cukrzycy w następujący sposób: w przypadkach, w których stwierdził jużto obecność, już brak wolnego HCl, autor przypuszcza istnienie nerwicy żołądka; w przypadkach zaś, przebiegających z zupełnym brakiem wolnego HCl w zawartości żołądkowej, podejrzewa obecność zaniku błony śluzowej żołądka. W 3 bowiem przypadkach moczówki cukrowej zdołał stwierdzić na stole sekcyjnym zanik błony śluzowej żołądka w następstwie zapalenia śródmiąższowego (badanie trawienia żołądkowego w tych przypadkach nie zostało jednakże dokonane).

GANS w r. 1890 ⁵⁾ ogłosił wyniki badań swych nad trawieniem żołądkowym w cukrzycy. Na 10 badanych przypadków w sześciu wykrywał obecność wolnego HCl, w 4-ch natomiast wolnego HCl wykryć nie zdołał. Autor nie spostrzegał związku pomiędzy wahaniami w chemizmie żołądka z odsetką cukru w moczu.

HONIGMANN ⁶⁾ wreszcie dokonał takichże badań u 8-iu chorych, dotkniętych moczówką cukrową. U 3-ch z pomiędzy nich kwaśność okazała się nieco wzmożoną (0,2%, — 0,4% HCl), u czwartego chorego czynność wydzielnicza była zupełnie prawidłowa, w 3-ch przypadkach autor ani razu nie zdołał stwierdzić obecności wolnego HCl, w ostatnim wreszcie przypadku

I-sze tylko badanie wykazało obecność wolnego HCl, dalsze natomiast badania (w liczbie II) ani razu nie stwierdziły obecności wolnego HCl.

HONIGMANN jest zdania, że nadmierna kwaśność jest następstwem wzmożonego łaknienia i występuje wskutek wzmożonej pracy żołądka. Co się tyczy przyczyny braku wolnego HCl w cukrzycy, to tenże autor, wyłączając tu nieżyt śluzowy, jak również zanik błony śluzowej żołądka, dochodzi do wniosku, że nie wykrywamy wolnego HCl poprostu dla tego, że wskutek wzmożonej czynności ruchowej żołądka w moczówce cukrowej zawartość żołądka przechodzi do kiszek wcześniej, nim czynność wydzielnicza żołądka staje się wydatną: wprowadzając zgłębnik do żołądka w godzinę po próbnym śniadaniu, autor najczęściej nie wydobywał już wcale, albo bardzo tylko nieliczne cząsteczki pokarmowe.

Naszem zdaniem, należy istotnie wyłączyć zanik błony śluzowej żołądka. Zanik bowiem gruczołów jestto cierpienie poważne, powoli rozwijające się i wogóle rzadkie, w każdym razie cierpieniu temu towarzyszą poważne i ciężkie objawy; trudno zatem przypuścić, aby w moczówce cukrowej często miało miejsce. Tłumaczenie jednak HONIGMANN'a również wydaje się nam niesłusznem, gdyż w naszym I-ym przyp. wydobyliśmy dość dużą ilość zawartości, w której wolnego HCl nie było, a w drugim przypadku wprowadziliśmy umyślnie zgłębnik w 35 minut po śniadaniu próbnym, a w zawartości wolnego HCl nie wykryliśmy, sądziliśmy zatem, że należy raczej w celu wyjaśnienia braku wolnego HCl bądź przypuścić wpływ cukru, krążącego we krwi, na narząd wydzielniczy żołądka, bądź też upatrywać w tem wpływ ośrodków nerwowych.

Aby rozstrzygnąć wyżej podane wątpliwości, t. j. ustalić stosunek odsetki cukru w moczu do ilości wolnego HCl i wyjaśnić przyczynę tak często dającego się spostrzegać zupełnego braku wolnego HCl w cukrzycy, potrzebne są dalsze badania licznych przypadków cukrzycy. Wobec tedy względnie rzadkiego spostrzegania tej choroby w szpitalach, gdzie jedynie możliwe jest ściśle przeprowadzenie obserwacji, należałoby każdy przypadek moczówki cukrowej w tym kierunku wyzyskać i szczególną zwracać przytem uwagę na rodzaj przypadku, na przebieg tegoż, jak również na stan ogólny chorego, gdyż cukrzyca przebiega bardzo rozmaicie i bywa powikłana bardzo rozmaitemi innymi cierpieniami, co wszystko wybitny wpływ na czynności żołądka wyrzucić może.

Nawiasowo dodajemy, że salicylan sodu, zachwalany przez LITTEN'a²⁾ jako środek skuteczny w moczówce cukrowej przeciwko swędzeniu, nerwobólom i innym towarzyszącym jej objawom, w I naszym przypadku nie wywarł prawie żadnego wpływu na uporczywe swędzenie; salol zaś okazał się środkiem, będącym w stanie istotnie zmniejszyć w krótkim czasie ilość cukru w moczu (EBSTEIN, TESCHEMACHER¹⁰⁾), przynajmniej w przypadkach lżejszych, i z tego względu zasługuje na dalsze wypróbowanie.

W końcu miło mi złożyć w tem miejscu szczere podziękowanie Sz. D-rowsi FREUDENSONOWI za łaskawe użyczenie mi przypadku, Sz. D-rowsi PACANOWSKIEMU za zachętę i rady, udzielane przy prowadzeniu powyższych badań.

L I T E R A T U R A.

1) CANTANI H. Morgagni. 1883. 2) G. SEE. Les maladies de l'estomac, jugées... Janvier. 1888. 3) RIEGEL. Zeitschr. f. klin. Medicin. Band XII. 4) ROSENSTEIN. Berl. klin. Woch. 1890. Nr. 13. 5) GANS. Verhandl. d. IX Congr. f. inn. Me-

dicin. Wiesbaden. 1890, lub Centralblatt f. klin. Medic. 1890. 6) HONIGMANN. Deut. Med. Woch. 1890. Nr. 43. 7) KRAUSE. Inaugur.-Dissert. Giessen 1890. 8) RIEGEL. Die Erkrank. des Magens. Wien. 1896. 9) LITTEN. Ther. d. Gegenwart. 1899. 3. 10) TESCHMACHER. Therap. Monatsh. 1901. 1.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

55. DEBOVE. **Patogeneza i leczenie otyłości.** Następujący przypadek daje autorowi sposobność do zwrócenia jeszcze raz¹⁾ uwagi na niektóre kwestye dotyczące patogenezy i leczenia otyłości.

Mężczyzna 44-letni, dziedzicznie usposobiony do otyłości, ojciec był artrytykiem, matka i dziadek byli otyli, a u prababki ze strony matki otyłość doszła do tego stopnia, że nie mogła ona zmieścić się w powozie.

Wobec takich antecedencyi należało choremu dla uniknięcia otyłości jeść umiarkowanie i używać dużo ruchu fizycznego.

Lecz chory jadł dużo, a szczególnie tłuste mięso, potrawy mączne, ciasta i słodocze. Co gorsza, prowadził życie siedzące i mało używał ćwiczeń fizycznych.

Raczej szczupły w dzieciństwie, zaczął w 18 roku życia tyć i to coraz więcej. Kiedy go autor pierwszy raz widział w marcu 1900 r. ważył on 117 kilogramów; waga ta w stosunku do jego wzrostu 1 metr 66 była nadmiernie wysoka i była przyczyną zaburzeń w czynności wielu narządów.

Przedewszystkiem otyłość jego odbiła się ujemnie na czynności intelektualnej, co już było niejednokrotnie stwierdzone nawet w starożytności u ludzi nadmiernie otyłych. Chory nasz był ciągle apatyczny, senny, a nawet miewał kompletne napady śpiączki. Nietylko spał dużo w nocy, lecz często zasypiał w dzień np. pisząc, a nawet w stojącej pozycji, skutkiem czego nawet padal.

W ruchach chory nasz był bardzo ociężały; najmniejszy ruch silnie go męczył; codzienne domowe czynności, jak mycie się, ubieranie i t. p. męczyły go bardzo.

Oddechanie stało się bardzo trudnem; przy najmniejszym wysiłku występowała duszność. Otyłość odbiła się również na sercu, gdyż tętno było miękkie, łatwo ucisnąć się dawało. Trawienie było leniwe, w kiszkaach tworzyły się gazy które zmuszały chorego do rozpinania się po jedzeniu.

Skóra na obszernej przestrzeni, szczególnie wokół części rodnych i na udach, pokryta swędzącą wysypką.

Mocz nie zawiera ani cukru, ani białka. Chory więc przedstawiał wszystkie cechy właściwe dla otyłości.

Otyłość jego powstała pod wpływem usposobienia dziedzicznego. Przyczynami wywołującemi były bardzo obfite pożywienie i brak ćwiczeń fizycznych.

Wszelako prawdziwa istotna przyczyna otyłości (*la cause determinante*) nie jest nam dotąd znana, gdyż zawsze możemy odłuszczyć człowieka otyłego, lecz nie możemy przyczynić się do tycia człowieka chudego.

Naszą nieznajomość przyczyn zwykliśmy maskować teoryjami, które zresztą są nieuniknione w postępie naszej wiedzy. Autor podaje jedną, która może nam objaśnić wszystkie fakty, dotyczące interesującej nas sprawy.

¹⁾ W r. zeszłym autor umieścił pracę o leczeniu otyłości w „Semaine medicale”.

Według poglądu autora otyłość jest zależna od zaburzenia narządu nerwowego. Autor rozumuje w następujący sposób. Ilość pokarmów, jaką spożywamy, nie jest proporcjonalna do naszych potrzeb. Gdy ilość potrzebną przekraczamy, pewna część wessanego pokarmu zostaje zniszczona przez utlenienie; istnieje więc przyrząd regulujący, który kieruje zniszczeniem substancji spożywanych w nadmiarze i który hamuje ich spalanie podczas trawienia dla utrzymania równowagi w odżywianiu. A każdy przyrząd regulujący należy do narządu nerwowego; otóż ów przyrząd jest naruszony u ludzi otyłych.

Wpływ narządu nerwowego na odżywianie został stwierdzony licznymi doświadczeniami ²⁾, które wykazały, że istnieje aparat nerwowy, regulujący sprawę spalania, przyspiesza ją lub zwalnia, sprowadza utlenianie elementów wessanych lub sprzyja ich odkładaniu się pod postacią tłuszczu.

To, co autor przypisuje narządowi nerwowemu, BOUCHARD odnosi do zwolnienia odżywiania. Od teorii więc jego do teorii autora jest tylko jeden krok, a raczej jest to jedna i ta sama teoria pod różnymi postaciami. Zawsze ma miejsce zwolnienie odżywiania, zależne od zaburzenia nerwowego, gdyż narząd nerwowy jest ostatecznie regulatorem odżywiania.

Zaburzenie to nerwowe jest pierwotne, gdy powstaje pod wpływem nieznaney nam przyczyny, która może być odziedziczona, lub wtórne, gdy objawia się jako skutek przyczyny, łatwo dającej się stwierdzić, jak dny, cukrzyca, blednicy, menopauzy, powstrzymania rozwoju jąder, obrzęku śluzowego i t. p.

Jeżeli otyłość ma zależeć od zaburzenia w narządzie, regulującym sprawę spalania, leczenie jej powinno się składać z 2 okresów: okresu niedostatecznego żywienia i regulowania diety. Chcąc odtłuszczyć otyłego, należy go poddać niedostatecznemu żywieniu, należy zmniejszyć jego przychody i w ten sposób zmusić go do czerpania z nagromadzonej nadmiernie w ustroju rezerwy.

W bliższe szczegóły, dotyczące sposobu przeprowadzenia metodycznego żywienia u otyłych, drobiazgów, przedstawionych w pracy autora, wchodzić nie możemy, to tylko zaznaczymy, iż, chcąc, zdaniem autora, przeprowadzić leczenie za pomocą niedostatecznego żywienia, należy ściśle określić wartość odżywczą, koloryczną, odtłuszczającą pokarmów podług jednej z tablic, podanych przez KÖNIG'a ³⁾ dla każdego pokarmu.

Leczenie za pomocą niedostatecznego żywienia wymaga jednak, by chory nie cierpiał głodu, i by jego stan ogólny przytem nie ucierpiał. Dla zaspokojenia głodu przy niedostatecznym żywieniu wystarcza uciec się do pokarmów, których wartość termiczna jest niewielka, nawet przy znacznej objętości. W tym celu autor zaleca mleko, przeważnie zbierane, zmieszane z herbatą lub wodą, jarzyny (kapusta, szpinak, sałata) świeże owoce.

Pić pozwala autor chorym dowoli, wychodząc z tej zasady, że łatwiej znieść głód, niż pragnienie, a zresztą woda nie sprzyja tyciu, jak to autor wykazał doświadczalnie ⁴⁾.

Przy leczeniu otyłych należy też dbać o wypróżnienia i dla tego podawać należy lekkie środki przeczyszczające, które oprócz tego robią pewną część pożywienia nieużyteczną. Na tych podstawach podjęte leczenie dało u chorego, którego historię na początku podaliśmy, następujący wynik.

²⁾ DEBOVE et FLAMAND. Recherches experimentales sur l'histerie. (Semaine medicale. 1885. str. 294).

³⁾ J. KÖNIG. Chemie der menschlichen Nahrungs und Genussmittel. I część. Berlin 1879.

⁴⁾ DEBOVE et FLAMAND. De l'influence de l'eau sur la nutrition. (Sem. med. 1885 i 1886).

Gdy rozpoczął leczenie dnia 21 marca 1900 r. jego waga wynosiła 235 funtów. Mleka nie znosił i z tego powodu żywił się jarzynami i owocami w wielkich ilościach. Pił herbatę z wodą i przed każdym jedzeniem przyjmował 10 kropeł *lincturae albis*.

Oto postępowanie w zmniejszeniu wagi ciała:

21 marca	ważył	235 funtów
23	" "	234 "
24	" "	235 "
25	" "	233 "
26	" "	231 "
23 kwietnia	" "	213 "

W tym czasie autor pozwolił choremu bulion nie tłusty, kawę po śniadaniu. Taka dyeta była zachowana do 30 czerwca; w tym czasie chory ważył 189 funtów. Od 30 czerwca do 10 sierpnia dyeta była mniej surowa, gdyż chory bawił na wsi; wszelako wrócił do Paryża z utratą wagi ciała do 178 funtów. W dalszym ciągu chory przy mniej ścisłej diecie stracił jeszcze kilkanaście funtów.

W 9 przeto miesięcy chory stracił 72 funty. Zauważyć jeszcze należy, że pod wpływem leczenia odtłuszczającego stan ogólny znakomicie się poprawił, jak również wszystkie czynności ustroju.

Tak pomyślne wyniki autor otrzymał i w kilku innych przypadkach otyłości znacznego stopnia.

Po odtłuszczeniu za pomocą niedostatecznego żywienia, chory winien zachowywać lżejszą dietę i często się ważyć i stosownie do wagi ciała zmniejszać lub zwiększać ilość pokarmów.

W końcu autor robi kilka uwag, dotyczących leczenia otyłości za pomocą hydroterapii, za pomocą kąpieeli tureckich, wód mineralnych, ćwiczenia ciała i niektórych leków.

Co do hydroterapii, autor nigdy nie widział wyniku dodatniego.

Co do kąpieeli tureckich, i tym autor nie przypisuje żadnego znaczenia.

Na pytanie, czy wody mineralne mogą spowodować odtłuszczenie, autor odpowiada twierdząco, lecz, zdaniem autora, tylko pośrednio, t. j. o ile działają czyszcząco, gdyż wywołują wówczas szereg niestrawności; same zaś przez się nie mają żadnego wpływu na otyłość⁶⁾. Poprawy, jakie się widzi po leczeniu zdrojowem, zależą często, zdaniem autora, od złej kuchni w wielu zdrojowiskach zagranicznych (?).

Ćwiczenia fizyczne nie dają szczególnych rezultatów. Teoretycznie ćwiczenia fizyczne zwiększają rozchody ustroju, lecz w rzeczywistości nierzadko się widzi, że pod wpływem ćwiczeń fizycznych łaknienie się zwiększa, chory więcej przyjmuje pokarmu i bardziej tyje. Dla działania odtłuszczającego należałoby ćwiczenia doprowadzić do wysiłku, a wysiłek nie może być nigdy pożyteczny.

Z leków może być tylko mowa o tyroidyne, którą autor odradza. Niewątpliwie, że lek ten odtłuszcza niekiedy, lecz wyborne wyniki, jakie widziano, najczęściej zależały od współczesnego niedostatecznego żywienia. Najczęściej le-

⁶⁾ Na powyższy pogląd autora w żaden sposób zgodzić się niepodobna. Nie jest wcale koniecznym warunkiem skutecznego działania wód mineralnych przy otyłości ich działanie czyszczące. Kiscu w Maryenbadzie wielokrotnie się przekonał, że odtłuszczenie przy picciu wody maryenbadzkiej odbywało się i wtedy, gdy woda ta nie wywierała wybitnie czyszczącego działania. Przy picciu solanek, a między innymi i ciechoecińskiej, otrzymuje się zupełnie zadawalniające wyniki w otyłości, pomimo to, że solanki te najczęściej nie działają czyszcząco (Przypisek sprawozdawcy).

czenie za pomocą tyroidy pozostaje bez skutku, jest często niebezpieczne, a nawet przy nieumiarkowanym użyciu może się przyczynić do śmierci.

W końcu autor robi wielce praktyczną uwagę, że skutki leczenia otyłości nie tyle zależą od lekarza, ile od energii chorego.

(*La semaine médicale. Nr. 11. 1901.*)

F. Arnstein.

56. ALBERT. **O stosowaniu wstrzykiwań podskórnych roztworu żelatyny.** W drezdeńskim Towarzystwie Ginekologicznym dnia 18. X. 1900 ALBERT wypowiedział ciekawy odczyt kazuistyczny, dotyczący spostrzeżenia kolosalnego włókniaka macicy oraz stosowania podskórnego wstrzykiwania roztworu żelatyny.

Do kliniki ginekologicznej zgłosiła się 36-letnia pacjentka, która rodziła troje dzieci pomyślnie, następnie zaś odbyła dwa porody przedwczesne w 7 miesiącu ciąży. Po ostatnim porodzie przedwczesnym w roku 1895 zauważyła, że brzuch stale się powiększa. Od sześciu miesięcy brzuch coraz to więcej rośnie oraz kończyny dolne puchną, przy równoczesnej duszności oraz osłabieniu ogólnym, rozwolnieniu oraz zbyt częstym popędzie do oddawania moczu. Od owego też czasu peryody stały się nieregularnymi oraz bardzo obfitymi. Skonstatowano wycieńczenie oraz bezkrwistość znacznego stopnia. Przepona piersiowa była przemieszczona ku górze, obwód brzucha największy wynosił 112 centymetrów na wysokości pępka. Wymacano w brzuchu guz kulistego kształtu o nierównej konsystencji. Guz był mało ruchomy i zdawał się przylegać do prawostronnej ściany brzusznej. Szyja maciczna stała bardzo wysoko i okazała się odepchniętą ku tyłowi. Z powodu osłabienia chorej zaniechano badania pod narkozą, rozpoznano przypuszczalny wielokomorowy torbielak jednego jajnika. Przy cięciu brzuszem, dnia 3. IX. dokonaniem, ALBERT znalazł bardzo wielki włókniak maciczny, sięgający aż do wątroby; z powodu lokalizacji swojej włókniak ten uniósł oba *parametria* ku górze, szczególnie prawostronne *parametrium* sięgało aż do wątroby. Po kilkakrotnem powiększeniu rany brzusznej nareszcie udało się wyłonić guz z brzucha, przyczem dopiero pokazało się, że jest to włókniak maciczny, wychodzący z tylnej jej ściany. Po nałożeniu podwiązki elastycznej na osadę guza czyli, dolną część macicy, amputowano ją i kikut wszyto do rany brzusznej. Trudna bardzo operacja trwała aż półtorej godziny. Pomimo, że utrata krwi nie była zbyt wielka, dla ostrożności wstrzyknięto zaraz podskórnie 750 gramów roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Guz ważył 29 i pół funta i okazał się włókniakiem w stanie rozpoczynającego się obumarcia. Zwyrodnienia mięsakaowego nie skonstatowano. Stan chorej powoli się poprawiał, przy tętnie około stu uderzeń na minutę oraz często powtarzanych podskórnych wstrzykiwaniach roztworu soli kuchennej. Raz jeden ciepłota podniosła się do 38°C. Przy piąszej zmianie opatrunku dnia 6-go rana wyglądała dobrze. ALBERT jednakowoż z obawy krwotoku kiszkiowego parenchymatycznego znów nałożył opatrunek uciskowy. Krwawienia takie zdarzają się po usunięciu wielkich guzów z jamy brzusznej. Rana zagoiła się *per primam intentionem* i wszystko szło dobrze, gdy nagle 16-go dnia po operacji, gdy dawno już takiej komplikacji się nie obawiano, wystąpił krwotok kiszkiowy. Tętno podniosło się do 140 uderzeń na minutę, z odbytnicy wydzielały się naprzód znaczne masy śluzowate, potem krew i to w coraz większej ilości. Chora nagle osłabła, nastąpiła zapuść i tętno zaledwie jeszcze wymacano. Wstrzykiwania podskórne roztworu soli i kamfory zdawały się pozostawać bez skutku pożądanego, nareszcie ALBERT zdecydował się wobec rozpaczliwego stanu operowanej na ostatni środek, na podskórne

wstrzyknięcie roztworu żelatyny, mianowicie roztworu żelatyny i soli kuchennej w wodzie destylowanej w stosunku 10 : 6 : 1000. Początkowo wstrzyknął on 100 sześciennych centymetrów tego płynu, po upływie sześciu godzin 50 sześciennych centymetrów, a później jeszcze dwa razy taką ilość. Krwawe stolce ustaly stan chorej się poprawił i po czterech tygodniach operowana opuściła łóżko. Opierając się na spostrzeżeniu własnem, ALBERT radzi, aby operator miał roztwór taki w pogotowiu i aby go wstrzykiwał zaraz przy pierwszych oznakach hyperemii kiszki, przy odchodzeniu mas śluzowych *per rectum*, na który to objaw autor w swoim przypadku zapóźno zwrócił uwagę. LANCEREAUX w Paryżu wstrzykiwał od razu do 250 cent. kub. i co 6 godzin dawał nowe wstrzykiwanie 50 kb. cent. Podawanie pokarmu, zawierającego żelatynę, podług ALBERT'a, nie może mieć wpływu żadnego, ponieważ żelatyna w żołądku traci działanie specyficzne powiększania skłonności krwi do krzepnięcia.

(Referent tylko raz jeden widział krwotok kiszkowy i to śmiertelny przy sekcyi po owaryotomii, której dokonał ś. p. Profesor SCHROEDER w Berlińskiej klinice uniwersyteckiej, w czasie gdy referent wr. 1882 był wolontaryuszem w tejże klinice. Wtedy to daremnie szukano przy sekcyi przyczyny tego krwotoku. Chora zmarła pomimo aseptycznego dokonania operacyi, pomimo, że cała operacya poszła jak najskładniej i że ani mowy nie mogło być o skaleczeniu kiszki, którego też przy sekcyi daremnie szukano. Dopiero wiele lat później ujawniono przyczynę takich krwotoków kiszkowych po operacyach, dokonanych na organach płciowych kobiecych wewnętrznych. Aczkolwiek tego rodzaju komplikacya pooperacyjna zdarza się rzadko tylko, jednak trzeba się liczyć z tem, że zdarzyć się może i dla tego zreferowanie pouczającego spostrzeżenia ALBERT'a zdawało się referentowi na miejscu).

(*Centralblatt fuer Gynaekologie* 1901. Nr. 16). *Dr. Neugebauer.*

57. C. BINZ. **Zawartość rozpuszczonego żelaza w naturalnych wodach żelazistych.** Zauważywszy, że większa część żelaza osiadła na wewnętrznej powierzchni flaszki, napełnionej naturalną wodą żelazistą, prof. BINZ sprowadził sobie kilkanaście flaszek, napełnionych taką wodą, z dwóch składów wód mineralnych, jakoteż bezpośrednio ze źródeł. Analiza wykazała, że znaczna część żelaza wydziela się z wody i osadza na ścianach naczyń, a utrata ta wynosiła od 15 do 97% całej ilości zawierającego się w wodzie żelaza. W jednej tylko flasce strata wynosiła 1,5%, a w trzech 15—20, w reszcie zaś od 57 do 97%. W wodzie tej żelazo zawiera się pod postacią węglanu, rozpuszczającego się przy nadmiarze kwasu węglanego; w miarę ulatniania się kwasu węglanego a przystępu tlenu sole żelaziste utleniają się i jako nierozpuszczalne osiadają na ścianach flaszek. Wobec tego badał BINZ ilość CO₂, zawierającego się we flaszkach, przyczem przekonał się, że w porównaniu z analizami urzędowymi strata wynosiła 35—75%. Doświadczenia te, daleko lepiej tłomaczące słabą działalność wód mineralnych, pitych zdala od źródła, niż nieobecność „ducha źródłanego“ (Brunnengeist), zniewolić powinny zarządy wspomnianych wód mineralnych do dokładnego napełniania i korkowania flaszek w ten mianowicie sposób, aby żelazo przynajmniej w ciągu roku pozostawało w stanie rozpuszczonym, w przeciwnym bowiem razie wody te nie mogą mieć leczniczego znaczenia.

(*Deut. med. Woch.* 1901. Nr. 14).

L. W.

58. K. LEWIN. **Ciepło jako środek do rozpoznania obecności ropy.**

Ogólnie się przypuszcza, iż w ostrych zapaleniach stosowanie ciepła wpływa kojąco na ból. Autor jednak przekonał się, iż nie zawsze tak jest, i że w za-

paleniach ostrych pochodzenia zakaźnego ten sposób leczenia wpływa rozmaicie, zależnie od tego, czy ma się do czynienia ze sprawą ropną, czy nie.

Według autora, każdy raz gdy w podobnym przypadku użycie ciepła zwiększa bóle, mamy do czynienia ze sprawą ropną; gdy zaś ból ustępuje lub przynajmniej widocznie się zmniejsza, jest to oznaką, iż nie ma ropy. Ten fakt ma być do tego stopnia stały, iż autor nie waha się przypisać mu znaczenia rozpoznawczego zależnie od tego, jak zachowują się bóle pod wpływem ciepła w ostrym stanie zapalnym pochodzenia drobnoustrojowego.

Znaczna liczba spostrzeganych przez autora przypadków zdaje się usprawiedliwiać ten sposób widzenia. Tak np. w pewnym przypadku obrzęku kolana w następstwie róży autor mógł od pierwszego dnia rozpoznać obecność ropy, opierając się na podanej wyżej zasadzie, i to pomimo przeczącego wyniku próbnego nakłucia: nacięcie, wykonane na drugi dzień, wykazało istnienie ropówki okołostawowej.

Powyższy jednak środek rozpoznawczy zdaje się być nadewszystko pomocny do rozpoznania przyrody zapalenia wyrostka robaczkowego. Otóż, według autora, lekarz od pierwszego dnia może rozwiązać to pytanie, dzięki temu, jak chory oddziaływa na ciepło. Na 10 osobników, dotkniętych zapaleniem wyrostka, u których autor rozpoczął leczenie od stosowania przez 1-2 godziny ciepłych okładów, nie uciekając się do wewnętrznego użycia środków kojących, 8 doświadczyło znacznej ulgi, gdy dwaj inni doświadczyli znacznego zwiększenia bólów. U pierwszych cierpienie przeszło samo przez się w ciągu 15 do 21 dni. Przeciwnie, u dwóch ostatnich musiano, po bezskutecznych próbach leczenia wewnętrznego, uciec się do operacji i u obydwóch stwierdzono obecność ropy.

Ten sam, wreszcie, środek rozpoznawczy był również sprawdzony w 3 przypadkach zapalenia okołomacicznego, a Spornik stwierdził go w 15 przypadkach również zapalenia wyrostka robaczkowego.

Jest więc niezaprzeczonem, że gorące okłady wywołują zawsze albo znaczne bardzo zmniejszenie, albo nie mniej wyraźne zwiększenie bólów. Należy tylko, aby mózż ocenić ich działanie w każdym przypadku, stosować je bez użycia jakiegokolwiek innego środka kojącego i nie uprzedzać chorego o ich znaczeniu rozpoznawczem, gdyż obawa operacji może wywołać fałszywe odpowiedzi.

(*La semaine medicale*. Nr. 3. 1901).

59. F. FOERSTER. **Wyskok i pedyatria.** Od 10 dopiero lat, gdy DEMME w 1891 r. wystąpił ze swą pracą „O wpływie wyskoku na ustrój dziecięcy”, dowiedzieli się lekarze, że tak bardzo zachwalany dawniej jako środek wzmacniający wyskok — jest trucizną dla dzieci. Pomimo licznych prac w tym kierunku, które od owego czasu wzbogaciły literaturę, dotychczas jeszcze wyskok w różnych swych postaciach zalecany bywa przez lekarzy, jako środek odżywczy lub wzmacniający, a jeszcze częściej zupełnie bez poradzenia się lekarza stosuje go publiczność.

Wyskok do ustroju dzieci różnemi dostaje się drogami; więc przedewszystkiem już z pokarmem matki pijaczki wchłania go ssawiec. Matka pija napoje wyskokowe bądź z przyzwyczajenia, bądź w najlepszych zamiarach — powiększenia ilości wydzielanego mleka. Następnie matki, mamki i niańki bardzo często uspokajają krzyk dzieci przez podanie im lyku wina, piwa lub kilku kropel wódki. Starszym dzieciom pozwalają rodzice pijać raz lub dwa razy dziennie po szklaneczce piwa, kieliszku rozcieńczonego wina, a co dziwniejsze, że bardzo wielu lekarzy w dawniejszych i w obecnych jeszcze czasach zaleca te napoje jako bardzo pożyteczne dla zdrowia dzieci osłabionych, małokrwistych, zotłotyjących lub ozdrowieńców po innych chorobach. Niekiedy zawód rodziców

przyczynia się do rozpajania dzieci; widzimy to u potomstwa szynkarzy, restauratorów, piwowarów, składników win, miodu i t. p. Nieraz dzieci uboższych rodziców, jako też terminatorzy, przynosząc dla rodziców lub majstrów napoje wyskokowe z handlów, upijają z nich potrosze na ulicy i w ten sposób przyzwyczajają się z czasem do wyskoku. Również na zabawach, chrzcinach, weselach, stypach i t. p. podochoćeni rodzice dają dzieciom swym, nieraz niemowlętom, napoje wyskokowe w mniejszej lub większej ilości, ciesząc się następnie z ich stanu pijaństwa.

Ustrój dziecięcy bardziej jest wrażliwy od ustroju dorosłego na skutki pijaństwa; dla tego też obok ostrego otrucia wyskokiem, które u dzieci bardzo często objawia się drgawkami i porażeniami ważnych ośrodków mózgowych, widzimy jeszcze następujące skutki: marskość wątroby, marskość nerek, wyskokowe porażenie nerwów i t. d. Oprócz tych ciężkich chorób powoduje wyskok też objawy mniej niebezpieczne na razie, lecz zgubne wskutek długiego swego trwania i następstw, do tych należą: brak łaknienia, wstręt do mleka, nieżył żołądka i kiszki, małokrwistość, powstrzymanie wzrostu ciała, krzywica i t. d. Prócz tego wyskok silnie i szkodliwie oddziałuje na układ nerwowy dzieci; dzieci stają się drażliwe, kapryśne, niegrzeczne, nieuważne, tępieją pod względem umysłowym i słabną pod względem fizycznym. W końcu wyskok działa dziedzicznie, już to powodując dziedziczną skłonność ku napojom wyskokowym, już też wywołując wprost choroby u potomstwa, jako to: padaczkę, idyotyzm, porażenia, cierpienia umysłowe i t. d.

Ponieważ wyskok nie tylko nie ma żadnej wartości odżywczej, lecz wprost szkodliwie działa na ustrój dziecięcy, przeto wszelkimi siłami starać się trzeba o zupełne wyłączenie wszelkich napojów wyskokowych z diety dziecka; tylko jako środek leczniczy, na zasadzie wskazań lekarskich i rady lekarza można go stosować u dzieci pod postacią lżejszych gatunków piwa, miodu lub wina.

(*Ther. Monat. 1901. Heft 3*).

L. Wolberg.

60. B. MARFAN. Leczenie choleryny u dzieci. Metoda autora polega głównie na zastosowaniu u chorych dzieci „dyety wodnej“ przez 24—48 godzin, na podskórnych zastrzykiwaniach fizjologicznego roztworu soli kuchennej, (niekiedy z dodatkiem kofeiny i na ciepłych kąpielach, z dodatkiem gorczycy w niektórych przypadkach. Dyeta wodna składa się z czystej wyjałowionej wody ciepłej lub ostudzonej, bez żadnego dodatku. Autor na zasadzie doświadczenia przekonał się, że ssawcy zupełnie dobrze znoszą taką głodową kurację, jeżeli tylko podawać im będziemy wodę w dostatecznej ilości. W ciągu 24 godzin podaje się dziecku tyle wody, ile w czasie zdrowia powinno otrzymywać mleka, dla półrocznego przeto dziecka przeszło jeden litr (5—6 szklanek). Niekiedy dzieci nie chcą pić wody w większej ilości, w takim razie ograniczyć się należy do częstego podawania jej choćby tylko łyżkami. Celem takiej diety jest przerwanie spraw fermentacyjno-gnilnych w przewodzie pokarmowym, a zarazem usunięcie podrażnienia, powodowanego przez substancje białkowe i tłuszcze. Nadto woda gasi pragnienie, zapobiega zubożeniu organizmu skutkiem utraty wody, zwiększa wydzielinę moczu, przyspieszając w ten sposób wydalanie się jądów z ciała. Dodatek wyskoku, bulionu lub białka do wody działa szkodliwie, herbaty zaś lub cukru jest zbyteczny. Po 24 godzinach, jeżeli objawy żołądkowo-kiszkowe ustąpiły, próbujemy z wielką ostrożnością podawać dziecku co 4 godziny pierś na kilka chwil, lub też dajemy mu w tych samych odstępach czasu po 20 gramów mleka wyjałowionego z dodatkiem 40 gm. wody, w przestankach zaś—tylko przegotowaną czystą wodę. Powoli, jeżeli nie ma nawrotu, przechodzimy

do prawidłowego odżywiania. Jeżeli po 24 godzinach objawy trwają dalej, lub jeżeli nawrót występuje, to przedłużamy dyetę wodną na dalszych 10—12—24 godzin. Jednocześnie zastrzykujemy dziecku pod skórę brzuszka 10—30 ctm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, bardzo wolno, aby uniknąć wylewów krwawych, powtarzając takowe zastrzykiwanie 2—3 razy w ciągu doby. Zastrzykiwania można robić przez 3—4 dni, potem należy przerwać je na 5—6 dni i znów je robić, jeżeli okaże się jeszcze potrzeba. Podniecają one układ nerwowy, poprawiają krążenie krwi, zwiększają diurezę i wskutek tego przyspieszają wydalanie się jądów. Pod wpływem zastrzykiwań tętno staje się pełniejsze, oddech równiejszy i głębszy, oko nabiera ruchliwości i blasku, szaro-niebieskawe wargi różowieją, kończyny rozgrzewają się, a ciepłota ciała nieco podwyższa się. Potem występuje obfite wydzielanie się moczu. W razie grożącej zapaści dodajemy do powyższego roztworu nieco kofeiny: Rp. *Coffeini citrici vel benzoici* 0,75; *Natrii chlorati* 2,4; *Aquae* 300,0.

Roztwór ten działa pobudzająco na serce i nerwy. Kąpiele o ciepłocie 35—36° C., trwające po 5—10 minut i powtarzane 2—4 razy na dobę, z dodatkiem gorczycy w razie grożącej zapaści, bywają stosowane jednocześnie z powyższem leczeniem. Koją one nerwy, wywołują sen, regulują ciepłotę i zwiększają diurezę. Gorczyca zaś silnie pobudza układ krwionośny. Przepłukiwań żołądka i kiszek nie należy robić, wywołują one bowiem w cholerynie — zapaść i drgawki. Środki przeciw rozwolnieniu (*benzonaphthol*, betol, salol, *magisterium bismuthi*, *acidum lacticum*, *tanninum* i opium), podobnie jak pobudzający wyskok są zbyt szkodliwe w pierwszym okresie tej choroby. Dopiero po ustaniu objawów cholerycznych, gdy trwa jeszcze osłabienie chorego i zwykłe rozwolnienie, radzi autor kilka razy dziennie podawać po tyżeczce następującej mikstury: *Benzonaphtholi* 1,0, *Bismuthi subnitrici* 2,0, *Tincturae Colombo* 5,0, *Tincturae Catechu* 10,0, *Mucilaginis gummosae* 80,0, S. wstrząsnąć przed użyciem.

Przy uporczywym rozwolnieniu podaje się 0,25 tannigenu w wodzie lub w mleku, 2—4 razy dziennie lub ponownie stosuje się dyetę wodną przez 10—12 godzin. Kalomelu unika MARFAN u dzieci, o ile możności; wcale go nie daje dzieciom, nie mającym jeszcze pół roku, u starszych zaś nie przekracza dziennej dawki 0,04, a to z obawy wywołania dyzenteryalnych rozwolnień.

(*La presse médicale*. 1900. Nr 61).

L. Wolberg.

61. L. HOFBAUER. Nowy sposób postępowania dla zabezpieczenia kroczu podczas okresu wydalania płodu.

Wiadomo, iż zwykły sposób postępowania, polegający na podtrzymywaniu najpierw główki płodu i na następnem skierowaniu jej tak, aby zwiększyć rozgięcie, nie zawsze zapobiega pęknięciu części miękkich. Dla tego też autor wymyślił inny sposób, który zdaje się skuteczniej zabezpieczać krocz.

Położywszy prawą rękę na płask na kroczu, tak aby wędzidelko było widoczne, wywiera się, jak zwykle, ucisk z przodu w tył, aby odsunąć główkę jak można dalej od kroczu. Potem, gdy rozciągnięcie obrączki sromu doszło do znacznego stopnia, i tylny kąt dużego ciemiączka zaczyna się pokazywać w sromie, ręka obejmująca główkę w sromie, nadaje tej ostatniej obrót koło 40° w prawo lub lewo, zależnie od położenia płców.

Rękoczyn ten oswobadza najbardziej rozciągnięte i zagrożone części kroczu i umiejscawia *maximum* ciśnienia na boki wylotu sromu, które dotąd były pod dość słabem ciśnieniem; ułatwia on przytem krążenie krwi w kroczu, co mu przywraca znowu jego miękkość i sprężystość.

Autor posługuje się tym samym sposobem i przy nałożeniu kleszczy. Po wyprowadzeniu główki sposobem zwykłym, usuwa się kleszcze w chwili, gdy przednie ciemiączko przebywa wylot sromu, i wykonywa ręczny obrót powyżej opisanym sposobem.

Ten sam sposób można również zastosować i w przodujących poślądkach. Wskazującym i średnim palcem ręki, położonej na szyi płodu dla rękoczynu MAURICEAU, nadaje się główce obrót w chwili, gdy czoło przechodzi przez wylot sromu; zabieg ten ułatwia wskaziciel drugiej ręki, oparty na dolnej szczęce.

(*La semaine médicale* Nr. 6, 1900).

St. Koston.

62. ADLER. **O stosunku mózdzku do rozsianej sklerozy mózgu.** Autor wskazuje na istniejący związek mózdzku z rozsianą sklerozą mózgu, opierając się na podanym przez FERRIER'a fakcie, że po zupełnem usunięciu mózdzku u zwierząt dowolne ruchy przyjmują charakter drżenia analogicznego z drżeniem przy stwardnieniu mózgu oraz na notowanych w szeregu przypadków zaniku mózdzku, drganiu gałek ocznych (*nystagmus*) i skandowanej mowie, kardynałnych objawach, jak wiemy, sklerozy. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że zaburzenia ruchowe w stwardnieniach noszą mniej cechy drżenia, niż chwiejności, odpowiadającej ataksji przy atrofii mózdzku, to obraz kliniczny rozsianego stwardnienia w głównych zarysach sprowadza się do utraty czynności mózdzku skutkiem uszkodzeń dróg mózdzkowych w rdzeniu przedłużonym. Jeżeli przyjmiemy, że mózdzek posiada hamujący wpływ na odruchowy *tonus (reflexotonus)*, to drżenie, drganie gałek ocznych i skandowana mowa łatwo tłumaczą się utratą działania mózdzku na dowolne ruchy. Tak, np., przy wyprostowaniu ręki mózg daje impuls do skurczu rozginaczy przedramienia; rozginanie pośląga za sobą rozciąganie zginaczy przedramienia, które, dzięki działalności ośrodka odruchowego, również kurczyłyby się. Następstwem tego byłoby utrudnienie dowolnych ruchów, które wzmagałoby się w miarę zbliżania się ręki do celu, (im większe rozciąganie zginaczy, tem silniej działa *reflexotonus*). Normalnie temu zaradza regulujący wpływ mózdzku, tłumiąc odruchy. Tak samo tłumaczy się powstawanie drgania gałek ocznych i skandowanej mowy.

(*Deutsche med. Woch.* 1901. Nr 8).

Grosman.

63. L. LEWIN. **Sposoby uniknięcia wymiotów zależnych od chloroformowania.** Autor jest zdania, iż wymioty przy chloroformowaniu zależą od podrażnienia śluzówki żołądka. Należy bowiem zauważyć, że jedynie tylko pierwsze kłęby chloroformu przenikają wyłącznie do płuc; uczucie zaduszania, doświadczane przez chorego, wywołuje szereg ruchów połykowych, dzięki czemu chloroform zostaje wprowadzony do żołądka pod postacią pary lub rozpuszczony w ślinie, wydzielającej się obficie wskutek podrażnienia śluzówki jamy ustnej. Co więcej, chloroform, wydzielając się przez gruczoły żołądka, nie przestaje drażnić śluzówki żołądka nawet i po uspieniu.

Wychodząc z tego założenia, autor sądzi, iż dla uniknięcia wymiotów należy się starać o zniweczenie miejscowego działania chloroformu na śluzówkę żołądka. Można to osiągnąć albo znieczuleniem nerwów, przyjmujących udział w odruchu, albo lepiej pokryciem śluzówki żołądka za pomocą substancji zdolnych mniej lub więcej przeszkodzić bezpośredniemu zetknięciu się chloroformu ze ścianami żołądka.

Dla miejscowego znieczulenia żołądka autor poleca wprowadzenie do żołądka przed chloroformowaniem kokainy, w dawce nieszkodliwej, rozpuszczonej w dość znacznej ilości wody, aby lek nasycił śluzówkę na dużej przestrzeni. 300

do 500 cent. sześć. 0,01 lub 0,02% roztworu kokainy zdaje się zupełnie odpowiadać tym wskazaniom. Na przypadek można podawać ten roztwór i po uspieniu.

Z drugiej strony można osłonić śluzówkę żołądka bezpośrednio za pomocą pewnych obojętnych przetworów śluzowych, które, dzięki swej lepkości i słabej zdolności przenikania, mogą długo pozostawać w zetknięciu z powierzchnią, którą nasycają. W tym celu można się posiłkować, np., 50% klejem z gumy arabskiej, odwarem kłąbów storczyku (1,0-2,0: 100,0), lub mchu irlandzkiego (3,0-5,0: 500). Chory powinien wypić sporą ilość jednego z tych przetworów na kilka godzin przed operacją. Najważniejszym zaś jest zapewnić rozprzestrzenienie się powłoki zabezpieczającej na całej, o ile to jest możliwe, powierzchni błony śluzowej żołądka, i w tym celu autor poleca, aby chory, leżąc już na stole operacyjnym, wykonał kilkanaście razy zmianę położenia.

(*La semaine médicale*, Nr. 4, 1901).

St. Rostan.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie z dnia 4 czerwea r. b.

TREŚĆ: 1) ZABOROWSKI St. — przedstawienie chorej z ciałem obcym w jamie brzusznej. 2) FABIAN — „O kilku nowszych badaniach w psychiatrii“.

1) Kol. ZABOROWSKI przedstawił chorą lat 24, która w końcu grudnia r. z., jak twierdzi, siadając na łóżko, nadziała się na zatknięte w materacu pióro, tak że drewniany trzonek utonął w pęcherzu. Badanie cystoskopowe, przedsięwzięte po paru dniach, ciała obcego nigdzie nie wykryło. Chora była w ciąży. W czerwcu urodziła zdrowe dziecko. Już przed rozwiązaniem zauważono, że obok macicy po prawej stronie leży długie cienkie ciało, opierające się jednym końcem o ścianę brzucha. W tydzień po porodzie stwierdzono nacieczenie z prawego boku macicy w łączności z nacieczeniem, otaczającym owe ciało obce. Wierzchołek wypuklenia obok pępka przecięto i wydobyto drewnianą obsadzkę od pióra grubości 7 mm., szerokości 18 cm. Dolny koniec pokryty był kałem i niezna, czną ilością ropy. Chora ma się dobrze.

2) Kol. A. FABIAN mówił „O kilku nowszych metodach badania w psychiatrii“. Po krótkim wstępie, w którym mówca zaznaczył niezwykle szybki rozwój nowoczesnej psychologii, oraz wskazawszy jako punkt wytyczny, że postęp ten psychologia zawdzięcza przedewszystkiem zmianie metody badania (dawniej obserwacja wewnętrzna, dziś metoda doświadczalna), uwydatnił olbrzymi wpływ WUNDT'a na psychologię fizjologiczną. Pod wpływem tego badacza powstaje badanie indukcyjne i wnioskowanie analityczne. Rozbito dawniejsze t. zw. władze duszy na proste pierwiastki psychiczne. Wprawdzie psychologia WUNDT'a t. zw. apercypcyjna, pod wpływem MÜNSTERBERG'a i psychologów duńskich zamienia się już powoli na skojarzeniową — asocyacyjną, ale obie szkoły są doświadczalnie psychologicznymi.

Obecnie zaczęto prócz prostej obserwacji posługiwać się rozmaitymi nieraz nadzwyczaj ścisłymi przyrządami. Metoda graficzna uwydatnia przedewszystkiem ruch — wyraz zewnętrzny spraw duchowych. Wyniki badań psychologicznych odbiły się na nowoczesnej pedagogice. Badania psychometryczne nad znużeniem uczniów, wytrzymałością w pracy i t. p. stały się przedmiotem rozległych prac we wszystkich krajach.

Podobne sposoby badania w klinice psychiatrycznej napotykają wiele trudności. Najpierw zamiast dobrowolnego i rozumnego osobnika mamy obłąkanego, od którego niepodobna wymagać rozumnych odpowiedzi. Wszakże KRAEPELIN, SOMMER i inni czynią dość pomyślnie próby w tym kierunku.

Dalej prelegent przedstawił wyniki badań prof. LEHMAN'a z Kopenhagi dokonanych przy pomocy stosowania spólcześnie sfigmo- i pletysmografu do kreślenia spólczesnego tętna i obwołu kończyny pod wpływem różnych bodźców zmysłowych i umysłowych, hipnozy i tlenu etylu. Oprócz tego przedstawił atlas, złożony z 68 tablic cynkotypowych, wydany przez tegoż LEHMAN'a.

Wreszcie mówca opisał szczegółowo i objaśnił t. zw. multiplikator prof. SOMMER'a z Giesen; przyrząd ten sam zapisuje odruchy kolanowe; dalej mówca opisał przyrząd do badania rozszerzalności oraz szybkości rozszerzenia i zwężenia źrenicy oraz dwa przyrządy do badania drobnych ruchów mięśniowych ręki i nogi, które w ogólnym zewnętrznym wyrazie stanu duchowego mają także znaczenie „fyzjognomiczne“ podług wyrażenia SOMMER'a.

Mówca przyrzekł w oddzielnym odczycie przedstawić metody i wyniki badań nad pismem zdrowych i obłąkanych, nad siłą mięśniową, badaną za pomocą ergografu, tudzież szczegółowe poszukiwania nad pamięcią, wolą, skojarzeniami i wogóle poszczególnymi dziedzinami inteligencji według zasadniczego szematu RJEGER'a, KRAEPELIN'a i ZIEHEN'a.

St. Koczyński.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu d-r Hess przedstawił 12-letnią chorą w okresie zdrowienia po przebytem podostrem zapaleniu symetrycznym nerwów pochodzenia zakaźnego. Ojciec chorej, alkoholik, zmarł wskutek udaru mózgowego, matka i rodzeństwo zdrowe. Chora często zapadała na niezbyt kiszek, a przed trzema miesiącami bez żadnej widocznej przyczyny uległa porażeniu kończyn dolnych; jednocześnie stwierdzono znaczne osłabienie mięśni grzbietu i rąk, porażenie prawego nerwu twarzowego, bez zaburzeń ze strony pęcherza i kiszeki prostej. Po upływie czterech tygodni prof. MENDEL znalazł: bezład kończyn dolnych, brak odruchów kolanowych, oddziaływanie źrenic prawidłowe i wyraźny niedowład prawego nerwu twarzowego. W szóstym tygodniu choroby objawy były następujące: niedowład obydwu kończyn dolnych, osłabienie *m. quadriceps femoris, tibialis ant., extens. digitorum communis*, brak bezładu i zaburzeń czucia tudzież zmian odżywczych i naczynioruchowych; brak odruchów kolanowych pozostał. Odczyn elektryczny w zakresie nerwów udowego i strzałkowego występuje słabo, tylko po zastosowaniu bardzo silnych prądów; odczynu zwyrodnienia brak. W kończynach górnych istniała pewna niezręczność w ruchach palców (lecz nie bezład). Niedowład nerwu twarzowego znikł zupełnie; pozostałe nerwy czaszkowe nietknięte. Odczyn nerwów twarzowych obudwu na prąd stały i przerywany zmiesiony. Po trzymiesięcznym trwaniu choroby chora chodzi doskonale, odruch kolanowy nie powrócił, obydwie nerwy twarzowe w poprzednim stanie. Dodać należy, że przez cały czas choroby chora nie doznawała żadnych bólów, objawu ROMBERG'a również nie było nigdy. Z powodu braku zaburzeń czucio-

wych, beziadu i objawu ROMBERG a mówca wyłącza *neurorabes periphericu*, nie zgadza się na przypuszczenie zapalenia rogów przednich (*poliomyelitis*), twierdzi zaś, że w danym przypadku istniało zapalenie nerwów obwodowych; ponieważ porażenie rozwijało się symetrycznie, napadowo, nie było objawów ze strony pęcherza i kiszki prostej, nie spostrzegano żadnych zmian w odżywianiu, nareszcie zmiany w nerwach twarzowych, które już dawniej były spostrzegane (REMAK, BERNHARDT i HÖSSLIN); prócz tego w zapaleniu rogów przednich oddziaływanie elektryczne ulega zmianom wraz z powiększaniem się zaników, w zapaleniu zaś nerwów zmiany oddziaływania elektrycznego trwają dłużej, niż zmiany odżywcze. Przyczynę cierpienia w danym przypadku autor upatruje w samozatruciu przez przewód pokarmowy u osobnika z osłabionym dziedzicznie układem nerwowym.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Würzburgu d-r J. MÜLLER zdawał sprawę ze swych doświadczeń nad tem, jak daleko sięga trawienie krochmalu w jamie ustnej i w żołądku człowieka. Badania BOAS'a i EWALD'a wykazały, że kwas solny, zawarty w soku żołądkowym, kładzie kres działaniu amylolitycznemu ptyaliny. Mówca sprawdzał działanie śliny na krochmal z zastosowaniem nowej metody i znalazł, że ślina prawie zawsze posiada wybitne działanie amylolityczne, pod wpływem którego rozpuszczeniu ulega 50%—80% krochmalu, w niektórych zaś przypadkach cała użyta ilość krochmalu (100%) została rozpuszczona. Największą odsetkę rozpuszczonego krochmalu znajdowano w żołądku bezpośrednio po spożyciu pokarmu, później znajdowano go co raz mniej, ponieważ węglowodany rozpuszczone wcześniej opuszczają żołądek, niż nie rozpuszczone. Po zatem dokładne żucie pokarmu wywiera także znaczny wpływ na przebieg sprawy rozpuszczania krochmalu, natomiast tak często zaznaczany wpływ kwasu na tę sprawę jest bezwarunkowo mniejszy, niż jak by tego należało oczekiwać, a w sporej ilości przypadków trawienie krochmalu było bardzo dobre bez względu na nadkwasotę soku żołądkowego. Zdawałoby się, iż okoliczność ta przemawia za tem, że amyloliza zaszła bardzo daleko, zanim sok żołądkowy wywarł na tę sprawę swój wpływ hamujący. Wyniki tych badań najzupełniej zgadzają się z doświadczeniami WEINSTEIN'a i B. LEHMANN'a, którzy znaleźli, że działanie amylolityczne śliny jest rozległe i szybkie. Oczywiście więc działanie to jest znacznie większe, aniżeli, jak dotychczas sądzono, i nie wiele ustępuje działaniu soku trzustkowego.

Ten sam mówca przedstawił następnie preparat raka włóknistego żołądka (*scirrhus*); za życia rozpoznawano u chorego zwężenie przelyku. Chory 48-letni, który przez szereg lat skarżył się na gniecenie w okolicy podżebrowej prawej, nagle w styczniu r. z. dostał gwałtownego krwotoku; już przed kilku miesiącami miał mniejsze krwawienia, po których pozostało utrudnienie przelykania pokarmów stałych. Zgłębnik, wprowadzony do przelyku, napotkał przeszkodę w odległości 39 ctm. od siekaczy, aczkolwiek grubsza oliwka przeszła na głębokość 46 ctm., przypuszczano więc, iż doszła do żołądka. Jednak pomimo rzekomo łatwego zwyciężenia przeszkody, lykanie pokarmów stawało się co dzień trudniejsze do tego stopnia, że po upływie tygodnia chory mógł przelykać płyny tylko w bardzo małej ilości. Najlepiej udawało mu się w pozycji stojącej. Mówca, który kilkakrotnie wprowadzał zgłębnik choremu, nie mógł przejść poniżej 42 ctm. Na końcu zgłębnika nigdy nie było krwi, natomiast często powstawały skurcze przelyku, których nie zdołano usunąć nawet za pomocą eukainy. W okolicy żołądka nie wyczuwano żadnego guza; na dwa tygodnie przed śmiercią zjawił się

wolny płyn w jamie brzusznej, który kładziono na karb raka okolicy wpustu. Badanie zwłok wykazało rozszerzenie $\frac{2}{3}$ dolnych przełyku i rozlane nacieczenie rakowate żołądka, który, dzięki jednostajnemu skurczeniu się, stał się mniejszym o połowę i na całej przestrzeni twardym, niepodatnym. Na małej krzywiźnie znaleziono gwiazdowatą bliznę po wygojonym owrzodzeniu. Wpust żołądka swobodnie przepuszcza palec, natomiast okazało się, że na krzywiźnie małej, w pobliżu wpustu, wskutek pomarszczenia się narządu, utworzyła się fałda, wystająca do światła żołądka i nie przepuszczająca pokarmów stałych, zgłębnik zaś wpadał do utworzonej przez fałdę kieszeni. Nie można jednak przypuścić, żeby powyższa przyczyna stanowiła przeszkodę w przelykaniu płynów. Tu istotna przeszkoda polegała na stwardnieniu ścian i niezmiernie małej objętości żołądka, w którym mogło się zmieścić zaledwie 100 ctm. sz. płynu: przy każdej próbie łykania żołądek napełniał się natychmiast całkowicie, opróżniał się zaś bardzo wolno. Zdaje się, że podobne przypadki raka żołądka, dające powód do przypuszczenia zwężenia przełyku, są dosyć rzadkie. Rozpoznać je można tylko wtedy, kiedy, bez względu na istniejące połykania, udaje się łatwo przejść zgłębnikiem do żołądka, a po napełnieniu go płynem lub powietrzem nie otrzymuje się żadnego wypuklenia.

K. Z.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

A. Goldscheider u. P. Jacob „Handbuch der physikalischen Therapie“

T. I. Cz. I. Leipzig, Thieme, 1901 r.

Podręcznik fizycznych metod leczniczych.

Z okazji 70 rocznicy urodzin prof. d-ra ERNESTA VON LEYDEN'a grono współpracowników i wydawców z prof. d-rem A. GOLDSCHIEDER'em i docentem d-rem P. JACOB'em na czele poświęciło mu podręcznik fizycznych metod leczniczych, którego I tom części 1-ej opuścił już prasę. Podręcznik ów ma za zadanie:

- 1) unaoocnić technikę i dawkowanie fizycznych metod leczniczych,
- 2) dać oparte na nauce podstawy ich działania,
- 3) ustanowić wskazania i przeciwwskazania,
- 4) wyjaśnić stosunek tych metod do innych sposobów leczniczych,
- 5) dać przedmiotowy i krytyczny przegląd zdobytych do chwili obecnej doświadczeń i
- 6) omówić stosowanie w poszczególnych chorobach.

Tom I obejmujący 563 str. w formacie wielkiej 8-ki zawiera leczenie klimatyczne, pneumatoterapię, leczenie wzięwaniami, dalej balneo- i thalassoterapię, w końcu wodolecznictwo i termoterapię.

Każda z owych fizycznych metod leczniczych, z wyjątkiem leczenia wzięwaniami, które opisał prof. D-r J. LAZARUS, jest opracowana przez kilka wybitnych w danych kwestyach powag naukowych. I tak np. leczenie klimatyczne rozpada się na dwa wielkie działy: na leczenie klimatem nizinym i leczenie kli-

matem górskim. Historyczny wstęp do obydwu działów napisał prof. d-r PAGEL, klimatologiczną i fizyologiczną część 1-go działu opracował prof. RUBNER, 2-go prof. LOEWY, wreszcie, poszukiwania kliniczne nad klimatem i stacyami klimatycznymi 1-go działu prof. NOTHNAGEL, 2-go prof. EICHHORST.

Taki sam układ panuje i w opracowaniach wszystkich innych wyżej wymienionych metod leczniczych. Zarówno fizjologia ich, jak i strona kliniczna, opierają się na najnowszych, niekiedy nader interesujących i pouczających doświadczeniach i spostrzeżeniach. W dziale leczenia klimatem górskim znajdujemy wzmiankę o jednej z naszych stacji klimatycznych, Zakopanem, w dziale zaś balneoterapii wymienione są dwie takie miejscowości, a mianowicie, Szczawnica i Ciechocinek. W dziale termoterapii napotykamy opracowania nieznanych dotąd zupełnie sposobów leczenia za pomocą takich bodźców termicznych, jak: powietrze i słońce. Dzieło ozdabiają świetnie wykonane ryciny, przedstawiające albo przyrządy niezbędne do stosowania tych lub innych metod leczniczych, albo li też sam sposób ich stosowania. Szczególnie wiele tych rycin zawiera dział wodolecznictwa.

Wobec tego podręcznik ów posiada doniosłe znaczenie dla wszystkich wogóle lekarzy, szczególnie jednak dla tych, którzy zajmują się stosowaniem fizycznych metod leczniczych. Wielce pożądanymby było, aby pewne działy podręcznika, jak np. wodolecznictwo, z którym każdy lekarz-praktyk o tyle o ile powinien być obznajmiony, mogły być przyswojone naszemu językowi.

S. Ł.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— PICK zwraca uwagę na epikrytyczne zmniejszanie się kwaśności moczu w zapaleniu płuc włóknikowym, w 36—48 godzin po przełomie; jest to zjawisko prawie stałe. Niekiedy powstaje odczyn zasadowy moczu, trwający 1—2 dni i zależny od obfitego wydzielania się soli sodowych, spowodowanego wysysaniem się wysięku. (D. Arch. f. Kl. M. T. 68).

— GILBERT i GARNIER sądzą, że dusznica bolesna w stwierdzeniu tętnic bywa najczęściej pochodzenia mocznikowego, zjawia się u ludzi, cierpiących na śródmiąższowe zapalenie nerek i daje się skutecznie usunąć dyetą mleczną. Jest to nerwoból lub zapalenie nerwów (*neuritis*) spłotu sercowego, wywołane zatruciem krwi. Wszelkie inne postaci dusznicy bolesnej zależą również od zatrucia: tytoniem, kawą, herbatą, tlenkiem węgla, wreszcie niestrawionymi pokarmami. To samo dotyczy moczówki cukrowej, dny i choroby BASEDOWA. Zaburzenia spłotu sercowego mogą być często czynnościowe (nerwoból) lub opierać się na podwalinie

anatomicznej (rzeczywiste zapalenie nerwów). W postaci, zależnej od zatrucia, łatwo następuje poprawa, jeśli wszelako nastąpiły głębsze zmiany w nerkach, to rokowanie bywa nader niepomyślne. Leczenie powinno od samego początku polegać na dyecie mlecznej. (Presse med. 13. 10. 900).

— Splot słońcowy pozostaje, jak wiadomo, w związku z nerwami współczulnymi narządów miednicy tudzież obejmuje nerwy trzewowe (*splanchnici*), łączące się ze spłotem sercowym. Tą drogą BYRON ROBINSON objaśnia zjawiska zwrotne ze strony serca w cierpieniach narządów piciowych kobiety. Najwyraźniej uwydatnia się to w mięśniakach macicy: czynność serca staje się naprzód nieprawidłową, później rozwija się osłabienie serca oraz zwyrodnienie tłuszczowe. Również bicie serca w miesiączce i przerost tegoż w ciąży nie są niczem innym, jak zjawiskami odruchowymi. Zjawiska te ustają wraz z ustaniem przyczyny je wywołującej. Autor zaleca przeto, zwłaszcza w nowotworach narządów mie-

dnicznych kobiety, skierować leczenie przeciw przypadłościom sercowym, zanim one z czynnościowych przejdą w organiczne. (D. M. Zg. 2. 01).

= CROCHLOW spostrzegł zarażenie się zimnicą przez wodę do picia u żołnierzy garnizonu miasta G. na Kaukazie. Do r. 1899-go garnizon miał dobrą wodę źródlaną. W lecie t. r. źródło to zostało zalane przez wozbraną rzekę. Od tego czasu 28 żołnierzy (z liczby 45) zachorowało na zimnicę. (Wracz 29. 1900).

= Przypadki t. zw. duszniczy nerkowej (*asthma renale*) znane są oddawna. Mniej znany natomiast jest fakt, iż napady duszności występować mogą już bardzo wczesnie, gdy objawów nerkowych wcale jeszcze nie ma. Jest to rzecz bardzo ważna, ponieważ wobec należytego zrozumienia stanu chorego można przez stosowne leczenie zapobiedz rozwinięciu się zapalenia nerek. MAC ILWAINE opisał 3 tego rodzaju przypadki, nazywając je *asthma renale praecox*. Choroba powstaje tylko u ludzi starszych. Gdy więc u nich nagle, bez przyczyny, występują napady pozornej duszniczy nerkowej, należy pomyśleć o związku z cierpieniem nerek. (D. M. Zg. 3 — 01).

= MUSEHOLD czynił poszukiwania nad odpornością laseczników gruźliczych w wodach odpływowych, rzekach i uprawnej ziemi. W tym celu mieszał on wodę ze Szprei, z kanałów oraz nieczystości kanałowe z płwociną, zawierającą laseczniki. Również oblewał nieczystościami kanałowymi ziemię ogrodową, w którą zasadzono rzodkiewki. Doświadczenia wykonywał w ciemności, na świetle słonecznym i na miejscach, wystawionych na wszelakie wpływy atmosferyczne. Pewne części tych mieszanin, precedzone, centryfugowane, i rozpuszczone w wodzie wyjałowionej M. zastrzykiwał świnkom do otrzewny. W podobny sposób badano szlam pola irygacyjnego pewnego zakładu leczniczego dla chorych gruźliczych. Wynik licznych doświadczeń pozostaje w sprzeczności z znanymi dotąd poglądami na wpływ gnicia na jadowitość lasecznika gruźliczego. Zdaniem autora, odporność lasecznika w powyżej opisanych warunkach, pomimo całego szeregu szkodliwych dlań wpływów, pomimo mrozu, śniegu, deszczu, słońca, gnicia i t. p., jest taka sama, jak w płwocinie wysuszonej: laseczniki zachowują

swą zdolność wywoływania gruźlicy w ciągu wielu miesięcy. Dlatego też odkażanie płwociny jest warunkiem koniecznym. Najlepiej skuteczniejszą się ono przez zmieszanie z alkalią i następcze ogrzanie do ciepłoty wrzenia, zanim płwocina dostanie się do kanałów odpływowych. (Arb. a. d. kais. Ges.-Amte T. 17. 1900).

= PASTER opisuje przypadek choroby BASEDOW'a, połączony z tętnem powolnem (*bradykardia*). Choroba, trwająca od lat 20, przez pierwsze 8 lat cechowała się zwykłymi objawami obok spieszniejszego tętna (*tachykardia*). Stopniowo jednak wole zaczęło się zmniejszać, a tętno zwalniać. Przy wzmagającej się apatii chora zmalała. Oględziny pośmiertne wykryły mocno zanikły gruczoł tarczowy z uaciakiem okrągłokomorowym, przerost i rozszerzenie lewej komory serca. (D. M. Zg. 6—01).

= HINSHELWOOD stosował z dobrym skutkiem antypirynę w chorobie BASEDOW'a i na dowód przytacza kilka typowych przypadków, w których wszystkie objawy stopniowo zniknęły. Zaczynał od dawki 0,3 i dochodził zwolna do 2,0 trzy razy dziennie. Wszystkie przypadki należały do wczesnych; pozostałoby zatem stwierdzić, czy i w dalej posuniętych środki powyższe równie skutecznie działają. (D. M. Zg. 6—01).

= Naławkę jodową w *pitiriasis versicolor* zastosował z pomyślnym wynikiem POROSZ. Po jednorazowym wtarcu, któremu towarzyszy lekkie swędzenie, następuje po 3—4 dniach blaszkowate złuszczenie komórek nabłonkowych, trwające 4—5 dni. (Ung. med. Presse. 41—900).

= BARBIER zwraca uwagę na częstotliwość gośca stawowego, połączoną z cierpieniem serca w wieku dziecięcym, podając cyfrę powikłań ze strony serca na 81—87% wszystkich przypadków gośca. Ten ostatni ma przebieg ostrawy, skryty, a mimo to powoduje bardzo ciężkie zmiany w sercu. Autor zaznacza też zjawienie się zapalenia osierdzia, zwykle w 3—5 miesięcy po ustaniu gośca, będące niekiedy przyczyną nagłej śmierci dzieci. (Jour. de Med. de Paris. 7 10. 900).

= WHALEN proponuje gwajakol w leczeniu zimnicy, którym osiągnano pomyślny skutek tam nawet, gdzie chinina nie działała. Dawka 5—45 gran., którą można podnosić aż do wystąpienia za-

burzeń żołądkowo-kiszkowych. (Wracz. 30. 1900).

= LEWEN u 3 kobiet spostrzegał podnoszenie się ciepłoty podczas miesiączkowania bolesnego. Narządy płciowe były zupełnie prawidłowe. Gorączce do 40° towarzyszyły napady bólu brzucha (autor nazywa ten stan „peritonisme“). (Rev. de med. 10. 3. 1900).

= WEENEY opisuje badzo rzadki przypadek pęknięcia przelyku samoistnego u 40-letniego pijaka podczas gwałtownych wymiotów naczecz. Natychmiast nastąpiło obrzmienie twarzy i szyi (rozedma podskórna) oraz duszność; śmierć po kilku godzinach. Znalaziono 1½ cala długości mające pęknięcie na przedniej powierzchni przelyku tuż po nad przeponą oraz masy pokarmowe w śródpierściu tylnem. (D. M. Z. 71—1600).

= Zachęcony licznymi opisami pomyślnego wpływu diety mlecznej w cukrzycy, BERGER przeprowadził szereg

spostrzeżeń w tym kierunku. W niektórych przypadkach rozpoczynał on dietę mleczną dopiero po usunięciu cukru z moczu przez zupełne wyłączenie z jadłospisu węglowodanów i ograniczenie dowozu białka; albo też starał się utrzymać odsetkę cukru na jednakowym poziomie przez czas dłuższy za pomocą stałej diety. Obie metody dały wyniki dokładne. Chorzy otrzymywali 2—3 litrów mleka dziennie, po 0,2 litra co godzina; prócz mleka pili tylko wodę i pozostawali w łóżku. W dwóch lżejszych przypadkach cukier znikł zupełnie, a nawet, gdy później dawano chorym węglowodany, mocz mimo to był wolny od cukru. Natomiast w ciężkich postaciach cukromoczu dyeta mleczna powiększała ilość cukru, którego odsetka wynosiła 3—4 razy więcej, niż przy diecie mięsnej. (Wien. klin. Rund. 31—1900).

P.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Nr. 146 i 147 „Odczytów Klinicznych“, wydawanych przez Redakcję „Gazety Lekarskiej“, i zawiera rzecz p. t. „Profilaktyka w chorobach dróg moczowych i narządów płciowych (u mężczyzn) przez A. NORRHAFFT'a i A. KOLLMANN'a w tłumaczeniu kolegów R. BERNHARDTA i W. STERLINGA.

— Od początku bieżącego tygodnia zaczęto przewozić dzieci z Domu Wychowawczego do nowego pomieszczenia przy nowym Szpitalu Dzieciątka Jezus. Chorych dorosłych w niewielkiej liczbie pozostałych przeniesiono we czwartek. Przyjmowanie jednak chorych do nowowybudowanego szpitala ulegnie jeszcze pewnej zwłóce, a to z powodu niewykończenia niektórych pomieszczeń np. pralni. Zapewne dopiero pod koniec przyszłego miesiąca cały szpital prawidłowo funkcjonować zacznie. Wstrzymujemy się zatem czas jakiś z po-

daniem chociaż pobieżnego opisu nowego szpitala, jak również z uwagami tak co do samych budowli, jak i innych urządzeń pomocniczych w tak skomplikowanej instytucji, jaką jest szpital, przy dzisiejszych wymaganiach wiedzy naszej. Uroczyste poświęcenie nowego Szpitala Dzieciątka Jezus ma się odbyć dopiero na jesieni r. b. W każdym razie stary szpital Dzieciątka Jezus od dnia 11 b. m. funkcjonować przestał.

— Prace przygotowawcze XIV Zjazdu międzynarodowego, mającego się odbyć w Madrycie od 23 do 30 kwietnia w roku 1903, już się rozpoczęły. Komitet wykonawczy stanowią: przewodniczący prof. Julian CALLEJA y SANCHEZ, sekretarz główny d-r ANGEL FERNANDEZ - CARO y NOUVILAS, skarbnik d-r Józef GOMER y OEMA, członkowie: przewodniczący i sekretarze poszczególnych sekcji.

WYDAWCA Dr. L. Gurański.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Довзголено Цешуром, Варшава 28 Чуня 1901 г.

Drnk K. Kowalowskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy, Salol, Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina, Metylen-Bian med. Rezoreyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco.)

Kąpiele Borowinowe w Domu

Mattoniego Wyciągów Borowinowych do Kąpieli

Jedyny naturalny produkt zastępujący

LECZNICZE – KĄPIELE BOROWINOWE

w domu i o każdej porze roku.

Mattoniego sól Borowinowa (suchy wyciąg) w paczkach po 1 kilo

Mattoniego ług Borowinowy (płynny wyciąg) w butelkach po 2 kilo.

Przez szereg lat wypróbowane przy:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorosis, Anemia, Scrophulosis, Rhachitis, Wessania wysięków, Fluor albus, skłonności do poronień, częściowych porażeniach, niedowładach, podagrze, reumatyzmie, artrytyzmie, ischias i hemoroidach

Dostać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych.

Heinrich Mattoni, Cesars. i Królew. Dostawca Dworu i Izb

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.