

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy; Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wydzieleniu kwasu szczawowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia. Podał W. Moraczewski. (Ciąg dalszy). — Przyczynę do leczenia niedrożności jelit atropiną. Skreślił L. Rabek. — O zewnętrznym użyciu wysokoku w ciężkim przypadku ostrego gośćca stawowego. Podał F. Arnstein. — WYKŁADY KLINICZNE. Najświeższe zdobycze i obecny stan pediatrii. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 28. O wycięciu rozległym jelita cienkiego. 29. Uwagi o światłolecznictwie. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. Zasady żywienia chorych. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Moraczewski — Sur l'élimination de l'acide oxalique, de l'indoxyl et d'acide sulfurique aromatique dans le diabète sous l'influence de la nourriture. 2) D-r L. Rabek — Contribution au traitement de l'occlusion intestinale par l'atropine. 3) D-r F. Arnstein — Sur l'emploi externe de l'alcool dans un cas grave de rhumatisme articulaire aigu.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Moraczewski — Ueber die Ausscheidung der Oxalsäure, des Indicans und der gebundenen Schwefelsäure bei Diabetes unter dem Einfluss von Diät. 2) D-r L. Rabek — Ein Beitrag zur Behandlung der Darmverschliessung mit Atropin. 3) D-r F. Arnstein — Ueber die äusserliche Behandlung mit Alcohol in einem schweren Falle von acutem Gelenkrheumatismus.

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

O WYDZIELANIU KWASU SZCZAWIOWEGO, INDIKANU I SIARCZANÓW ZWIĄZANYCH w cukrzycy pod wpływem żywienia.

Podał

D-r WACŁAW MORACZEWSKI

(z kliniki lekarskiej uniw. lwowskiego prof. d-ra R. Gluzińskiego).

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 19).

Przypadek II. M. L. G. lat 37. *Diabetes mellitus.*

Anamnesis. Chory stracił kilkoro z rodzeństwa na suchoty. Obecna niemoc zaczęła się przed rokiem bez widocznego powodu. Jednocześnie trafić go zaczęło swędzenie skóry.

Status praesens. Oprócz silnego wychudnięcia nic szczególnego w stanie chorego wykryć się nie daje. Chory nie znosi ścisłej diety, dostaje bólu głowy, wreszcie *coma*. Wobec tego dyeta składa się z mleka, kartofli, bułki

oprócz zwykłych porcyi mięsa. Chory nie odznacza się posłuszeństwem, pija wody więcej, niż przepisano, prawdopodobnie i jada więcej, wobec tego doświadczenia z nim są trudne. Mocz zawsze bardzo dużo, cukru 5—6% Acetonu i kwasu aceto-octowego obecnie ślady.

Dyeta składała się z 1200 ct. mleka

4 jaj
250 grm. wołowego mięsa
150 grm. szynki
600 grm. kapusty
600 grm. kartofli
150 grm. bułki
30 grm. masła

Choremu żywność powyższa nie wystarczała i mimo licznych napomnień nie można było ustrzedz przed wielokrotnem przekraczaniem przepisów. Również trudno było przyzwyczać go do używania jednakowej ilości wody. W ciągu mięsnej diety pił więcej. Podczas tłuszczowej stracił pragnienie i apetyt, a w dzień, kiedyśmy odjęli mu bułkę i kartofle, prawdopodobnie zakaz przekroczył. Wobec tej niesforności nie można przywiązywać wielkiej wagi do tego, co opisaliśmy w tablicach, bo dyeta chorego podlegała zmianom nieobliczalnym. Szczególniej ilość płynów, która przy cukrzycy tak ważną stanowi rubrykę, była nie zawsze jednakowa. Jeżeli mimo to wciągnęliśmy ten przypadek w szeregi naszych spostrzeżeń, to dla tego jedynie, że zmiany, któreśmy zauważyli, mimo usterek diety były dość charakterystyczne i zgodne z temi, któreśmy u chorych dobrze strzeżonych spostrzegali.

Wyniki doświadczeń wskazują, że ilość kwasu szczawiowego podniosła się pod wpływem zwiększonej porcyi mięsa, że dodatek tłuszczu wpłynął podobnie, bo ilości wydzielanego kwasu szczawiowego podnoszą się ustawicznie. Wreszcie pozbawienie węglowodanów, o ile przeprowadzić się dało, zmniejszyło wydzielenie kwasu szczawiowego.

Wydzielanie indykanu szło tymi samymi torami. Dodanie 300 grm. podniosło ilość, tłuszcze jeszcze wyraźniej i siarczany związane pod wpływem mięsa uległy zmianie, która przy tłuszczowej dyecie wyraźniej się jeszcze zaznaczyła.

Chlorki zmniejszone pod wpływem tłuszczu, jak poprzednio, wraz z chlorkami wapno, fosfor i amoniak. Usunięcie cukrów odbiło się na wapnie i fosforze, siarczanach mineralnych i aromatycznych.

Stosunek indykanu do kwasu szczawiowego był tu o wiele niższy, ponieważ ilości kwasu szczawiowego były większe, niż w poprzednim przypadku. Stosunek ten zmalał pod wpływem mięsa, bo tym razem indykan mniej się podniósł, niż kwas szczawiowy.

Tłuszcze zaś powiększyły indykan więcej i doprowadziły do podwyższenia stosunku mimo wzmożonej ilości kwasu szczawiowego.

Siarczany związane zachowały się zupełnie tak samo, z tą jedynie różnicą, że w dniu, kiedy indykan był duży, siarczany były niewielkie, co wpłynęło tylko nieznacznie na typowe zmiany.

W stosunku do siarki związanej indykan był raczej zmniejszony pod wpływem mięsa, a jeszcze wyraźniej pod wpływem tłuszczu, który przeważnie wzmagą ilości kwasu szczawiowego i siarczanów.

Data	Ilość moczny	Azot N %	Azotu amoniaku %	Kwas szczaWiowy %	Indykan jako Indygo %	Wapno Ca %	Fosfor P %	Chlorki Cl %	Mineral. siark. S %	Siarkany związane S %	Cukier %	I L O Ś Ć D Z I E N N A.					
												Azot N grm.	Azot w amoniaku w grm.	Kwas szczaWiowy w grm.	Indykan gr.	Wapno Ca	Fosfor P
29.XI.	56.0	0.441	—	0.0032	0.0240	—	0.0303	0.2769	0.0264	0.0082	5.5	22.696	—	1.696	15.506	1.478	0.046
30.XI.	5900	0.297	0.0364	0.00228	0.0180	0.0169	0.0299	0.1952	0.0159	0.0077	6.0	17.553	2.147	1.764	11.517	0.942	0.045
1.XII.	5820	0.182	—	0.00137	0.0116	—	0.0239	0.1597	0.0210	0.0063	6.1	10.592	—	1.391	9.295	1.223	0.039
2.XII.	6450	0.403	0.0238	0.00228	0.0316	0.0164	0.0295	0.1960	0.0233	0.0123	5.8	25.961	1.535	1.901	12.642	1.503	0.079
3.XII.	5560	0.371	—	0.00456	0.0204	—	0.0243	—	0.0209	0.0097	6.6	20.627	—	1.349	—	1.162	0.054
4.XII.	5580	0.350	0.0420	0.02327	0.0388	0.0154	0.0234	0.1917	0.0209	0.0093	6.1	19.530	2.344	1.305	10.697	1.166	0.052
5.XII.	6930	0.395	0.0287	0.00524	0.0192	0.0142	0.0247	0.1970	0.0215	0.0177	6.1	27.408	1.989	1.712	13.652	1.488	0.123
6.XII.	4300	0.420	—	0.00364	0.0248	—	0.0260	0.1610	0.0224	0.0224	6.1	18.060	—	1.118	6.923	0.966	0.096
7.XII.	4030	0.312	0.0367	0.00570	0.0796	0.0191	0.0260	0.2207	0.0352	0.0113	5.8	12.553	1.479	1.047	8.894	1.417	0.045
8.XII.	3030	0.602	0.0501	0.00889	0.0444	0.0202	0.0555	0.2307	0.0219	0.0249	6.6	18.241	1.516	1.681	6.990	0.664	0.076
9.XII.	3670	0.324	0.0332	0.00387	0.0384	0.0152	0.0238	0.1852	0.0254	0.0123	7.2	11.891	1.765	0.875	6.789	0.992	0.035
10.XII.	5660	0.308	—	0.00387	0.0272	—	0.0290	0.2734	—	0.0086	6.1	17.433	—	1.543	15.452	—	0.049

Mięso

Tłuszcz

S T O S U N E K													
Indykan kw. szczaw.	Siarkan związ. kw. szcz.	Indykan związ.	Cukier azot. D/N	NH ₃ /N	Kwas szcz. /N	Indykan /N	Ca/N	P/N	Cl/N	S. min. /N	S. związane N	H ₂ O N	
7.5	2.5	2.9	12	—	0.73	5.5	—	6.	63	5.9	0.19	120	Dyeta miesz: 1200 ctm. mleka, 4 jajka, 250 grm. m. woł., 150 gr. szynki, 600 gr. kart., 600 g. ka- pusty, 150 grm. bułki.
7.8	3.4	2.3	20	12.5	0.78	6.0	5.8	10.1	66	5.2	0.26	190	
8.5	4.9	1.7	33	—	0.76	6.4	—	13.3	88	11.3	0.38	320	
13.8	5.4	2.6	14	5.9	0.57	7.9	4.1	7.3	49	5.5	0.30	160	Poprzednia z dodatkiem 300 gr. mięsa dziennie.
4.5	2.0	2.1	18	—	1.23	5.5	—	6.6	—	5.4	0.26	150	
1.3	0.3	4.1	17	12.0	0.81	9.8	4.4	6.7	54	5.8	0.26	150	
3.7	3.3	1.1	15	7.3	1.34	5.0	3.6	6.3	50	5.0	0.45	170	Poprzednia bez 300 grm. mięsa z do- datkiem 50 grm. masła.
6.7	6.1	1.1	14	—	0.87	6.0	—	6.2	39	4.8	0.53	102	
18.3	1.9	8.3	18	11.0	1.84	26.0	6.3	8.6	73	11.0	0.37	134	
5.0	2.8	1.8	10	8.3	1.48	7.4	3.4	3.8	38	3.2	0.41	50	
9.9	2.4	4.0	22	11.9	1.20	12.0	4.7	5.7	60	7.5	0.38	115	
6.9	2.2	3.1	20	—	1.23	9.1	—	9.8	91	—	0.28	180	

Znowu zatem widzimy, że kwas szczawiowy i siarczany związane idą równolegle, indykan odstępuje czasami ilością, ale mniej więcej przybiera te same fazy.

Godne jest uwagi, że w tym przypadku kwas szczawiowy nie zmniejszył się pod wpływem dodania mięsa, tylko raczej się powiększył, że dodatek tłuszczu jeszcze ilość jego podniósł, zaznaczyliśmy już w pierwszym przypadku. Może być, że wydzielanie cukru wpływa na wydzielanie kwasu szczawiowego, i w cukrzycy zmiana diety działa inaczej, niż w warunkach zwykłych. Dalej wpadło nam w oko dziwne zachowanie się przy zmianach w pokarmach. Każdy dzień, rozpoczynający nowy okres, odznacza się niską ilością kwasu szczawiowego.

(C. d. n.).

Przyczynek do leczenia niedrożności jelit atropiną.

Skreślił

LUDWIK RABEK.

Ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

W roku zeszłym miałem sposobność stosowania atropiny w następującym przypadku.

Dnia 18 października w południe do Warszawskiego Szpitala dla dzieci został przywieziony Henryk Z., lat 10 mający i zamieszkały przy rodzicach w Warszawie. Chory ten od 24 sierpnia 1898 r. do 6 stycznia 1899 r. pozostawał na kuracyi w naszym szpitalu z powodu przewlekłego nieżytu jelit. Następnie w domu często zapadał na rozstrój trawienia, polegający na częstych i płynnych wypróżnieniach. W roku zeszłym po paromiesięcznym pobycie na wsi stan jego zdrowia był bardzo dobry.

Dnia 16 października chory z powodu silnego przeładowania żołądka jedzeniem nagle zaczął cierpieć na bardzo silny ból w brzuchu u dołu z prawej strony. Chory otrzymał parokrotnie olej rącznikowy, lecz za każdym razem go zwracał. Były zastosowane lawatywy, lecz bez skutku. Chory wziął parę dawek kalomelu, który pozostał bez działania. Nastąpiło zupełne zatrzymanie wypróżnień i wiatrów. Występowały wymioty same przez się, masy wymiotne były zabarwione na zielono.

Stan obecny. Ciepłota ciała 37,3° C. Tętno 120 nierówne, słabe. Oddechanie 20. Język obłożony podsychnięty, sinica na twarzy i kończynach, ciało chłodne, brzuch miernie powiększony i przy dotykaniu bolesny. Chory nadzwyczajnie osłabiony.

Chory zaraz otrzymał wewnątrz: Rp. *Sat. natrii carbonici* 1,5 ad 90,0, *Trae Moschi* 2,0 *Syr. simplicis* 10,0 *S.* Co godzina łyżeczkę od herbaty. Wewnątrz do wcierania w ciało co 3 godziny *Spir. camphorat.* 100,0.

O godzinie 2 po południu chory otrzymał wewnątrz siarczan atropiny w ilości $\frac{1}{160}$ grana.

O godzinie 7 wieczorem ciepłota ciała 38,0° C., tętno 160, nieregularne, oddechanie 60. Ciało gorące, pałające. Skóra na czole i policzkach silnie zarumieniona. Źrenice umiarkowanie rozszerzone, język obłożony podsychnięty. Brzuch silnie powiększony, wzdęty, duże pragnienie. Chory ciężko wdycha.

O godzinie 10 w nocy ciepłota 37,7° C. Chory otrzymał wewnątrz drugą dawkę siarczanu atropiny w ilości $\frac{1}{160}$ grana.

Dnia następnego o godzinie 6 rano nastąpiło pierwsze wypróżnienie. Do godziny 11 przed południem było 6 wypróżnień bardzo obfitych, płynnych, zabarwionych na ciemno-zielono.

Ciepłota o godzinie 9 rano 37,2°. Tętno 132, nierówne, słabe; oddechanie 20; język obłożony, podsychnięty, źrenice umiarkowanie rozszerzone; pragnienie mniejsze, obwód brzucha znacznie się zmniejszył. Wewnątrz chory otrzymał: Rp. *Camphorae tritae* 0,01, *Sacchari albi* 0,15 N. 6. Trzy dziennie.

O godzinie 7 wieczorem ciepłota 37,8°. Tętno 136, oddechanie 20, język obłożony; wypróżnienia częste, płynne, obfite. Obwód brzucha jeszcze więcej się zmniejszył.

Chory znajdował się pod moją obserwacją jeszcze kilka tygodni. Wypróżnienia zawsze występowały codziennie, nie będąc połączone z żadnymi nieprawidłowymi objawami.

W obserwowanym przypadku niedrożność jelit do chwili zastosowania atropiny trwała zaledwie dwie doby, jednak objawy zapaści były wysokiego stopnia. Z powodu tej zapaści, jak również wieku chorego, obawiałem się użyć wyższych dawek atropiny. Z uwagi na tę okoliczność atropina została zastosowana wewnątrznie, a nie podskórnie. Pomimo użycia małej dawki atropiny objawy otrucia były wybitne. Jakiego rodzaju była niedrożność w tym przypadku, tego nie było można na pewno określić.

Z podanego przypadku można wyprowadzić wniosek, że nie ma potrzeby odrazu u chorego stosować za dużych dawek, ponieważ dawki zwyczajne (najwyższa jednorazowa 0,001) mogą również sprowadzić pożądany skutek.

Przypadek, opisany przeze mnie, odznacza się młodym wiekiem chorego. Przypadki, znane mi z dostępnej literatury, dotyczyły tylko dorosłych.

W niedawno ogłoszonej pracy d-r T. CZAPLICKI¹⁾ zebrał z najnowszej literatury wszystkie przypadki niedrożności jelit, leczone atropiną, ogłosił obok tego wyniki własnych doświadczeń z siarczanem atropiny, wykonanych na zwierzętach, i szczegółowo rozpatrzył wskazania do stosowania i dawkowania atropiny. Do 29 przypadków, podanych przez d-ra CZAPLICKIEGO, dołączam jeszcze jeden przypadek, opisany przez d-ra ŻUKOWSKIEGO²⁾. U kobiety, lat 40 mającej i cierpiącej na ostrą niedrożność jelit, zastrzyknięto podskórnie atropinę w ilości 0,005. W pół godziny wystąpiły silne objawy otrucia, które trwały pięć godzin. Objawy niedrożności zupełnie ustąpiły.

O zewnętrznem użyciu wysokoku w ciężkim przypadku ostrego gośćca stawowego.

Podał

FELIKS ARNSTEIN (Kutno).

Jeszcze w r. 1894 lekarz wojskowy niemiecki SALZWEDEL z bardzo pomyślnym wynikiem stosował okłady z wysokoku w przypadkach róży i zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*). Następnie z równie pomyślnym skutkiem stosowali okłady z wysokoku w zapaleniu gruzliczem otrzewny SEHRWALD¹⁾ i MEYER²⁾, w zapaleniu wyrostka robaczkowego FILATOW, a ostatnio BURWINCKEL³⁾ z dobrym skutkiem stosował je w 2 przypadkach

¹⁾ O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia. Medycyna rok 1901. N. 42, 43 i 44.

²⁾ Zastosowanie atropiny w ostrej niedrożności jelit. Bołnicznaja Gazeta Botkina rok 1901 N. 44.

¹⁾ Therapeutische Monatshefte Nr. 5. 1900 r.

²⁾ Therapeutische Monatshefte Nr. 1. 1901 i referat w Medycynie. N. 8. 1901.

³⁾ Allgemeine Medicinische Centralzeitung. 1901.

wysiękowego zapalenia opłucny i w kilku przypadkach podostrawego i przewlekłego gośćca stawowego i ostrych napadów dny. Pomimo to okłady z wysokoku w sprawach zakaźnych umiejscowionych w małym są dotąd użyciu, u nas zaś prawie żadnego nie znalazły zastosowania. To jest powodem, że podaję do wiadomości niedawno spostrzegany przeze mnie ciężki przypadek ostrego gośćca stawowego, w którym stosowałem okłady z wysokoku z pomyślnym skutkiem.

Przypadek ten dotyczy chłopca 16 letniego D., który, wróciwszy wieczorem dnia 28 października z roboty w fabryce do domu, zaczął skarżyć się na ogólne rozłamanie, ból głowy i dreszczyki. Nazajutrz zjawił się ból w prawym kolanie i prawym stawie goleniostopowym, stopniowo się wzmagający. Wieczorem wezwany felczer znalazł ciepłość ciała podniesioną do 39° przeszło; okolica prawego kolana i stawu goleniostopowego obrzmiała, bolesna. Chory z przepisu felczera w ciągu 2 dni brał po 4 dawki półgramowe salicylanu sodu, poczem ból w stawach do tego stopnia się zmniejszył, że chory mógł czwartego dnia wstać i poszedł do roboty. Lecz już po południu wrócił do domu z powodu powtórzenia się bólu w stawach, przedtem zajętych, i zjawienia się bólu w drugim kolanie.

Następnego dnia t. j. 2 listopada pierwszy raz widziałem chorego i znalazłem stan następujący: ciepłota ciała w południe $38,6^{\circ}$ (poprzedniego dnia wieczorem $39,1^{\circ}$), tętno przyspieszone, około 100 na minutę; oba stawy kolanowe silnie obrzękłe, bardzo bolesne przy ucisku i ruchach; mniej nabrzękłe są stawy goleniostopowy prawy i staw wielkiego palca u prawej stopy. Zalecono co 4 godziny proszek półgramowy aspiryny i owinięcie bolesnych stawów w watę. Wieczorem chory nieco się pocił, poczem ciepłota ciała spadła do $37,8^{\circ}$, ból w stawach i obrzmienie nieco mniejsze. Nazajutrz rano ciepłota ciała $38,2^{\circ}$, ból i obrzmienie w stawach takie same; zjawił się ból i obrzmienie w lewym stawie goleniostopowym i w stawie łokciowym lewym. W ciągu następnego dnia przy ciągłym braniu aspiryny ciepłota ciała 38° do $38,8^{\circ}$. Przy drugiej mojej wizycie dnia 5 listopada znalazłem obrzmienie stawów, zajętych sprawą goścową, prawie bez zmiany; szczególnie obrzękłymi okazały się oba stawy kolanowe; oprócz tego u wierzchołka serca znalazłem wyraźny szmer skurczowy i rozkurczowy. Zaprzestałem dalszego podawania aspiryny i poleciłem przyłożyć na okolice obu stawów kolanowych okłady z płótna, maczane w wysokoku, przykryć je wyksatyną i lekko flanelą, a na wierzch okład z wody lodowej często zmieniany. Już wieczorem tego dnia (po 8 godzinach) ciepłota ciała spadła pierwszy raz do $37,6^{\circ}$, a nad ranem do $37,2^{\circ}$; chory czuje się lepiej; ból i obrzmienie w stawach kolanowych mniejsze, ruchy swobodniejsze. W ciągu następnego dnia okładów z wysokoku nie robiono, tylko bolesne stawy owinięto w watę. Wieczorem ciepłota ciała znowu się podniosła do $38,6^{\circ}$, a w nocy ból w stawach znowu się wzmógł. Kiedym następnego dnia widział chorego, znalazłem stawy kolanowe w lepszym, aniżeli dwa dni temu, stanie, zawsze jednak były one obrzmiałe i bardzo bolesne. Poleciłem przyłożyć na 8 godzin okłady z wysokoku, poczem ciepłota ciała spadła wieczorem do $37,4^{\circ}$. Od tej chwili ciepłota ciała, przy ciągłym użyciu w przerwach okładów z wysokoku, tylko wieczorami w ciągu kilku następnych dni podnosiła się do $37,6^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$; bóle stopniowo się zmniejszały, jak również i obrzmienie, tak że, kiedym chorego widział po 3 dniach, znalazłem zaledwie ślady obrzęków. Po kilku dniach

chory zaczął wstawać, a w 3 tygodnie od początku choroby, czując się zupełnie zdrowym, wrócił do roboty.

Skuteczność okładów z wysokoku w przypadku tym zdaje się nie ulegać wątpliwości; nie czuje się jednak bynajmniej upoważnionym do wyprowadzenia daleko sięgających wniosków o skuteczności okładów z wysokoku w ostrym gościecu stawowym; sądzę jednak, że nie zawadziłyby, aby rozporządzający większym materiałem, a szczególnie szpitalnym, spróbowali w odpowiednich przypadkach tego niewinnego, taniego i łatwego w zastosowaniu środka.

Jak sobie wytłumaczyć skuteczność okładów z wysokoku w miejscowych sprawach zapalnych pochodzenia zakaźnego? Pod tym względem zdania są podzielone. Jedni upatrują lecznicze skutki okładów z wysokoku w ich działaniu przeciwzapalnym, odciągającym (*derivans*), inni w przeciwzakaźnym, przeciwpasorzytniczym.

Sądzę, że tak jedno, jak i drugie, a szczególnie to ostatnie, wpływać musi korzystnie na ustąpienie objawów zapalnych, na zmniejszenie gorączki i na poprawę stanu ogólnego.

WYKŁADY KLINICZNE.

DR. T. HOMBURGER (z Karlsruhe).

Najświeższe zdobycze i obecny stan pedyatryi.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 18).

III. Choroby ogólne.

Choroby krwi, choroba BARLOW'a, krzywica, rozmiękczenie kości, cukromocz i moczówka bezcukrowa (*diabetes insipidus*).

W ostatnich latach często zajmowano się badaniami nad fizyologicznym stosunkiem czerwonych ciałek krwi do białych u dziecka, nad podziałem leukocytów wedle ich postaci, liczby jąder i barwienia się przetworami anilinowymi, jakoteż nad stwierdzeniem w patologicznych przypadkach — ilościowych różnic pomiędzy rozmaitymi rodzajami komórek i znaczeniem ich dla danej choroby. I tak, np. powiększenie liczby komórek eozynofilowych uważane bywa obecnie jako objaw choroby; wielka liczba megaloblastów (znacznie powiększonych czerwonych ciałek krwi) u starszych dzieci wskazuje na złośliwą małokrwistość; megalocyty (wielkie czerwone ciała, pozbawione jąder) wskazują również na ciężkie choroby krwi. Zmiany, zachodzące w kształcie ciałek krwi, podział ich jąder i t. p. mają pewne znaczenie dla rokowania w danym cierpieniu, ze zmian tych niepodobna jednak, bez współdziałania obrazu klinicznego, określić postaci małokrwistości, ani też dotkniętego w danym przypadku przez chorobę narządu, wytwarzającego krew³⁵). Zazwyczaj gęstość i zawartość hemoglobiny we krwi idą z sobą w parze, nie odpowiadając jednakże liczbie ciałek krwi. W krzywicy,

³⁵) FISCHL u. SIEGERT. Jahrb. f. Kind. 49, Bd. I. 1899.

zapaleniu nerek, małokrwistości i t. p. widzimy zmniejszenie się gęstości krwi pomimo prawidłowej liczby ciałek krwi³⁶⁾. Co się tyczy leczenia tych cierpień, to i obecnie główną rolę grają przepisy dyetetyczno-higieniczne wraz z środkami wzmacniającymi, z których na pierwszym miejscu stoją nieorganiczne i organiczne przetwory żelaza; ulegając jednak radom FURST'a³⁷⁾, można obecnie więcej, niż dawniej, uwzględniać przyczynę małokrwistości i do niej stosować leczenie. A zatem, w anemii odżywczej (alimentarnej), zależnej od zbyt długiego karmienia ssawca mlekiem kobiecym lub krowiem, ubogimi, jak wiadomo, w żelazo, wypadnie jaknajprędzej przejść do pożywienia mieszanego. W małokrwistościach, spowodowanych szybkim wzrastaniem dzieci, unikać należy nadmiernego ruchu, a zalecić spokój w okolicy leśnej lub nadmorskiej.

Bładaczka (*chlorosis*) jest u dzieci chorobą wtórną, wedle poglądu TOCHERNOFF'a³⁸⁾; przyczyną jej mają być sprawy gnicia, zachodzące w przewodzie pokarmowym, powodujące samozakażenia i zaburzenia w działalności wątroby, śledziony i gruczołów limfatycznych. Usunięcie choroby zasadniczej (kiszek) ma leczyć bładaczkę.

Co do pseudoleukemii, jakoteż prawdziwej leukemii o przebiegu przewlekłym, a nawet o przebiegu ostrym, której kilka przypadków opisano w ostatnich czasach, zadowolnić się musimy samymi tylko przypuszczeniami, chociaż, zdaniem SIEGERT'a, już z samego preparatu krwi rozpoznać można rodzaj leukemii. Leczenie tej choroby nie jest dotychczas bardzo pomyślne; KIRNBERGER i PLETZER zalecali wdychania tlenu, a VEHSEMEYER³⁹⁾ — *berberinum sulfuricum*.

Zagadkowe są również przyczyny chorób dyatezy krwotocznej, chociaż wielu przypuszcza, że samozakażenia kiszkowe są ich powodem. FINKELSTEIN⁴⁰⁾ zaś odkrył swoiste bakterye, powodujące *purpuram simpl. i Morbus macul. Werlhofii*. Dotychczas nie potwierdzono jeszcze tych odkryć. Kazyjstyka tego rodzaju przypadków jest bardzo uboga; wspominamy z niej o jednym przypadku BIENWALD'a⁴¹⁾, ciekawym ze względu, na szczególny sposób leczenia: po dwudniowych nieudanych próbach zatamowania krwawienia z drobnej rany w okolicy skroniowej małego chłopca zastrzyknięto do niej krew, tykoko wyciągniętą z babki dziecka. Sposób ten okazał się skutecznym.

Skorbut wieku dziecięcego, czyli choroba BARLOW'a, której samodzielności jako oddzielnej postaci chorobowej tak bardzo przeciono przed kilku laty, w ostatnich czasach często był opisywany w specjalnej literaturze. BARLOW⁴²⁾ wykazał, że choroba ta, którą niekiedy nazywano „ostrą krzywicą“, odznacza się krwawieniami z dziąseł, skóry i mięśni, bólami i obrzmieniami w kościach, wybroczynami i wylewami krwawymi na kończynach dolnych i t. p.; ma ona tyle tylko wspólnego z krzywicą, iż napada niekiedy te same, co tamta, osobniki. Istnieją przypadki choroby BARLOW'a bez jednoczesnej krzywicy. Wedle SCHMORL'a⁴³⁾ przyczyną bólów są zaburzenia w rozwoju kości przy skorbutcie dziecięcym, polegające na zmianach w tkance kostnej i w szpiku, i powodujące nadłamania i złamania, których skutkiem są krwawienia pod okostną. Etiologia tego cierpienia nie jest jeszcze rozstrzygnięta, wiele jednak przema-

³⁶⁾ FELSENTHAL u. BERNHARD, Arch. f. Kind. XVII.

³⁷⁾ FURST. Therap. Monat. 1900. Wrzesień.

³⁸⁾ Jahrb. f. Kind. Bd. 45, Hft. 4 i Bd. 46, #1 i 2. 1897.

³⁹⁾ Ther. Monat. 1894. Kwiecień.

⁴⁰⁾ Berl. klin. Woch. 1895, 23.

⁴¹⁾ Deuts. med. Woch. 1897, 2.

⁴²⁾ Centr. f. innere Med. 1895. 21, 22.

⁴³⁾ 71 Versam. deut. Naturfor. u. Aerzte. Abtheil. f. Kinderh. 1899.

wia za tem, że sztuczne odżywianie dzieci głównym bywa powodem jej powstania. Nigdy nie widział BARLOW tego cierpienia u dziecka, karmionego pierśią, a zdanie to potwierdzone zostało przez wielką ankietę, urządzoną w Ameryce w r. 1898. PINNER⁴⁴⁾ również ważną rolę w etiologii choroby BARLOW'a przypisuje chemicznym zmianom, powstającym podczas długiego wyjąławiania mleka. BARON⁴⁵⁾ natomiast domyśla się istnienia jakiejś swoistej, zakaźnej przyczyny i powołuje się w tym celu na istotnie skuteczne leczenie za pomocą drożdży piwnych i kwasów organicznych, które, obniżając alkaliczność krwi, przeszkadzają rozwojowi bakteryi skorbutu i ostatecznie niszczą je.

Dla leczenia, bez względu na etiologię, stosować wypada: odmienne pożywienie, soki mięsne i roślinne, świeże mleko, żelazo, arsenik, goryczki i t. p.

Jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego stanowi prawdziwa krzywica; podobno 90% wszystkich dzieci⁴⁶⁾ podlega jej, co jednak wielu lekarzom wyda się przesadzonym. Wedle KASSOWITZ'a cierpienie to jest wrodzone, TSCHISTOWITSCH⁴⁷⁾ jednakże usiłował obalić ten pogląd za pomocą badań histologicznych. Wedle innego zdania krzywica zależy od czynnika meteorologicznego, mianowicie od względnej wilgotności danej miejscowości⁴⁸⁾. Jeszcze inni autorzy, opierając się na zwiększaniu i zmniejszaniu się liczby przypadków krzywicy w pewnych porach roku, uważają ją za chorobę zakaźną (! Ref.), a BIZZOZERO popiera ten pogląd na zasadzie znalezionych przez się bakteryi w tkankach rachitycznych, całego przebiegu choroby i obrzmienia śledziony. Bardzo wielu badaczy przypisuje powstawanie krzywicy temu, że dzieci podczas jesieni i zimy przebywają niemal ciągle w powietrzu pokojowym, inni zaś szukają przyczyny w chemicznych sprawach dziecięcego ustroju. Dawniejsze teorye, jakoby zmniejszona alkaliczność krwi przeszkadzała wydzielaniu się soli wapiennych, i wskutek tego nowotworząca się tkanka kostna pozbawiona ich była, została obalona przez STOELZNER'a⁴⁹⁾, który zarówno u krzywicznych, jak i zdrowych dzieci rozmaite wykazał stopnie alkaliczności krwi, to bardzo wysokie, to znów bardzo niskie. MONTI⁵⁰⁾ i inni sądzą znowu, że przyczyną krzywicy jest niewłaściwe odżywianie, wskutek czego powstają zaburzenia w trawieniu, wytwarza się nadmiar kwasu mlecznego, zmniejsza się zaś ilość kwasu solnego, wskutek czego sole wapienne zostają pochłaniane w zmniejszonej ilości, brak ich przeto w kościach — krzywica gotowa. Udało się na drodze doświadczenia wytworzyć krzywicę sztucznie przez podawanie zwierzętom kwasu mlecznego. Jak widzimy, dużo jest teoryi krzywicy, wobec czego zgodzić się trzeba z BAGINSKY'm⁵¹⁾, że cały szereg szkodliwości higienicznej, dyetetycznej i klimatycznej natury powodować może zmiany w sokach odżywczych i wskutek tego krzywicę.

Co do objawów tej choroby, to zauważono, że czerwone ciała krwi ulegają poważnym zmianom histologicznym; ilość ich zmniejsza się jednocześnie, podobnie jak i ilość hemoglobiny. W przeszło połowie przypadków, szczególnie przy istnieniu obrzmienia śledziony, widzimy leukocytozę. Obrzmienie śledziony odpowiada zwykle natężeniu istniejącej anemii, a nie rozległości spraw

⁴⁴⁾ Deutsche med. Woch. 1896, 34

⁴⁵⁾ Muench. med. Woch. 1894, 13.

⁴⁶⁾ Jahrb. f. Kind. 1896. Bd. 42. H. 2

⁴⁷⁾ Virchow's Archiv. 148.

⁴⁸⁾ HAGENTORN. Referat. Jahrb. f. Kind. 48 Bd. 2 i 3 Heft S. 302.

⁴⁹⁾ Jahr. f. Kind. 45 Bd. 1. 1897.

⁵⁰⁾ Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Heft 11.

⁵¹⁾ Lehrbuch. 1899.

w kościach; niekiedy nawet brak go przy znacznie rozwiniętej krzywicy kostnej⁵²⁾. Obrzmienia gruczołów chłonnych nie należą do szeregu objawów krzywicznych, lecz zależą zazwyczaj od innej choroby, jednocześnie u danego osobnika przebiegającej⁵³⁾. Kurcz głośni, przypisywany zwykle krzywicy (i tak doskonale ustępujący pod wpływem fosforu. Ref. L. W.), ma wedle REHN'a⁵⁴⁾ zależec od wadliwego odżywiania, drażniącego zakończenia n. błędnego w żołądku i wywołującego w ten sposób odruchowy kurcz głośni. Podobno dobre odżywianie (pokarmem kobiecym) ssawców w krótkim czasie usuwało ów kurcz, nie wpływając na inne objawy krzywicy (? L. W.). Do nowych objawów krzywicy zaliczają autorzy: kataleptyczną sztywność członków w nadanem im położeniu⁵⁵⁾, osłabienie wrażeń smakowych, woskowate obrzmienia na grzbietowej powierzchni stóp, rzadziej rąk⁵⁶⁾.

Do zapobieżenia krzywicy wystarcza zachowanie przepisów higieniczno-dyetycznych. Zdanie to powtórzył niedawno POLITZER⁵⁷⁾, żądając jednocześnie jaknajwcześniejszego stosowania leczenia fosforem w razie dostrzeżenia pierwszych objawów krzywicy, a szczególnie *craniotabes*, na które lekarze zbyt małą zwracają uwagę.

Leczenie fosforem⁵⁸⁾, wprowadzone przez KASSOWITZ'a, a stosowane zarówno w początkach, jak i podczas samego rozwoju krzywicy, spotkało się z bardzo licznymi zarzutami, lecz z liczniejszymi jeszcze uznaniem. MONTI (l. c.) i wielu innych utrzymuje, że właściwa dyetyka i higiena wystarczają do usunięcia choroby angielskiej. E. MUELLER⁵⁹⁾ w następujący sposób ocenia znaczenie fosforu dla krzywicy: stan ogólny poprawia się, objawy nerwowe szybko ustępują, na zmiany w kościach natomiast, z wyjątkiem *craniotabes*, fosfor nie oddziaływa wcale. Zdaniem HARTCOOP'a⁶⁰⁾, brak pomyślnego działania fosforu zależy nie od leku, lecz od zbyt małych dawek tegoż lub od złego stanu żołądka dziecka w danej chwili. J. SCHWARTZ⁶¹⁾ wychwala sanatogen, połączenie sernika z gliceryno-fosforowym sodem, stawiając go wyżej od fosforu; wypadaloby potwierdzić spostrzeżenia tego autora. Wedle MIWA i STOELTZNER'a pomyślne fosforu działanie nie zależy od wpływu tegoż na sprawy krzywiczne, lecz na osteoporozę⁶²⁾, zwykłą towarzyszkę choroby angielskiej.

Próbowano również leczyć rachityczne dzieci za pomocą organoterapii; HEUBNER⁶³⁾ mianowicie podawał im tyreoidynę, lecz bez widocznego skutku. METTENHEIMER widział dobre skutki przy podawaniu grasicy, lecz inni⁶⁴⁾ nie potwierdzili jego wyników. STOELTZNER⁶⁵⁾ podawał przetwory z nadnerczy i bardzo zachwalał ich działanie, lecz NETER⁶⁶⁾ z kliniki NEUMANN'a w Berlinie świeżo zaprzeczył tym wnioskom. Jak widzimy, pomimo licznych nowych metod, jedynie tylko sposób leczenia KASSOWITZ'a (fosforem) zyskał ogólne uznanie i szerokie zastosowanie.

52) von Stark, Arch. f. klin. Med. 1897, 57.

53) J. Froelich, Jahrb. f. Kind. 1897. Bd. 45.

54) Berl. klin. Woch. 1896. 33.

55) Epstein, Prager med. Woch. 1897, 43, 44.

56) Pediatrics 1899 Nr. 1. Referat w Jahrb. f. Kind. 51, 1

57) Wiener med. Presse 1900, 15.

58) Ther. Monat. 1900, Kwiecień.

59) Charité Annalen, 23 Jahrgang.

60) Muench. med. Woch. 1896, 17.

61) Deut. med. Woch. 1900, 5.

62) Jahrb. f. Kind. 47. Bd. 2 i 3 H. 1898.

63) Berl. klin. Woch. 1896. 31.

64) Jahrb. f. Kind. 46 Bd. 1898 i 50 Bd. 4 H. 1899.

65) Jahrb. f. Kind. 51 Bd. 1 H.

66) NETER. Jahrb. f. Kind. 52, 2 Bd. Ergänzungsheft.

Osteomalacya, pokrewna krzywicy co do pewnych objawów, tak dalece mało znajduje uznania w pedyatryi jako oddzielna choroba, iż większość podręczników nie wspomina o niej wcale. Przed trzema laty opisał SIEGERT⁶⁷⁾ cztery przypadki tego cierpienia u dzieci; cechowały je: ostry początek, częste poprawy i pogorszenia w przebiegu, bardzo silne bóle w kościach i zawsze zejście śmiertelne.

Cukromocz również uważany był dawniej za nader rzadką chorobę w wieku dziecięcym. Jednakże statystyczne obliczenia WEGELI'ego⁶⁸⁾ i BOGORAS'a⁶⁹⁾ stanowczo obalają ów pogląd. Liczba dzieci, chorych na cukromocz, ma być dosyć znaczna, lecz lekarze nie zwracają uwagi na tę chorobę i nie badają moczu dzieci. Najczęstszą przyczyną wywołującą — wobec istniejącej dziedziczności — bywa uraz; niekiedy ząbkowanie i odżywianie grają pewną rolę, widywano bowiem chorobę tę już u kilkomiesięcznych dzieci. Przyczyny choroby są nieznane, w dwóch przypadkach znalazł SEIFFERT⁷⁰⁾ przy sekcji zanik trzustki. Z objawów cukromoczu zwracamy uwagę na zwiększoną wydzielinę moczu, znaczne pragnienie i kapryśny humor u dzieci, przedtem wesołych. Wedle jednych badaczy procent wyzdrowień jest znaczny (30%), inni ostrzejsze stawiają rokowanie, a to ze względu na nawroty, lub też na *coma diabeticum*, które szybko wystąpić może. Obecność acetonu lub kwasu octowego albo krótkich hyalinyowych cylindrów w moczu ostrzega o grożącym niebezpieczeństwie, któremu atoli zapobiedz nie potrafimy.

O *diabetes insipidus* nie wiele znajdujemy prac w nowszej literaturze pediatrycznej. Do przyczyn wywołujących zaliczają: dziedziczność, urazy i inne ciężkie choroby; podstawy anatomiczne tego cierpienia nie są znane, lecz prawdopodobnie mieszczą się w obwodowym układzie nerwowym [EICHHORN⁷¹⁾ i inni autorzy].

Cierpienie to nie jest groźne dla życia; w kwestyi leczenia nic nowego nie wiemy.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

28. LANWERS. O wycięciu rozległym jelita cienkiego. Pod wycięciem rozległym rozumie L. takie, które obejmuje nie mniej, niż 2 metry jelita cienkiego. Cyfra ta nie jest dowolna, lecz przedstawia $\frac{1}{3}$ długości jelita cienkiego, obliczanej przez JONNESCO i TREVES'a na $6\frac{3}{4}$ — $7\frac{1}{2}$ metra. Podług SENN'a wycięcie jelita ponad $\frac{1}{3}$ długości nie może przejść bez poważnych, grożących życiu zaburzeń. SENN, MONARI, TRZEBICKY, De FILIPPI doświadczalnie na psach i kotach usiłovali określić najdłuższy bez szkody dla ustroju wyciąć się dający kawałek jelita cienkiego. Doświadczenia doprowadziły do wyników różnych, poczynając od $\frac{1}{3}$ (SENN), a kończąc na całym prawie jelicie cienkim (de FILIPPI); wyjaśniły one również, że czynność jelita wyciętego bierze na siebie pozostałe, które ulega

67) Muench. med. Woch. 1898, 44.

68) Arch. f. Kind. Bd. 19.

69) BOGORAS. Inaug. Diss. Berl. 1899.

70) SEIFFERT. Jahrb. f. Kind. 48 Bd. 1 H. 1898.

71) Jahrb. f. Kind. 42 Bd. H. 1. 1856.

wtedy przerostowi mięśniówki i śluzówki; kosmki grubieją, i liczba ich się zwiększa; nawet jelito grube funkcjonować może zastępczo.

L. przytacza z literatury 12 przypadków wycięcia jelita cienkiego po nad 2 metry, mianowicie: KOEBERLE (205 ctm.), KOCHER (208 ctm.), DREESMANN (215 ctm.), SHEPHERD (234 ctm.), HAYES (255 ctm. dziecko 8 l.), FANTINO (310 ctm.), MONPROFIT (310 ctm., w tem 230 ctm. cienkiego), RUGGI (330 ctm. dziecko 10 l.), von EISELSBERG (350 ctm. śmierć od ropnia kałowego w 25 dni po operacji), OBAŁIŃSKI (365 ctm. śmierć po 22 godz.), LANWERS (autor 2: I 250 ctm. w tem 90 ctm. wycięto, a resztę, grube, wyłączono przez enteroanastomozę; II 265 ctm. cienkiego). [MANNOWSKI w Kijowie w 1900 r. ponad 3 metr. wyzdrowienie. Ref.].

Wracając na podstawie tych przypadków do kwestyi najdłuższego odcinka jelita cienkiego, jaki bez szkody dla ustroju ludzkiego można usunąć, L. wypowiada zdanie, że bez niebezpieczeństwa bezpośredniego można wyciąć połowę długości jelita cienkiego, zwłaszcza, o ile część wycięta przypada na mniej ważne czynnościowo jelito biodrowe (*int. ileum*). U dzieci, wnosząc ze spostrzeżeń RUGGI i HAYES'a, wyciąć można stosunkowo nawet więcej, niż u dorosłych. Spostrzeżane bardzo często po rezekcyach, przenoszących 2 m., zaburzenia kiszkowe (biegunka) bywały albo czasowe, zanim nastąpiło przystosowanie do nowego stanu rzeczy, albo występowały po pewnych określonych pokarmach, do których chory nie był przyzwyczajony przed operacją. W żadnym z przypadków nie dało się zauważyć wyniszczenia chorego, przeciwnie bywał przyrost na wadze. Wskazania do wycięcia rozległego jelita stanowią najczęściej uwięźnięcia, już to zewnętrzne, przepuklinowe, już to wewnętrzne (*volvulus, invaginatio*). Dalej w porządku zstępującym częstości idą zwężenia wielorakie bliznowe i gruźlicze, przedziurawienia liczne pochodzenia urazowego lub pozostałe po zabiegach chirurgicznych (przy rozplątywaniu kłębków porastanych jelit), najrzadziej wrzescie mięsak kreski, tłuszczak jelita, zator górnych żył kreskowych. Rokowanie zależy najbardziej od sprawy, która do operacji zmusiła, a nie od długości usuwanego (w granicach powyższych) odcinka. Najgorsze rokowanie dają przypadki skrętu jelit i wgłobienia z zapaleniem otrzewny.

Opisując technikę operacyjną, L. zwraca uwagę na ogromne znaczenie: 1) usuwania jelita w części zupełnie zdrowej i doskonale odżywianej, gdyż oszczędność w tym razie jest zawsze groźna, a usunięcie nawet kilkudziesięciu ctm. więcej niema znaczenia; 2) najściślejszego stosowania aseptyki, która z chwilą otwarcia otrzewny zupełnie i bezwzględnie antyseptykę zastąpić powinna. Drażniące i trujące płyny antyseptyczne były powodem niejednego już niepowodzenia. Ze sposobów postępowania z odcinkami wymienione są: założenie odbytu sztucznego, guzik MURPHY'ego i szew doraźny, najbardziej przez autora zalecany. W razie potrzeby łączenia odcinków o świetle różnej średnicy, L. uważa za najbardziej pewne połączenie odcinków powierzchniami bocznymi, po zaszcyciu końców na ślepo, lub wszczepienie końca węższego w boczną powierzchnię szerszego, której koniec uprzednio zaszyto. Znane zabiegi, mające wyrównać światło odcinków (ciąćcia skośne, fałdowanie), nie pozbawione są niebezpieczeństw. Kreskę najlepiej podwiązywać pęczkami, obejmującymi po 10—15 ctm. (KOEBERLE); wycięcia kreski klinowego L. nie zaleca, ponieważ łatwo jest przy tem upośledzić odżywianie pozostającego jelita, co nigdy by nie opłaciło nieznacznych zalet tego postępowania (mniej ligatur).

(*Journal de Chirurgie XII 901. I 1902.*)

Z. Radliński.

29. Prof. BIE (z Kopenhagi). **Uwagi o światłolecznictwie.** Odczyt wygłoszony na 20-ym zjeździe internistów w Wisbaden. Z dwóch własności światła

korzystamy w lecznictwie, mianowicie z termicznych oraz chemicznych. Te ostatnie, jak wiadomo, posiadają wyłącznie błękitne, fioletowe i ultrafioletowe promienie widma słonecznego. Na ich zastosowaniu opiera się nowoczesne światłolecznictwo. One też jedynie powodują rumień i pryszczycę, wywołane przez działanie światła słonecznego, jak to wykazały doświadczalne badania FINSSEN'a, BOUCHARD'a i in.

Zagadnienie pierwszorzędnej wagi, jak działa światło na skórę, nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione; tyle wiadomo wszakże, że pod jego wpływem następuje rozszerzenie naczyń, trwające do 5 miesięcy, co według FINSSEN'a wywiera dobroczynne działanie na sprawy odżywcze w skórze. Również dowiedzione dotychczas nie zostało, by światło wywierało na krew jakiegokolwiek swoiste działanie.

Wygląd bezkrwisty osób, przebywających długo w ciemności, nie polega na zmniejszeniu ilości hemoglobiny, lecz na skurczu naczyń skóry. Twierdzenia MOLESCHOTT'a, które jako pewnik weszło do fizjologii, że mianowicie pod wpływem światła zwiększa się ilość wydzielanego CO₂, w ciemności zaś się zmniejsza, nie możemy uważać za zupełnie pewne, albowiem metody badania, któremi on i jego następcy się posługiwali, nie odpowiadają obecnie wymaganym warunkom ścisłości. Czy światło wogóle pobudza i wzmacnia przemianę materii w ustroju zwierzęcym oraz ludzkim, na to nie dano nam dotychczas absolutnie pewnych dowodów, chociaż prac w tym kierunku wykonano nie mało. Jednakże zaprzeczyć podobnemu działaniu światła byłoby jeszcze przedwcześnie. Że światło działa na układ nerwowy oraz na psychikę wogóle, nie ulega wątpliwości: dowiodły tego zarówno badania doświadczalne na zwierzętach, jak i obserwacje kliniczne. W zakładach fotograficznych zauważono, że robotnicy, pracujący w pokojach, oświetlonych czerwonym światłem, bywają niespokojni i gwałtowni. Również i CZISTOWICZ zauważył u chorych na ospę, umieszczanych w czerwonych salach, stan pobudzenia, dochodzący niekiedy do halucynacji. Inni autorowie spostrzeżeń tych jednakże nie potwierdzają. Ciekawe jest, że sprawy psychiczne odbywają się najprędzej pod wpływem światła czerwonego, najwolniej pod wpływem fioletowego (AKOPENKA). Psychiatriści skorzystali z powyższych obserwacji: Prof. SCHLAGER z Wiednia podaje jako niezawodny środek dla uspokojenia chorych maniakalnych umieszczenie ich w pokoju o fioletowych oknach, tapetach, zasłonach i t. d. Wielką przeszkodą w stosowaniu światła w lecznictwie jest ta okoliczność, że promienie chemiczne w przeciwstawieniu do cieplnych nie sięgają w głąb tkanek, albowiem krew pochłania je w wysokim stopniu. Tyle jest jednak pewne, i można się o tem łatwo przekonać przez umieszczenie płyt fotograficznych pod skórę, że promienie fioletowe przynajmniej przez skórę przenikają, zwłaszcza po jej zanemizowaniu. Natomiast niepodobna zgodzić się na twierdzenie KAISER'a, który utrzymuje, że udało mu się wywołać reakcję na płytach fotograficznych nawet, jeżeli pomiędzy nimi a źródłem światła elektrycznego umieszczona została klatka piersiowa. Doświadczenia KAISER'a wykonane zostały z bromkiem srebra, który jako zanadto czuły na światło, do podobnych eksperymentów się nie nadaje. O bakteryobójczym działaniu światła wątpić zupełnie nie można, i ono prawie wyłącznie właściwe jest promieniom chemicznie czynnym, mianowicie ultrafioletowym, których siła bakteryobójcza 10 razy przewyższa wszystkie inne części widma słonecznego razem wzięte. Niestety, promienie ultrafioletowe przenikają li tylko przez najpowierzchniejsze warstwy skóry i w nich jedynie są w stanie unieszkodliwić drobnoustroje. Na szczęście przenikają promienie błękitne i fioletowe przez skórę.

rę znacznie łatwiej, a i ich siła bakteryobójcza jest dość wyraźna. Jeśli zatem niektórzy amerykańscy lekarze chcą światłem leczyć gruźlicę krtani, płuc i, tak dalej, to należy być wobec powyższych danych względem takich obietnic arcy-sceptycznym. Zapewne możliwe jest, że odporność ustroju względem zarazków pod wpływem światła się zwiększa, ale o tem nic pewnego nie wiemy. Przeciwno infekcyi ogólnej i światło jest bezsilne. Tyle uczy już obecnie trzeźwa obserwacya. Nie na tem opiera się też leczenie światłem chorób zakaźnych np. ospy. Rozumowanie FINSEN'a względem tej ostatniej jest następujące: wychodząc z założenia, że światło drażni skórę i że ono samo przez się wywołuje zapalenie skóry, twierdzi on, że i ropienie u chorych na ospę powstaje li tylko przez działanie światła na pęcherzyki, i że przez usunięcie owego szkodliwego wpływu promieni fioletowych można zapobiedz ropieniu, wystąpieniu wtórnej gorączki oraz wytworzeniu się blizn. Co najważniejsza, dedukcyje FINSEN'a w praktyce się sprawdziły. Umieszczenie chorych w pokojach o czerwonych szybach, obiciach i t. d. dało zarówno FINSEN'owi w 150 przypadkach, jak i wielu innym badaczom jaknajpomyślniejsze rezultaty. Nadto okazało się, że w ten sposób można skrócić przebieg ospy, i że chorzy nie narzekają na świerzbień skóry. Jedynie CZISTOWICZ wspomina, że pobyt w owych czerwonych salach pobudza w wysokim stopniu zarówno chorych, jak i lekarzy i personel szpitalny. Ponieważ nowsze badania przemawiają za tem, że i żółte i zielone promienie nie wywierają owego szkodliwego działania na skórę, należy więc wypróbować, czy nie wystarcza umieszczanie chorych na ospę w pokojach, sztucznie oświetlonych lampą gazową, naftową lub też światłem elektrycznym żarowem. W ten sposób dałoby się znacznie uprościć postępowanie lekarskie. Pamiętać jednakże należy, że działanie światła w ospie właściwie nie ma charakteru leczniczego, lecz tylko zapobiegawczy przez usunięcie ujemnego wpływu promieni fioletowych. Z innych chorób wysypkowych stosowano światło w szkarlatynie, różyczce i odrze. Zwłaszcza względem tej ostatniej otrzymano bardzo zachęcające rezultaty (BACKMAN). KRUKENBERG podnosi działanie światła w leczeniu róży, a WINTERNITZ i RIEDER opisują świetne wyniki leczenia pryszczycy (*eczema*) światłem czerwonym. Zdaje się, że w jego przypadkach, gdzie chorych, okrytych czerwonymi szalami, umieszczano przez dłuższy czas na słońcu, światło odgrywa pozytywną, nie jak w ospie, ujemną rolę. Światło, jak powszechnie wiadomo, stosujemy w celach leczniczych przeważnie w postaci światła słonecznego oraz elektrycznego, pochodzącego z lamp żarowych lub łukowych. Siła lamp łukowych musi być nadzwyczaj wielka, jeśli one w swem działaniu dorównać mają choć w części światłu słonecznemu. Siła świetlna tego ostatniego równa się sile 70,000 świec normalnych, natomiast lampy łukowej od 5 — 10 Amp. tylko 500 — 1000 świec. Jeśli chcemy zatem zastąpić t. zw. kąpiel słoneczną kąpielą świetlno-elektryczną, to należałoby właściwie użyć lampy o sile około 150 Amp.

Publikacye niektórych autorów, tutaj wymienić należy przedewszystkiem rosyjskiego autora MININ'a, który światło elektryczne zaleca jako panaceum przeciwko wszystkim prawie chorobom, poczynawszy od trypra, a skończywszy na niepohamowanych wymiotach ciężarnych, nie wyłączając i znieczulenia ogólnego i miejscowego, gdyż światło i chloroform i kokainę ma zastąpić, nie zasługują zupełnie na wiarę. Wszystkich tych cudów miały dokazać fioletowa lampka żarowa o sile 16 świec oraz łukowa o sile kilkunastu Amper. Są to zaprawdę doży homeopatyczne. Co się tyczy światła żarowego wogóle, to polega ich działanie, według FINSEN'a i jego szkoły, li tylko na wpływie termicznym. Wynalezione przez KELLOG'a t. zw. kąpiele świetlne, owe skrzynie zaopatrzone w kilka-

dziesiąt lamp żarowych i kilka lamp łukowych, uważać należy za najlepszy rodzaj rzymskiej kąpeli, najlepszy ze względu na możliwość dowolnego dozowania ciepłoty w każdej chwili i w każdym miejscu ciała, oraz dla ich nadzwyczajnej dogodności technicznej; prócz tego działanie termiczne światła sięga bardzo daleko wgłąb ciała, albowiem tkanki ustroju są przenikliwe dla promieni cieplnych, zwłaszcza dla czerwonych. Swoistego działania na czynności ustroju ani na przemianę materii kąpielom świetlnym KELLOG'a FINSEN nie przypisuje. Największe tryumfy święci światłolecznictwo na polu leczenia wilka (*lupus vulgaris*); działanie owe wywołują również wyłącznie promienie chemiczne, opiera się ono na wpływie bakteryobójczem oraz wytwarzaniu stanu zapalnego skóry. Zalety leczenia światłem wilka są wielkie: jest ono bezbolesne, rezultat kosmetyczny jest bardzo dobry, blizny mają wygląd gładki, nie szpecą nadmiernie, zdrowych części leczenie zupełnie nie dotyka i t. d. Do leczenia wilka używa FINSEN skoncentrowanego światła słonecznego oraz skoncentrowanego światła elektrycznego, pochodzącego z lampy łukowej o sile 60 — 80 Amper. Szczegółów, dotyczących techniki, niepodobna podać w krótkim streszczeniu. Dotychczas leczył FINSEN 640 przypadków, z nich w 450 leczenie zakończono, przyczem w 130 przypadkach nastąpiło wyleczenie zupełne: od 1 — 5 lat najmniejszego nawrotu nie było. Wogóle w 85% wynik leczenia był zupełnie zadawalniający, w 15%, mianowicie w nadzwyczaj ciężkich i upartych przypadkach, zupełnego wyleczenia nie osiągnięto, tylko w 1,7% rezultat był niepomysłny. Na wilka błony śluzowej metoda FINSEN'a nie działa. Czas trwania leczenia koło 3 do 4 miesięcy. Prócz wilka zaleca FINSEN stosowanie swojej metody w następujących chorobach skóry: *lupus erythematosus*, *alopecia areata*, *epithelioma cutaneum*, *acne vulgaris et rosacea*, *naevus vasculosus planus*.

Światłolecznictwo powitać należy jako nową i obiecującą gałąź terapii, względem wszelkich skrajnych i bezkrytycznych publikacji należy się jednak uzbroić w dużą dozę sceptycyzmu.

D-r Aleksander Simon (Wiesbaden).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Zasady żywienia chorych.

Dwadzieścia jeden odczytów dla studentów i lekarzy. Przez prof. d-ra F. Moritz'a, dyrektora polikliniki w Uniwersytecie Monachijskim. Stronic 348 z 1 tabelą i 1 tablicą kolorowaną. Przełożył z niemieckiego d-r Henryk Landau, wydanie d-ra Teodora Dunina. Cena rb. 2 kop. 50.

Brak wyników dodatnich przy stosowaniu farmakoterapii w leczeniu wielu chorób, jako też i coraz większe postępy innych nauk lekarskich: fizjologii, higieny i chemii biologicznej zwróciły wybitne umysły świata lekarskiego ku czynnikom fizycznym takim, jak: powietrze, woda, słońce i t. d., a owocem tego zwrotu był zdumiewający rozkwit w ciągu ostatnich dziesięcioleci ubiegłego wieku fizycznych metod leczniczych lub też tych, które zawdzięczają swe powstanie najnowszym zdobyczom chemii biologicznej. Do tych ostatnich zaliczyć należy metodę leczenia surowicą i dyetoterapię. Gdy jednak pierwsza, poza su-

rowicą przeciwbłonniczą, wymaga wielu jeszcze prac, zanim pytanie o jej skuteczności będzie rozstrzygnięte, to wyniki, jakie otrzymujemy przy stosowaniu odpowiedniej diety w licznych stanach chorobowych, już i dziś nie ulegają żadnej wątpliwości. Wyniki te zapewne będą jeszcze lepsze, jeżeli pewne zagadki, dotyczące przemiany materii, zostaną ostatecznie wyjaśnione.

Odczyty prof. MORITZ'a zawierają w sobie wszystkie te fakty, jakie dotąd w sprawie przemiany materii poczytywane są za niezbite, że jednak w związku z tymi faktami obejmują one zarazem i cały zakres dyetetyki i traktują naukę tę, jako odrębną metodę leczniczą, niezaprzeczoną więc przysługę wyświadczyli naszemu ogółowi zarówno tłumacz, jak i wydawca, przyswajając piśmiennictwu polskiemu dzieło, jakiego brak dotąd dotkliwie uczuwać się dawał.

W pierwszych 6-ciu odczytach podaje autor wiadomości ogólne o zachowaniu się w ustroju substancji pokarmowych: białka, tłuszczu i węglowodanów, o wypotrzebowności, *resp.* przyswajalności pokarmów, ich wartości odżywczo-pięiężnej, wartości cieplnej, własnościach użytkowych i strawności. Po czym rzecz całą dzieli na dwie części. W pierwszej opisuje własności pokarmów fizyczne i chemiczne, ale zawsze w związku z oddziaływaniem na ustrój nie tylko zdrowy, ale i chory, w drugiej — bierze za punkt wyjścia ustrój, który odżywiać należy. Co do wiadomości ogólnych, to zaznaczyć należy, że pewne poruszone tu kwestye, jak np.: sposoby przyrządzania pokarmów i ich wartość odżywczo-pięiężna mogą mieć znaczenie nie tylko dla lekarzy, ale i dla szerokich kół społecznych, przygotowywać bowiem, wobec nieznaczących dochodów, tanie, lecz posilne potrawy jest to sztuka, której lud nauczyć trzeba. Zasługą tłumacza jest to, że, wymieniając wartość odżywczo-pięiężną pokarmów, za podstawę jej brał ceny targowe warszawskie z r. 1901, gdy autor posługiwał się cenami monachijskimi z r. 1895.

W szczegółowym przeglądzie pokarmów nie brak prawie ani jednego ze środków, którymi przywykliśmy się żywić, a więc mamy tu najpierw: rozmaite gatunki mięsiwa, ryby, jaja, mleko i jego produkty, następnie, pokarmy roślinne, jako to: różne gatunki zboża, rośliny strączkowe, jarzyny zielone, kartofle, grzyby, owoce i cukier, a ze świata nieorganicznego: wodę i sól kuchenną.

Dłuższy rozdział poświęcony jest używkom, i słusznie, gdyż co do ich działania, osobliwie co do działania alkoholu panuje dotąd jeszcze w nauce wiele zdań nieugruntowanych. Do używek zaliczone są korzenie, takie, jak: gorczyca, pieprz, cynamon, imbir i t. d., następnie, alkohol w postaci różnych gatunków piwa, wina i wódki, wreszcie, kawa, herbata, kakao, tytoń. Część 1-sza zamyka opis sztucznych preparatów odżywczych.

W części drugiej, w której punktem wyjścia jest chory ustrój, mamy nieocenione wskazówki, w jaki sposób powinniśmy odżywiać naszych chorych w poszczególnych chorobach, ale zawsze ze zwróceniem uwagi na to, że leczymy nie chorobę, lecz chorego. Na pierwszym miejscu stoi tu dieta, uwzględniająca głównie stan narządów trawienia, a więc znajdujemy rozmaite wzory diety, oszczędzającej owe narządy, jako też i diety, drażniącej je, wraz z wymienieniem chorób lub stanów chorobowych, w których tę lub inną dietę stosowaćby należało. (Nacisk duży położony na dietę niemowląt). Następnie idzie dieta ze szczególnem uwzględnieniem przemiany materii, t. j. kuracje tuczące i odtłuszczające. Wskazania dla pierwszych stanowią stany wychudzenia ustroju, jako to: gruźlica (metoda BREHMER'a — DETTWEILER'a), rozmaite stany osłabienia układu nerwowego, osobliwie histerya i neurasterya (metoda WEIR-MITSCHEL'a i PLAYFAIR'a), czasami i nerka wędrująca. Drugie stosujemy w leczeniu otyłości.

Dyete w otyłości, jako też i dyete w cukrzycy, z natury rzeczy, omawia autor nader szeroko, a więc po szczegółowym rozbiore warunków fizyologicznych, na których opierają się teorye powstawania tych chorób, rozbiera w otyłości odtłuszczające metody HAVY-BANTING'a, EBSTEIN'a i OERTEL'a i dodaje do nich i własną, w cukrzycy zaś przytacza wzory dyety odpowiednie dla cięższych i lżejszych postaci choroby. W grupie tej również mieści się dyetetyczne leczenie dny, skorbutu, stanów anemicznych, raka, żołądka i przynajmniej, jako też i chorób, których przyczynę, a nawet istotę samą upatrujemy dotąd w zaburzeniach w składzie mineralnym ustroju, t. j. krzywicy i rozmiękczenia kości. Dzieło kończy dyeta, uwzględniająca szczególnie uboczny (drażniący) wpływ pokarmów na narządy wewnętrzne, t. j. dyeta w cierpieniach narządów oddechowych, wątroby, nerek, dróg moczowych, serca, naczyń i układu nerwowego. Wreszcie, jako dodatek, — żywienie sztuczne.

Z rozbioru treści dzieła wnioskować można o bogactwie materiału, tam zawartego, i charakterze wykładu. Co zaś do sposobu przedstawienia rzeczy, to pod tym względem z odczytami prof. MORITZ'a rywalizować chyba może jedno tylko z pomnikowych dzieł literatury lekarskiej ubiegłego wieku, mianowicie „Patologia i terapia szczegółowa“, F. NIEMEYER'a, o którym ś. p. prof. Bronisław CHOJNOWSKI w przedmowie do polskiego wydania wyraził się w tych słowach: „Chociaż nie sądzimy, by wszystkie poglądy autora były prawdziwe, to jednak i wówczas nie możemy odmówić bystrego poglądu, logicznego powiązania przytoczonych faktów, a nadewszystko tego uroczego sposobu przedstawienia i opisania, który porywa i zachwyca, podnieca wyobraźnię i wzbudza zamiłowanie przedmiotu i chęć badania prawdy“.

Przekład polski odczytów, z wyjątkiem kilku wyrażen w rodzaju takich, jak np.: „w celu zapobieżenia“ zamiast „by zapobiedz“, — „enteroptoza czyli opuszczenie trzewiów brzusznych“, zdaniem mojem, lepiejby było „opadnięcie“, można nazwać wzorowym. Wobec tych zalet nie wątpię, że odczyty prof. MORITZ'a na długo stanowiąc będą dla naszych kół lekarskich lekturę poważną, a zarazem przyjemną i pożyteczną.

Stan. Lagowski.

Wiadomości bieżące.

— Następujący lekarze polacy praktykować będą w roku bieżącym w zdrojowiskach krajowych i zagranicznych: A b a z y a: d-r Ebers i d-r Kosteczki (obaj od września do maja). B a d e n pod Wiedniem: d-r Kümmerling. B i a r r i t z: d-r A. Bohdanowicz. B i r s z t a n y: d-r Władysław Zahorski. B u s k: d-rzy Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Otto, Radziszewski, Sulimierski. B y s t r a, Śląsk austr.: d-r Jekes. C i r k v e n i c a (Kroacja): d-r Ebers. C i e c h o c i n e k: d-rzy Arnstein, Asterblum, Certowicz, Ciagliński, Ignacy Dembicki, Górski, Franciszek Jezierski, Lubowski, Pajewski, Ruppert, Stockmann, Tanenbaum. C i e p l i c e T r e n c z y Ń s k i e: d-r Filipkiewicz i d-r Wobr. D r u s k i e n i k i: d-rzy L. Bujakowski, Berkman, Erbsztejn, Markiewicz, Szepietowski, Karol Zaleski. F r a n z e n s b a d: d-rzy Jan Rosner, d-r Moraczewska, Steinsberg, Zeitner. G l e i c h e n b e r g: d-r Bulikowski. G r i e s T y r o l p o ł u d n i o w y: d-r Nazarkiewicz. I n o w r o c ł a w, K s. P o z n a Ń s k i e: d-r Rakowski, d-r Krzy-

miński i d-r Przybyszewski. Iwonicz: d-rzy Klemens Dembicki, Staniszewski, Stauber, Wachtel. Jastrzębie, Śląsk pruski: d-r Witczak. Jaworze: d-r Tyszkiewicz. Karlsbad: d-rzy Hassewicz, Hochberger, Kaufmann Oskar, Kaufmann Maks, Kostecki Kreto- wicz, Maleszewski, W. Moraczewski, Scharf, Süsskind, Töpfer, Tugendhat, Ziembicki, Kropf, Schermant, Wittlin, Kołaczkowski, Rozencweig, Wasserthal i Riferes. Kamionka: d-r Bociński i d-r Kossowski. Kissin- gen: d-r Fr. Chłapowski. Kołob- rzeg: d-r Bronisław Daszkiewicz. Krynica: d-rzy Aronsohn, Askena- zy, Blatteis, Cercha, Ebers, Glücksmann, Kopff, Kmietowicz, Lorentski, Skór- czewski, Wąsowicz, Zarzycki. Krze- szowice: d-r Dura i d-r Walkowski. Landeck, Śląsk pruski: d-r Ostro- wicz i d-r A. Chłapowski. Lubień: d-r Józef Wernicki i d-r Wład. Kru- szyński. Luchaczowice (Morawy): d-r Spielmann. Maryenbad: d-rzy Harajewicz, Kaufmann Michał, Scher- mant. Meran: d-r Binder, d-r Kuce- ra. Nałęczów: d-rzy Puławski, Chet- chowski, Dobrucki i Tryjarski. Nau- heim: d-r Jankowski. Nizza, (Francya): d-rzy Tymowski, Uleczewski i Heymann. Odessa: d-r Kozłowski i d-r Jachi- mowicz. Ojców: d-r Niedzielski. Pi- szczany na Węgrzech: d-r Teich- mann. Pohulanka (siedem wiorst od Dynaburga): d-r Noiszewski. Połą- ga: d-r Świętochowski. Rabka: d-rzy Supiński, Kaden, Lang. Reichenhall: d-r A. Jaruntowski i d-r W. Sadowski. Reinerz: d-r Wł. Stan. Rosenheim (Kaiserbad) górna Bawarya: d-r Stani- sław Szuman. Rymaków: d-rzy Du- kiet, Jodłowski, Regiec, Śliwiński. Śła- wuta: d-r Dobrzycki, d-r Królewski, d-r Dzierzbicki. Solec: d-r Daniewski,

d-r Siarczyński i d-r Kosicki. Szcza- w n i c a: d-rzy Gorski, Cholewicz, Ham- merschlag, Kołaczkowski, Korczyń- ski Lud., Kruszyński, Ozarkiewicz, Sin- ger. Truskawiec: d-rzy Pelczar, Krzyżanowski, Peterseim, Praschil, Stan- genhaus, Frey. V i c h y: d-r Biernacki. Vittel: d-r Tymowski (w lecie). Wies- baden: d-r Błociszewski, d-r Szubert, d-r Simon i d-r Mierzwiński. Wysowa: d-r T. Piotrowski. Zakopane: d-rzy Majewicz, Chramiec, Chwistek, K. Dłu- ski, Janiszewski, Eljasz Radzikowski, Gaik, Żychoń.

— D-r RYMOWICZ z Kazania, pracu- jąc nad biologią laseczników influenzy i potrzebując dużych ilości hemoglobi- ny, chciał skorzystać w tym celu z opa- tentowanych roztworów hemoglobiny i silnie reklamowanych pod nazwą „he- matogenu“. D-r R. wybrał hematogen firmy ryskiej Trampodach i s-ka (roz- powszechniony i u nas przyp. red.). Pre- parat ten, sądząc z etykiet, jest wyjało- wionym, oczyszczonym roztworem he- moglobiny (*haemoglobinum depuratum ste- relisatum liquidum*). D-r R. przedewszy- stkiem postanowił przekonać się, o ile istotnie preparat ów jest wyjałowiony. Okazało się, jako średni wynik 4 badań, że i ctm. sz. badanego hematogenu da- je 831,600 kolonii głównie gronkowca białego z domieszką i złocistego, je- dnem słowem badany preparat jest hodo- włą gronkowca w roztworze hemoglo- biny. Użyty do badania preparat wzię- ty był z naczynia w oryginalnem opa- kowaniu; naczynie to po raz pierwszy było otwarte do wyżej wspomnianych badań.

— Kol. Bogdan Korybut-DASZKIE- wicz został mianowany ordynatorem Domu Wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.