

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 10.

Warszawa d. 10 Marca 1906 r.

T. XXXIV.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ —                   { półrocznie . . . „ 3 „ 50  
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10  
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdzku u 17-letniej dziewczyny, jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczolu tarczowego. Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — I. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględne. II. Przypadek oderwania sklepień pochwoowych podczas porodu (colpaporrhesis, po raz drugi się zdarzający u jednej i tej samej osoby. Podał Józef Saks. — Odczyty kliniczne. O leczeniu moczówki cukrowej (Diabetes mellitus). Sprawozdawca d-r med. Wł. Chodecki. — Streszczenia i Wyciagi. 27. Próba desmoidalna Sahl'i'ego, nowa metoda badania chemizmu żołądka w warunkach naturalnych i bez pomocy zgłębnika żołądkowego. 28. Leczenie sklerozy naczyń. 29. O żywieniu zapobiegawczem po laparotomii. 30. Nowe poszukiwania drobnoustroju w przyniciu. 31. W sprawie samostnego obrzku noworodków. 32. W sprawie badania wysięków opłucny na laseczniki gruzlicy. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 stycznia do 14 lutego 1906 r. — Ogłoszenia.

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) E. Flatau et J. Koelichen — Cancer de l'os temporale, occipitale et du cervelet chez une jeune fille de 17 ans, comme metastase d'un adénome colloïdale de la glande thyroïde. 2) D-r Sachs. — I. Un cas d'opération césarienne pour indication absolue. II. Un cas de colpaporrhesis pendant l'accouchement observée deux fois chez la même malade.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) E. Flatau und J. Koelichen — Krebs des Schläfen- und Hinterhauptbeines sowie des Kleinhirns bei einem 17 jährigen Mädchen als Metastase eines kolloidalen Adenoms der Glandula thyreoidea. 2) D-r Sachs — I. Ein Fall von Kaiserschnitt bei absoluter Indication. II. Ein Fall von Abreissen der Scheiden gewölbe (Colpaporrhesis), während der Geburt beobachtet zum zweiten Mal bei derselben Patientin.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdzku  
u 17-letniej dziewczyny,  
jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczolu tarczowego.

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9).

Przystępując do wyjaśnienia omawianych obecnie objawów, zaznaczyć przedewszystkiem należy, że szmer, który posiadał rytm synchro-

niczny z tętnem, należy uznać za arteryalny. W monografii OFFENHEIM'a (Die Geschwülste des Gehirns. 1896. p. 180—182) znajdujemy następujące uwagi o szmerach przy guzach mózgowia: „Częstokroć zdarza się słyszeć przy guzach mózgowia mniej lub więcej głośny, miarowy, synchroniczny z tętnem szmer. Słysząc go czasami nad całą czaszką, w większości jednak przypadków występuje on wyraźnie jedynie na ograniczonej przestrzeni. Objaw ten stwierdzony został przez FISCHER'a, HUTCHINSON'a, GRIESINGER'a, GERHARDT'a, HENOCH'a i wielu innych. Doświadczenie wykazało, że objaw ten wystę-

puje przedewszystkiem przy tętniakach tętnic na podstawie mózgu. Jednakże szmer mózgowy nie jest ani stałym, ani też pewnym objawem tętniaków, gdyż może być spowodowany zarówno przez obfitujące w naczynia nowotwory, jak np. w przypadku MEYER'a, jak również przez guzy, które uciskają jedno z większych naczyń mózgowych. Nadewszystko jednak znaczenie tego objawu zmniejsza ta okoliczność, że występować on może w wieku niemowlęcym i dziecięcym aż do czasu zarośnięcia wielkich ciemiaczek. W *rhachitis*, *hydrocephalus* i anemii objaw ten występować może nawet jeszcze u starszych dzieci. Na podstawie własnego doświadczenia mogę twierdzić, że nawet u ludzi dorosłych z wybitną małopokrwistością słychać czasami nad całą czaszką szmer systoliczny<sup>4</sup>.

Zdanie analogiczne znajdujemy dalej w monografii BRUNS'a o guzach układu nerwowego.

W nowem (IV) wydaniu swojego podręcznika zaznacza OPPENHEIM, że szmery czaszkowe mogą być stwierdzone również w *Hydrocephalus chronicus idiopathicus* u dorosłych, następnie we wrodzonym zwężeniu *foramen caroticum* (TROELTSCH, URBANTSCHITSCH), w chorobie BASEDOW'a, przy ucisku na *n. sympathicus* i wreszcie przy ateromatycznym zwyrodnieniu naczyń mózgowych.

Nie ulega wątpliwości, że szmery, stwierdzone w naszym przypadku, zależały od ucisku, wywieranego przez guz na tętnicę. Widoczne jest z protokołu sekcyjnego, że masa nowotworowa umieszczona była przeważnie z prawej strony (w tylnej części *squamae ossis temporalis dextri* oraz w przednim odcinku prawej kości potylicowej). Z tej okolicy nowotwór rozrastał się wzdłuż kości ku tyłowi i dołowi i w miejscu, położonem pomiędzy *protuberantia occipit. externa* i *foramen occipit. magnum*, przeżerał kość, wytwarzając w niej otwór. W okolicy tej opona twarda nie była przerywana, a jedynie zrośnięta z masą nowotworową.

Przypuszczamy więc, że w tej okolicy opona twarda wypuklała się nazewnątrz ku masie nowotworowej przez otwór w kości, i że w to wypuklenie wylewał się płyn mózgo-rdzeniowy. W ten sposób powstawała torbielowata konsystencja lewej masy nowotworowej. Dopiero dzięki takiemu powiększeniu objętości oraz niezawodnie wzmożonemu ciśnieniu lewej masy nowotworowej na lewą *art. vertebralis* powstawał miarowy szmer naczyniowy. Podczas uciskania na okolicę otworu w kości wtłaczano zarazem płyn mózgo-rdzeniowy do wnętrza czaszki, i wtedy znikał szmer, i jednocześnie torbielowata masa nowotworowa wyraźnie się zapadała. Zauważamy, że szmer odnosimy do *art. vertebralis*, nie zaś do *art. occipitalis* z następujących powodów: 1) Okolica nowotworu odpowiadała pod względem topograficznym bardziej pierwszej z wymienionych powyżej tętnic (a mianowicie temu odcinkowi *art. vertebralis*, który przebiega ponad *proc. transversus atlantis* ku wnętrzu czaszki). 2) Ucisk na *art. carotis* (której gałązkę stanowi *art. occipitalis*) pozostawał bez wpływu na szmer, jak również ucisk na *art. occipitalis* wyraźnego wpływu na szmer nie wywierał. 3) Drugi punkt, przy którego ucisku znikł szmer, znajdował się ponad pierwszym kręgiem szyjowym, a fakt ten daje się z łatwością wytłomaczyć przez ucisk, wywierany właśnie na *art. vertebralem*.

Co się tyczy płynu, który napełniał lewą masę nowotworową, uważamy za najprawdopodobniejsze, że był to płyn mózgo-rdzeniowy. Można by również przypuszczać, że była to krew żylna, pochodząca z *sinus rectus*, jednakże przypuszczenie to wydaje nam się mniej uzasadnionem. Pragniemy tu przypomnieć tę okoliczność, że przy ucisku na opisaną powyżej okolicę (otworu w kości) zjawiał się natychmiast u chorej silny ból głowy (zwłaszcza w lewej okolicy czołowej). A objaw ten najłatwiej uzależnić się daje od wzmożonego ucisku, wywołanego przez

chwilowe zwiększenie ilości płynu mózgo-rdzeniowego.

Z pośród innych objawów, obserwowanych u naszej chorej, pragnęlibyśmy wspomnieć pokrótce o jednym godnym uwagi fakcie, a mianowicie o zależności, jaką w naszym przypadku mogliśmy stwierdzić pomiędzy częstością tętna i ogólnym stanem chorej, a zwłaszcza natężeniem bólu głowy. Przeglądając historię choroby, od razu zauważyć możemy, jak znaczne bywały wahania zarówno w częstości tętna, jak i w ogólnym stanie chorej oraz w bólach głowy. Przeważnie dawało się stwierdzić, że w tych okresach czasu, w których chora czuła się lepiej i mało albo wcale nie cierpiała na ból głowy, tętno bywało częstsze. Przeciwnie zaś w czasie okresów przygnębienia i silnych bólów głowy tętno stawało się rzadsze. Bardzo wyraźnie daje się to zauważyć w okresie pomiędzy 28. II. i 6. III.

28. II. Bardzo silny ból głowy. Tętno 60.

29. II. Ból głowy mniejszy. Tętno 80.

1. III. Nieznaczny ból głowy. Tętno 112.

2. III. Silny ból głowy. Tętno 60.

4. III. Bólu głowy niema, *euphoria*, śpiewy. Tętno 104.

6. III. Silny ból głowy, wymioty, chora jęczy bez ustanku. Tętno 68.

Prócz tego zaznaczyć należy, że tętno 1) ulegało znacznym wahaniom co do częstości (6. I. = 52; 26. II. = 116) oraz, że 2) można było czasami stwierdzić znaczną różnicę w częstości tętna, zależnie od tego, czy chora siedziała, czy też leżała (np. w pozycji siedzącej tętno = 88 i bezpośrednio potem w leżącej pozycji tętno = 72—76).

Co się tyczy siedliska bólów głowy, to były one prawie wyłącznie umiejscowione w okolicy czołowej, a zwłaszcza w okolicy lewego oka. OPPENHEIM utrzymuje, że przy guzach mózdzku bóle bywają umiejscowione przeważnie w okolicy potylicowej, w karku, a

nawet w górnej części pleców. W naszym przypadku chora rzadko odczuwała ból w tylnych częściach głowy. Lewe oko było miejscem najczulszem, gdyż nawet przy uciskaniu na punkt, dokładnie opisany powyżej, chora odczuwała ból najsilniej w okolicy lewego oka. Lewe oko było również wrażliwe na ucisk, bezpośrednio na nie wywierany, gdy natomiast oko prawe wrażliwości tej nie wykazywało.

Ażeby zakończyć z układem naczyniowym, zauważamy tu jeszcze, że na 6 tygodni przed śmiercią spostrzegliśmy u naszej chorej rozszerzenie żył na twarzy. Zauważyliśmy mianowicie w okolicy lewego ucha, oka i lewej połowy czoła trójkąt, utworzony z żył (*venae temporales superficiales*), z których jedna biegła w kierunku ku lewemu policzkowi. W monografii swojej o guzach mózgowia OPPENHEIM zaznacza, że niekiedy u osób, cierpiących na nowotwór mózgu, zauważyć się daje widoczne rozszerzenie i falistość powierzchownych żył czaszki i twarzy postronie, odpowiadającej nowotworowi. Objaw ten spostrzegano prawie wyłącznie u dzieci.

Przechodzimy obecnie do omówienia zaburzeń, spostrzeganych w dziedzinie ruchowej, czuciowej i odruchowej.

W dziedzinie ruchowej ataksja mózdkowa (*démarche de l'ivresse Duchenne'a*, *titubation cérébelleuse*) stanowi, jak wiadomo, zaburzenie najwybitniejsze w równowadze układu mięśniowego. THOMAS nazywa w monografii swojej o mózdzku (*Cervelet*, Paris. 1897. p. 163) zaburzenia w równowadze i w sprawności ruchów przy zachowaniu siły mięśniowej i czucia syndromem mózdkowym. Oprócz tego objawu w ostatnich zwłaszcza czasach przytaczano cały szereg zaburzeń, którym jednak nie można przypisywać takiego znaczenia, jak ataksji mózdkowej. Do tego szeregu należy druga, według BRUNS'a daleko radsza, postać ataksji mózdkowej, podobna do ataksji tabetycznej (*tabischer Hahnentritt*, objaw ROMBERG'a). W kończynach górnych

w większości przypadków ataksji przytem nie bywa (BRUNS). Do rzędu zaburzeń w dziedzinie ruchowej należy również zaliczyć nieznaczne osłabienie kończyn po stronie, odpowiadającej chorzej półkuli mózdku (asthenia lub atonia LUCIANI'ego). Co się tyczy wyjaśnienia tego objawu, to OPPENHEIM uważa za wątpliwe, ażeby guzy mózdku, nie uszkadzające dziedzin sąsiednich, a zwłaszcza dróg piramidalnych, mogły dawać objaw hemiparezy po tej samej stronie ciała. W przypadkach tych chodziło prawdopodobnie o hemiataksję.

Specyjalnie w kończynach górnych opisywano częstokroć przy guzach mózdku zaburzenia, które polegały na drżeniu rąk, zmienionej sprawności ruchów, ataksji, pewnej niezręczności, występującej zwłaszcza przy ruchach zamiarowych (Duret. Les manifestations des tumeurs du cervelet. Revue neurologique. p. 949. 1903). Ruchy te, według DURET'a, są nieraz podobne do choreatycznych lub atetotycznych i dają powód do przypuszczenia, że chodzi o wieloogniskowe stwardnienie mózdku. Odpowiednia kończyna bywa jednocześnie asteniczna, osłabiona, łatwo ulega zmęczeniu. BRUNS skłonny jest zaliczyć zaburzenia w kończynach górnych do kategorii drżenia zamiarowego.

W ostatnich czasach BABIŃSKI zwrócił uwagę na dwa rodzaje zaburzeń ruchowych przy guzach mózdku i opisał je pod nazwą „asynergie cérébelleuse i adiadococinésie“ (Revue neurologique. 1899 p. 866; 1901 p. 260 i 422; 1902 p. 470 i 1013). Nazwą asynergii mózdkowej mianuje BABIŃSKI zaburzenie w równowadze, polegające na tem, że chorzy tracą zdolność koordynowania ruchów poszczególnych części ciała. BABIŃSKI miał przy tem na myśli stosunek ruchów tułowia do dolnych kończyn. Zaburzenie to występuje zwłaszcza wyraźnie przy chodzeniu i przy staniu. U jednego z jego chorych widoczne było np. podczas chodzenia, że nogi wykonywały prawidłowe ruchy, podczas gdy tułów skłaniał się ku tyłowi. W innym przypadku można

było nawet stwierdzić hemiasynergię mózdkową. Pod nazwą „adiadococinésie“ rozumie BABIŃSKI zdolność wykonywania w szybkim tempie szeregu ruchów (np. pro- i supinacji rąk). Przy guzach mózdku wstępuje według niego utrata tej zdolności (adiadococinésie).

Prócz tego zwrócił BABIŃSKI uwagę na przeciwieństwo, zachodzące pomiędzy równowagą statyczną i kinetyczną. Chorzy, którzy utracili równowagę kinetyczną, nie tylko mogą zachować równowagę statyczną, lecz nawet posiadać ją w wyższym stopniu. Chorzy tacy mogą, na przykład, leżąc na plecach przez długi czas, utrzymywać nieruchomo w powietrzu rozsunięte w stawach biodrowych kończyny dolne.

(D. n.).

Z oddziału położniczego szpitala im. małż. Poznańskich.

### I. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględniego.

### II. Przypadek oderwania sklepień pochwowych podczas porodu (colpaporrhaxis), po raz drugi się zdarzający u jednej i tej samej osoby.

Podał

JÓZEF SAKS (Łódź)

I. Cięcie cesarskie nie należy już co prawda do rzadkości, o których wzmianki w pismach codziennych bywają podawane, tem nie mniej każdy przypadek już choćby ze względów statystycznych na opublikowanie zasługuje; tem bardziej godzien jest zauotowania w prasie lekarskiej przypadek cięcia cesarskiego, z powodu wskazania bezwzględniego podjęty, jako przyczynek do nauki o bezwzględnie wąskich miednicach u nas, które na szczęście są rzadkiem u nas zjawiskiem.

Przypadek mój jest następujący.

Bajla P., 24 lata licząca, zamężna, pierwszotna. Chora zaczęła chodzić w 5 roku życia,

miesiączkować zaczęła w 14 roku, co cztery tygodnie; za mąż wyszła w 22 roku życia i po 3 miesiącach zaszła. Ostatnia miesiączka miała miejsce 17 czerwca 1904 roku. Bóle porodowe rozpoczęły się 24 marca 1905 r. po obiedzie. 25 marca po obiedzie wezwany zostałem do rodzącej z polecenia akuszerki, która obawiała się nieprawidłowego przebiegu porodu z powodu niezwykle drobnego wzrostu rodzącej.

Na miejscu stwierdziłem, co następuje. Rodząca bardzo małego wzrostu (125 ctm.)<sup>1)</sup>, kończyny dolne są rachitycznie bardzo zmienione, szczególnie kości goleni; w kościach biodrowych zmiany krzywice są mniej wyrażone. W dzieciństwie nie przechodziła jakoby żadnych chorób, oprócz krzywicy; na żebrach zmiany krzywice nie widoczne. Bóle porodowe silne i częste; brzuch wiszący w silnym stopniu. Przy badaniu zewnętrznym stwierdzam obecność główki nad wejściem do miednicy; grzbiet płodu z prawej strony, drobne części z lewej. Tętno płodu dobrze słyszalne, ruchy zaś jego również dobrze wyczuwalne.

Przy badaniu pochwowym prawie tuż za wejściem do pochwy palec napotyka silnie wystający wgórek krzyżowy, długość sprężyny ukośnej wynosi 6,8 ctm., prawdziwą szacuję na 5 ctm. (normalny wymiar 11 ctm.), przoduje główka, ledwo osiągalna; pęcherz płodowy zachowany; ciepłota ciała 36,5° — mieliśmy zatem wskazanie bezwzględne do cięcia cesarskiego. Rodzącą polecam przewieźć do szpitala im. Poznańskich, gdzie przy łaskawej pomocy kol. M. Cohna (*ad manum*), kol. L. Pinkusa (*narcosis* — chloroform) przystępuję do operacji. Po przecięciu powłok brzusznych i po założeniu serwet do jamy brzusznej, przecinam macicę *in situ* cięciem podłużnym; z kierunku więzów obłych rozpoznaję umiejscowienie łożyska na tylnej ścianie macicy, co się podczas operacji spraw-

dza; po rozdarciu pęcherza płodowego ukazują się w ranie rączka, za którą trudno wydobyć płód, dochodzę przeto do nóżki, poczem z łatwością wydobywam płód płci męskiej żywy. Łożysko, umiejscowione na tylnej ścianie macicy, zostaje oddzielone i usunięte; poczem zaszywam macicę siedmiu szwami głębokimi, nie chwytającymi błony śluzowej macicy, i kilku szwami powierzchownymi. Krwawienie z macicy bardzo umiarkowane; macica kurczy się dobrze; powłoki brzuszne zaszyłem szwem dwupiętrowym. Operacja trwała 35 minut. Dziecko dobrze rozwinięte, waży 3305 gramów; obwód główki wynosi 345 ctm.; *diameter biparietalis* 9,5, *diam. occipito-frontalis* 11,5 ctm.

Okres pooperacyjny przebiegł bardzo po myślnie; moc oddawała chora zaraz dobrowolnie, wypróżnienie nastąpiło czwartego dnia po olejku rącznikowym, dziecko zostało przyłożone do piersi trzeciego dnia po operacji. Ciepłota ciała nigdy nie przekraczała 37,2°. Dziewiątego dnia zdjąłem szwy brzuszne: rana skórna zagojona przez rychłozrost; 16 dnia po operacji chora zaczęła wstawać; przy badaniu wewnętrznym przekonać się było można, że macica jest należycie skureczona, zrosnięta jednak ze ścianą brzuszną. Wymiary miednicy były następujące: *dist. spinarum* 24,5 ctm., *cristarum* 20,0 ctm., *dist. trochanterum* 25,5, *conj. externa* 15,5; *dist. spin. ilei ant. super. dextrae ad symphysin* 15 ctm.; *dist. spin. ilei ant. super. sinistrae ad symphysin* 15 ctm.

W dziewiętnaście dni po operacji chora wypisana została do domu w stanie zdrowia po myślnym; w domu pacjentka, jak się dowiedziałem, przebyła zapalenie gruczołu mlecznego (*mastitis*).

II. W N. 38 „Gazety Lekarskiej” za rok 1902 opisałem „przypadek oderwania sklepień pochwowych od macicy” podczas porodu. Przy leczeniu zachowawczem chora wyzdrowiała, choć stan chorej był chwilami bardzo groźny. Ta sama osoba niedawno odbyła poród, podczas

<sup>1)</sup> Przeciętny wzrost kobiety 153 ctm.

którego ponownie nastąpiło oderwanie sklepień pochwowych od macicy. Przyjmując pod uwagę, że wspomniane uszkodzenie należy wogóle do rzadkich, powtórzenie się zaś podobnego uszkodzenia jest unikatem w literaturze mi dostępnej, ośmielam się przypadek mój opublikować.

Pacjentka M. B., 40 lat licząca, rodzi po raz dziesiąty; pierwsze cztery porody przebiegały dość ciężko, jednak kończyły się siłami natury; piąty poród przebiegł lekko (bliźnięta); podczas 6, 7 i 8 porodów położenie płodu było zawsze nóżkowe -- uwalnianie główki napotykało we wszystkich przypadkach trudności, i wszystkie dzieci rodziły się martwe. Ostatni poród miał miejsce przed 2½ laty, uwolnienie główki napotykało duże trudności, dziecko nieżywe. Zaraz po porodzie stwierdzono znaczne uszkodzenie sklepień pochwowych z wypadnięciem do pochwy pęteli kiszki.

Chorej doradziłem zgłoszenie się do szpitala na wypadek ponownego porodu. Dnia 23 lutego r. 1905 o godzinie 12 w nocy zgłosiła się pacjentka do szpitala z wyraźnymi, acz rzadko występującymi bólami porodowymi. Według obliczenia rodzącej, ciąża zbliża się ku końcowi 9 miesiąca; bóle porodowe wystąpiły jeszcze dnia poprzedniego. Przy badaniu rodzącej dnia 24 lutego w południe stwierdzam u rodzącej brzuch wiszący i rzadkie bóle porodowe, tętno płodu dobrze słyszalne. Przy badaniu pochwowem okazuje się, że ujście maciczne otwarte na 4 palce, przoduje główka, znajdująca się nieznacznie częścią obwodu swego w wejściu do miednicy, ruchoma, odchylająca się ku lewej stronie, wskutek czego zalecam rodzącej położenie na boku lewym.

Wymiary miednicy były następujące:

*Dist. spin.* 26 cm. *Dist. crist.* 28 cm. *Dist. trochant.* 32 cm.

*Conj. externa* 19 i *Conj. diagonalis* 9,5. *Conjug. veram* szacowałem na 8 cm.; mieliśmy zatem do czynienia z miednicą zwężoną. Zważyw-

szy, że pierwsze porody przy położeniu czaszkowem kończyły się siłami natury, postanowiłem przez czas jakiś obserwować przebieg porodu, aby ewentualnie na przypadek przedłużania się porodu lub jakiegoś powikłania zakończyć go w ten lub inny sposób.

Akuszerce zaleciłem zwracanie bacznej uwagi na rodzącą i prosiłem o zakomunikowanie mi przed wieczorem szczegółów przebiegu porodu. O godzinie 2 po obiedzie bóle porodowe zaczęły się wzmacniać; o godzinie 6 akuszerka zbadała rodzącą przez pochwę, przyczem stwierdziła, że otwarcie macicy nie powiększyło się, część pochwowa gruba, główka ruchoma przoduje, z części płciowych ukazuje się cokolwiek krwi płynnej.

O godzinie 7 bóle porodowe niezmiernie się wzmogły, i wygląd chorej się zmienił. Zawiadomiony o niepokojących akuszerkę objawach, przybyłem niezwłocznie do szpitala, gdzie zastałem rodzącą z wyrazem twarzy bardzo zmienionym: *aspectus gravis*, tętno 80, drobne; części płodu niezwykle wyraźnie wyczuwalne pod powłokami brzuszniemi (*malum omen!*), podejrzenie pęknięcia macicy. Przy badaniu pochwowem stwierdzam pęknięcie w sklepieniu tylnym, przoduje łożysko wraz z rączką, powyżej rączki wyczuwa się główkę. Od czasu do czasu występują bóle brzucha o charakterze bólów przy zapaleniu otrzewny, czkawka. Wątpliwości nie ulega, że mamy do czynienia z uszkodzeniem przewodu rodzącego.

Odurzenie chloroformowe; obrót na nóżkę, niezmiernie łatwy, rzecz zwykła przy pęknięciu macicy lub oderwaniu sklepienia pochwowego, uwolnienie płodu do główki bardzo lekkie, przy uwalnianiu główki pewne, choć nieznaczne trudności; łożysko wychodzi samo wślad za płodem. Płód duży, obwód główki wynosił 36,5 cm. (przeciętnie 34 cm.), *diameter occipitofrontalis* 12 cm., *diameter biparietalis* 10,5 cm., zatem wszystkie wymiary większe, niż przeciętne.

Przy badaniu więcej szczegółowem narządów rodnych okazuje się, że tylna ściana pochwy jest oderwana prawie na całej tylnej przestrzeni i z lewej górnej strony od szyi macicznej; kiszki pod palcami nie wyczuwam (podczas uprzedniego porodu miało miejsce wypadnięcie pętlic kiskowych). Miejsce uszkodzone zostało wytamponowane gazą jodoformową.

Pierwszy dzień poporodowy przebiegł бурлиwie: chora zwracała dwukrotnie, brzuch był bardzo wzdęty i bolesny; chora nie oddawała dobrowolnie moczu, ciepłota  $37,4^{\circ}$ — $36,2^{\circ}$ , tętno 108. Podczas następnych dni stan chorej był również bardzo groźny: chora przez szereg dni wszystko zwracała; w przeciągu 5 dni chora nie miała wypróżnienia: olej rącznikowy *per os*, ławatywy, atropina podskórnice były bezskuteczne, dopiero za pomocą wysokiego wlewania do kiszki podług HEGAR'a udało się wywołać wypróżnienie. Ze względu na osłabienie chorej dwa razy dziennie w przeciągu 10 dni wlewany był podskórnice fizyologiczny roztwór soli kuchennej; bezsenność uporczywa też dotkliwie dawała się we znaki chorej. Ciepłota ciała była przez cały czas niezbyt podniesiona, nie przekraczała bowiem  $38,7^{\circ}$  C. Jedenastego dnia po porodzie nie udało się już przy badaniu pochwowem stwierdzić żadnego otworu w miejscach uszkodzonych; tylna warg maciczna zrosnięta z pochwą, tworząc z nią jakby jedną całość; w tylnem sklepieniu utworzył się wysięk,

dość wysoko sięgający, który sprawiał chorej różne dolegliwości.

W 4 tygodnie po porodzie chora wypisała się ze szpitala na własne żądanie z ciepłotą ciała wciąż jeszcze podniesioną i z dużym wysiękiem przymacicznym. Po kilku dopiero tygodniach wysięk wessał się, i chora, którą widziałem po 10 tygodniach, czuła się nieźle.

Przypadek ponownego pęknięcia sklepienia u osoby, uprzednio już powyższem cierpieniem dotkniętej, jest pierwszym w literaturze zanotowanym, o ile sądzić mogę z literatury mi dostępnej, choć *a priori* oczekiwaćby należało powikłań przy porodach następnych; rzecz jednak dziwna, w literaturze są dotychczas zanotowane pomyślnie tylko przebiegi porodów następnych po omawianych uszkodzeniach.

Jaki był powód powstania uszkodzenia w naszym przypadku, orzec trudno; z dużem jednak prawdopodobieństwem twierdzić można, że zwężenie miednicy i większe niż przeciętnie wymiary główki przy jednoczesnym *locus minoris resistentiae* w miejscu poprzedniego uszkodzenia ponowne oderwanie sklepień pochwowych wywołało. Zbyt daleko zaprowadziłoby nas omawianie szczegółowe mechanizmu powstawania interesujących nas uszkodzeń; kwestya ta bynajmniej nie jest ustalona; nie ulega jednak wątpliwości, że odgrywają tu rolę te same momenty etiologiczne, które wywołują pęknięcie macicy.

## ODCZYTY KLINICZNE.

Prof. d-r NAUNYN.

## O LECZENIU MOCZÓWKI CUKROWEJ

*(Diabetes mellitus).*

Sprawozdawca

D-r med. Wł. Chodecki.

Znakomity badacz moczówki cukrowej prof. NAUNYN miał niezwykle interesujący odczyt kliniczny dla lekarzy: „O leczeniu moczówki cukrowej”, który podajemy tutaj sz. czytelnikom „Medycyny” w dokładnem streszczeniu.

Na moczówkę cukrową zachorować może człowiek z prawidłową budową ciała; obserwować możemy często tę chorobę przy cierpieniach lub uszkodzeniach mózgu i gruczołu trzustkowego (*pancreas*).

Ale leczenie cierpień tych narządów nie gra w terapii *diabetes mellitus* prawie żadnej roli. W większości przypadków choroba ta rozwija się na gruncie usposobienia, które bywa odziedziczone; każde cierpienie, nawiedzające ustrój, może przy istnieniu takiej skłonności odziedziczonej uczynić chorego dyabetykiem. Łatwo ztąd wyciągnąć wniosek, iż nie możemy spodziewać się wiele od leczenia tej ciężkiej choroby: możemy ją do pewnego stopnia złagodzić i osiągnąć względne wyleczenie. Pozostaje dawna skłonność, i choroba może się wrócić. Z drugiej strony, z usposobieniem tem należy liczyć się, zwłaszcza w rodzinach, w których zdarzały się przypadki *diabetes*, należy często badać mocznik na cukier, nawet w stanie zupełnego zdrowia. Szczególną uwagę należy zwrócić na osobniki otyłe i zbyt tłuste dzieci a także na członków takich rodzin, którzy nagle zaczęli okazywać skłonność do otyłości. Należy ich poddać odpowiedniemu leczeniu, dopóki jeszcze nie mają moczówki cukrowej. Tacy lu-

dzie powinni prowadzić tryb życia, przeszkadzający otyłości; należy im wyznaczyć odpowiednią pracę fizyczną i umysłową i przepisać stosowną dietę. Przy wyborze pokarmów należy mieć na uwadze osobne stanowisko węglowodanów i dzieciom podejrzanym dawać mało słodczy, a dorosłym — piwa. Spożywanie chleba, potraw mącznych i owoców, zawierających krochmal, powinno być ograniczone prawie w takim samym stopniu, jak u otyłych. Możemy polecać jednak mleko, owoce, oprócz bardzo bogatych w cukier, jak winogrona; konieczną jest rzeczą zachowywać właściwą miarę.

Jak tylko rozpoznamy moczówkę cukrową, należy przedewszystkiem określić stopień tolerancji i ustroju. W tym celu naznaczamy choremu dietę, zbliżoną do normalnej; ilość białka i tłuszczów powinna być obrachowana w przybliżeniu, a węglowodanów zaś — bardzo dokładnie. Cukier, słodczy i piwo należy od początku wyłączyć z jadłospisu. Przytoczymy tutaj kilka przykładów.

Przypadek I. Urzędnik lat 42 przywykł do umiarkowanego użycia piwa i wina, przedtem ważył 90, a obecnie 83 kilo; w moczu znaleziono od 3 miesięcy cukier (około 4%). Dostaje dla doświadczenia oprócz bulionu, kawy i wody, 300 gramów mięsa, 3 jaja, 20 grm. sera, 120 grm. chleba białego, 20 grm. owoców i  $\frac{3}{4}$  litra wina mozelskiego.

Gdy chory pozostaje przez 2 dni na tej diecie, na 3-ci dzień zbierają moc, wydzielony w ciągu doby.

Mocz chory wydzielił 2 litry z 1,7% cukru, a więc na dobę wydzielił go się 34 gramy. Ponieważ pokarm zawiera więcej, aniżeli 80 gramów krochmalu, to znaczy, że 50% cukru uległo rozkładowi, t. j. tolerancja chorego na węglowodany nie jest zła.

Przypadek II. Włościanin lat 33, *diabetes*, wykryty przed 5-iu tygodniami, silny głód i pragnienie, waży obecnie 45 kilo. Dostaje sposobem

próby, oprócz rosołu kawy i wody, 900 gramów mięsa, 75 grm. tłuszczu, 250 grm. chleba, 250 gr. mleka, 300 grm. owoców, dozwolono ogółem 100 grm. węglowodanów. Na 3 ci dzień wydziela przy tej dyecie 100 grm. cukru; jest to także jeszcze znośna tolerancya, mimo silnego wydzielania cukru.

Przypadek III. Robotnik lat 28 zachorował przed 2 laty przy typowych objawach moczówki cukrowej, zostawał na nieokreślonej dyecie, poczem waga ciała spadła z 70 kilo do 58. Chory nie może zajmować się robotą ciężką, a od roku cierpi na niemoc płciową (*impotentia*). Typowy obraz moczówki cukrowej bez powikłań.

Teraz zaś dostaje dziennie około 600 grm. mięsa, 500 grm. chleba psennego, 230 grm. owoców — tylko nie kartofli i nie rzepy, 2 litry mleka, 750 grm. zupy z 30—40 grm. mąki, 250 grm. lekkiego białego wina, wody *ad libitum*. Przy tej dyecie było na 3-ci dzień 5½ litra moczu z 8% cukru. Chory dostał wszystkiego w chlebie 60% krochmalu — 300 grm., węglowodanów w mleku — 4% cukru mlecznego — 80 grm., w owocach — średnio 4 — 5%, 10 grm., z mąką w zupie — 70% krochmalu 30 grm., wszystkiego 425 grm. cukru, t. j. więcej, aniżeli dostał w węglowodanach. Tolerancya w tym przypadku jest bardzo nieznaczna.

Teraz widzimy, o co nam chodzi. Tolerancya to ilość cukru, spalonego w ogólnej przemianie materii; co nie podlega rozkładowi, wydziela się z uryną. Powinienem więc znać nie tylko to, co wydziela się z uryną, ale także i to, czego mamy prawo wymagać od ogólnej przemiany materii. Zależy to od stanu odżywiania, a przedewszystkiem od ilości wprowadzonych do ustroju węglowodanów chleba i t. d. Z przykładów tych widzimy również, że przy określaniu tej tolerancji ustroju na węglowodany, robimy bardzo powierzchowny rachunek, uwzględniamy bowiem te tylko węglowodany, które wprowadzamy do organizmu jako chleb, mąkę i t. d. Tymczasem mięso zawiera również nie stałe ilości węglowodanów, jak glikogen, a oprócz tego cukier napewno tworzy się z mięsa, a u dyabetyków ze wszystkich substancji białkowych.

Ale i takie powierzchowne badania wystarczą, by stworzyć sobie pojęcie o ciężkości da-

nego przypadku. I tak, przypadek III przedstawia się nam, jako bardzo ciężki, przypadek II jest już nieco lżejszy, a przypadek I zaś jest zupełnie lekki. W tym ostatnim przypadku możemy już rachować na pewien pomyślny wynik leczenia, w przypadku zaś II rokowanie nie jest tak pomyślne i chory potrzebuje w każdym razie bardzo starannego leczenia. Bardzo zaś ciężkie przypadki III grupy dają bardzo złe rokowanie i kwalifikują się do leczenia szpitalnego.

Naturalnie we wszystkich przypadkach trzeba mieć zawsze na widoku możliwość powikłań. Choroby następcze okazują wpływ bardzo niepomyślny na rokowanie i bardzo utrudniają leczenie, ale nie są przeciwwskazaniem do niego. Tylko gruźlica w przypadkach bardzo ciężkich może być do pewnego stopnia przeciwwskazaniem, w średnich zaś utrudnia w każdym razie leczenie, w przypadkach zaś lekkich jest wskazaniem do energicznego leczenia, które, wpływając pomyślnie na *diabetes*, działa jednocześnie korzystnie i na gruźlicę.

W ten sposób przypadki średniego natężenia i lekkie należy z samego początku leczyć energicznie. Nie należy zapominać, że lekkie przypadki mogą stać się ciężkimi, i że leczenie tem więcej przedstawia widoków powodzenia, im wcześniej je rozpoczynamy, szanse zaś powodzenia stają się tem mniejsze, im dłużej trwa *diabetes*.

Zadanie leczenia polega nie tylko na tem, żeby dostatecznie odżywiać chorego przy cukromoczu, jest to nie leczenie, lecz opieka. Leczenia ma zadanie znacznie szersze: powinno ono zwiększyć tolerancję ustroju na węglowodany i to w tym stopniu, by chory przy dostatecznem odżywianiu nie wydzielał cukru lub tylko czasowo i w ilości nieznacznej. Polepszenie się tolerancji możemy osiągnąć, oszczędzając odpowiednią funkcję, t. j. przemianę materii, a w szczególności cukru. Możemy prawie na pewno spodziewać się, iż bez leczenia tolerancya ciągle zmniejszać się będzie, ilość cukru zaś w moczu przy jednakowem odżywianiu ciągle zwiększać.

Taką skłonność do ciągłego zwiększania się okazuje glikozurya, gdy ilość cukru w moczu przez czas dłuższy przewyższa 1%.

Jeżeli jasno przedstawimy sobie, że wszystkie nasze usiłowania powinny być skierowane do tego, by zmniejszyć lub zupełnie usunąć wydzielanie cukru, to doświadczenie wskaże nam fakt ważny, że usunięcie glikozuryi wtedy tylko wywiera wpływ pomyślny na przebieg dyabetu, gdy osiągniemy je drogą zabiegów dyetetycznych. Możemy również zmniejszyć wydzielanie cukru przez niektóre środki apteczne, jak: arsenik, chinina, kwas karbolowy, *natr. salicyl.*, *extractum syzygii jambolani*. Głównie jednak m a k o w i e c (opium) okazuje się często bardzo skutecznym i zmniejsza rzeczywiście wydzielinę cukru w moczu. Ale działanie tych środków nie odznacza się bynajmniej stałością, i, chcąc je utrzymać, musimy ciągle zwiększać dawki; gdy zaś lekarstwa usuniemy, widzimy niestety jasno, że skutek był tylko chwilowy i tolerancja nie zwiększyła się. Środki więc apteczne mogą służyć jako dopełnienie zabiegów dyetetycznych, ale zastąpić ich nie mogą.

Jeżeli chory leczy się w domu, należy określać mu ilość przyjmowanego codziennie pokarmu. Nie jest to wcale tak trudno: najlepiej jest podawać każde jedzenie na osobnym talerzu i określać jego ilość za pomocą ważenia. Sosów można nie brać w rachubę, chyba że zawierają mleko lub węglowodany; tych ostatnich nie możemy podawać bez kontroli i ilości ich musimy ściśle oznaczyć. Tak np. możemy pozwolić na dzień 100 gramów chleba białego i 500 gr. mąki. Jeżeli chory zamiast tego chce dostać zupę z ryżem, lub kaszką owsianą, albo mąkę i mleko w jajecznicy, to może to otrzymać, ale powinien w każdym razie wziąć w rachubę ilość mąki w zupie a także mąki i mleka w jajecznicy. Możemy pocieszyć chorego tem, że ważenie pokarmów potrzebne jest tylko przez kilka dni, a potem oko nabiera takiej biegłości, że można obyć się bez wagi. Ale, jeżeli chory nie chce lub nie może zająć się temi rzeczami, niech najlepiej wstąpi do szpitala, lub musimy w takich razach ograniczyć się do powierzchownego ograniczenia węglowodanów, co jest możliwe tylko w przypadkach lekkich i przy ciągłej obserwacji dokładnej stopnia glikozuryi.

Tutaj mówić będziemy tylko o przypadkach lekkich lub średniego natężenia, przypadki ciężkie wymagają koniecznie leczenia szpitalnego.

Przypadki ciężkie charakteryzują się poważnymi ogólnymi objawami i małym stopniem tolerancji ustroju na węglowodany. Nie jest tak łatwo odgraniczyć lekkie przypadki od średnich.

Do lekkich należy zaliczyć te przypadki, gdzie ogólne niezbyt ciężkie objawy idą w parze z pomyślnym wynikiem oznaczenia stopnia tolerancji, co prawie zawsze się zdarza. Forma średnia obejmuje te przypadki, które z samego początku nie są ani lekkie, ani ciężkie. W niektórych przypadkach tylko dłuższa obserwacja pouczy nas, z jaką mianowicie formą mamy do czynienia. Większość przypadków tylko z początku okazuje lekki przebieg, a następnie występują ciężkie objawy. Tyczy się to zwłaszcza mniej zamożnych chorych.

Przypadki lekkie przy troskliwym i rozumnym leczeniu powinny już po upływie kilku tygodni, najpóźniej miesięcy, okazywać takie zwiększenie się tolerancji na węglowodany, by mogły znosić 60 — 80 grm. chleba bez cukru w moczu.

Stary pogląd, według którego należy uznać za lekkie wszystkie te przypadki, w których po usunięciu węglowodanów cukromocz znika, nie ma należytej podstawy. Nadto jest on w praktyce niebezpieczny, przy zupełnym bowiem usunięciu węglowodanów większość nawet ciężkich przypadków nie przedstawia cukru w moczu.

Zadanie więc leczenia polega na tem:

I. W lekkich przypadkach musimy dążyć, by uwolnić chorego od cukru w moczu i utrzymać stan ten przez ćwierć roku lub lepiej jeszcze do tego czasu, dopóki nie nabierzemy przekonania, że glikozurya nie ma dążności do powiększania się. Dalej nie należy pozwolić, by ilość cukru w moczu przewyższała przez czas dłuższy 0,5%; jeżeli zaś przekracza tę ilość, to nie powinno to zdarzać się często.

II. Na przypadki średniego natężenia należy zapatrywać się jeszcze poważniej. Możemy je uwolnić również od cukru. I jeżeli przypadek okaże się równie pomyślnym, jak i lekki, to musimy z początku na długo uwolnić go od cukru, uciekając się w razie potrzeby do energicznego leczenia. Należy zawsze mieć na uwadze, że każde, chociażby lekkie i przechod-

nie zwiększenie się glikozuryi może stać się stałem i niebezpiecznem dla ustroju.

Dla leczenia dyetetycznego konieczne jest przepisanie potraw, inaczej bowiem nie osiągniemy celu. Dla tego, zwłaszcza z początku, nie należy używać szumnie reklamowanych środków odżywczych lekarskich dla dyabetyków. Przy opiece zaś nad więcej zamożnymi dyabetykami, jeśli nie znajdują się pod ścisłym dozorem, środki te grają ważną rolę.

Tym sposobem możemy ograniczyć się do potraw, znajdujących się w domach średnich warstw społecznych: pieczeń, szynka, kielbasa, jaja, ser, masło, chleb, owoce, mleko, śmietanka, herbata, kawa, wino. Choremu powinniśmy wskazać koniecznie jakość i ilość pokarmów, rachując się przytem z potrzebami ustroju, a dla tego należy wiedzieć i brać w rachubę liczbę ciepłotek (*calories*), zawartych w pożywieniu. Nie możemy obejść się bez takiego rachunku, chory bowiem powinien odżywiać się dostatecznie, ale nie za wiele. Zrozumieli to już dobrze i dawniej-si badacze moczołwki cukrowej.

Człowiek, który nie pracuje zbyt intensywnie, a diabetyk nie powinien zbyt trudyć się podczas leczenia, potrzebuje przy średniej wadze ciała 120—140 funtów, 2500 ciepłotek.

Liczba ciepłotek w pokarmach wynosi przeciętnie:

|               |    |
|---------------|----|
| dla krochmalu | 4, |
| białka        | 4, |
| tłuszczu      | 9, |

t. j. jeden gram substancyi daje tyle ciepłotek.

Liczba ich w pokarmach ustanowiona jest czysto empirycznie; obliczenie to jest naturalnie bardzo przybliżone, sposób przygotowywania pokarmów bowiem jest bardzo rozmaity.

Liczba ciepłotek w jednym gramie:

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| mięsa tłustego, baraniny lub świniny  | . 2   |
| dobrej kielbasy . . . . .             | . 5   |
| jaj (w sztukach, a nie w gramach) po  | . 75  |
| sera tłustego . . . . .               | . 4   |
| „ chudego taniego . . . . .           | . 1.5 |
| masła krowiego . . . . .              | . 8   |
| tłuszczu . . . . .                    | . 9   |
| słoniny . . . . .                     | . 8   |
| chleba . . . . .                      | . 2.5 |
| mąki . . . . .                        | . 3   |
| owoców, sałat przygot. z 10% tłuszczu | . 1   |
| mleka niezbieranego . . . . .         | . 0.6 |
| śmietanki . . . . .                   | . 3   |

Znaczną liczbę ciepłotek w kielbasie, jajach, serze, śmietanie, a także w owocach możemy objaśnić tylko wielką zawartością tłuszczu; mięso zawiera 2 ciepłotki, które zawdzięcza tylko tłuszczowi. Mięso chude gotowane ma 1 tylko ciepłotkę.

W ten więc sposób, jeżeli chory otrzymuje na dzień 400 grm. owoców i sałaty, 80 grm. tłuszczu, 100 grm. chleba, 80 grm. sera, 300 grm. mleka, 100 grm. śmietanki, 1 dużą pomarańczę lub 100 grm. malin,  $\frac{1}{2}$  litra wina lub 60—80 grm. koniaku, to dostaje zupełnie wystarczającą ilość pokarmu, nawet w tym razie, jeżeli wydziela 100 grm. cukru. Trzeba odrachować naturalnie wydzielony cukier, licząc po 4 ciepłotki z ogólnej ilości przyjętego pokarmu, aby otrzymać rzeczywistą ilość, a jeśli ona nie zawierać będzie 2500 ciepłotek, to należy koniecznie dodać tłuszczu. Najlepiej jest 2 jaja zastąpić przez tłuszcz.

(D n)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

27. A. KÜHN. Próba desmoidalna Sahli'ego, nowa metoda badania chemizmu żołądka w warunkach naturalnych i bez pomocy zgłębnika żołądkowego.

Feliks EICHLER. Przyczynek do próby desmoidalnej Sahli'ego.

W roku zeszłym ogłosił SAHLI nowy sposób badania chemizmu żołądka bez zastosowania zgłębnika żołądkowego. Sposób swój oparł S. na badaniach SCHMIDT'a, który dowiódł, że surową tkankę łączną jest w stanie strawić tylko sok żołądkowy. Próba SAHLI'ego, nazwana próbą desmoidalną, polega na następującem: pigułkę, zawierającą błękit metylenowy lub jodoform, umieszczamy w woreczku gumowym i zawiązujemy woreczek nitką z surowego katgut; chory otrzymuje woreczek po obiedzie. Jeśli żołądek danego osobnika wydzieli prawidłowy sok żołądkowy, to nitka katgutowa ulegnie w żołądku strawieniu, woreczek gumowy otworzy się, pigułka wypadnie z woreczka, i w moczu wykryjemy metylenblau lub jodoform. Przy niedomodze zaś wydzielniczej żołądka woreczek pozostanie zamkniętym, i w moczu nie wykryjemy powyższych odczynników. Dodatni wynik próby dowodzi tedy prawidłowej sprawności chemicznej żołądka, ujemny — braku wydzielania w żołądku. Po podaniu pigułki z błękitem metylenowym występuje w moczu zielonawe zabarwienie zazwyczaj po upływie 6—20 godzin, po podaniu zaś pigułki z jodoformem w tym samym czasie wykryć możemy jod w moczu za pomocą kwasu siarczanego i chloroformu.

EICHLER zajął się przede wszystkim sprawdzeniem, czy istotnie tylko sok żołądkowy, t.j. kwas solny wspólnie z pepsyną, zdolny jest strawić nitkę katgutową, czy też także działanie wyrzucić może również sok trzustkowy, żółć, sam kwas solny lub sama pepsyna. Wynikiem tych doświadczeń było stanowcze stwierdzenie, że istotnie tylko kwas solny razem z pepsyną

jest w stanie strawić nitkę katgutową, nie ulegającą natomiast wcale działaniu innych soków trawiennych. Nawet po poddaniu nitki katgutowej 1½ godzinnemu działaniu soku żołądkowego, nie została ona strawioną następnie przez sok trzustkowy nawet po upływie 24 godzin.

KÜHN podał woreczki z błękitem metylenowym 54 chorym, u których jednocześnie badał czynność wydzielniczą żołądka za pomocą zgłębnika. Na zasadzie swych spostrzeżeń autor ten przyszedł do wniosku, że próba desmoidalna jest wskaźnikiem obecności wolnego HCl w żołądku. W swych przypadkach nie podaje K. wszakże ani cyfr wolnego HCl i ogólnej kwasności, ani też liczby godzin, po upływie których wystąpiło zielonawe zabarwienie moczu.

EICHLER podał owe woreczki 30 chorym w oddziale prof. EWALD'a i badał mocz po upływie 4, 6, 8, 12, 18 i t. d. godzin. Chorzy otrzymywali tego samego dnia rano śniadanie próbne EWALD'a, a po obiedzie woreczki z 2 pigułkami, jedną z błękitem metylenowym, drugą z jodoformem. Wyniki badań autora przedstawione są na tablicy: w przeważającej większości przypadków zielone zabarwienie moczu występowało ściśle o tejże godzinie, o której wykryć można było w moczu jod. W jednym przypadku jod wykryto w moczu już po upływie 4 godzin, a zielonego zabarwienia moczu wcale nie stwierdzono, przypadek ten potwierdza zdanie autorów francuskich, że w niektórych, wyjątkowych razach błękit metylenowy nawet po zastrzyknięciu pod skórę do moczu nie przechodzi.

Co się tyczy równoległego zachowywania się wydzielania soku żołądkowego i wyniku próby desmoidalnej, to naogół wyniki były zgodne: dodatni wynik tej ostatniej próby istotnie odpowiadał obecności wolnego HCl, ujemny zaś brakowi wolnego HCl (w 25 przypadkach na 30). W pięciu wszakże przypadkach wyniki były od-

mienne. W jednym z nich wynik próby desmoidalnej okazał się ujemny pomimo obecności wolnego HCl (27), ogólnej kwaśności 61 i pepsyny 5 mm.; autor tłumaczy fakt ten okolicznością, że w godzinę po śniadaniu próbnym można było wydobyć z żołądka zaledwie kilka ctm. sz. zawartości, co dowodzi wzmożonej czynności ruchowej żołądka, a więc zbyt prędkiego przejścia woreczka do dwunastnicy, zanim jeszcze nitka katgutowa mogła uleść strawieniu w żołądku.

W 4 pozostałych przypadkach wynik próby desmoidalnej był dodatni przy zupełnym braku wolnego HCl po śniadaniu próbnym. W pierwszych dwóch z pośród tych przypadków tłumaczy się to obecnością związanego HCl i pepsyny, a więc sprawnością trawienną soku żołądkowego. W pozostałych wszakże 2 przypadkach związanego HCl również nie było, ogólna kwaśność wynosiła 7 i 3, a pepsyny 2,5 i 3 mm. Jak tu wytłumaczyć dodatni wynik próby desmoidalnej? Słusznie już SAHLI, JÜRGENSEN i RIEGEL zwrócili uwagę na to, że próbne śniadanie EWALD'a stanowi w pewnych razach bodziec zbyt słaby dla wydzielania kwasu solnego, i że wówczas możemy otrzymać wolny HCl po podaniu próbnego obiadu. Istotnie w jednym z powyższych przypadków autor stwierdził po obiedzie próbnym obecność związanego HCl i ogólną kwaśność 33!

W próbie więc desmoidalnej, stosowanej po obiedzie, mamy w pewnych razach lepszy wskaźnik sprawności trawiennej żołądka, niż w śniadaniu próbnym EWALD'a.

Na zasadzie swych badań EICHLER sądzi, że próba desmoidalna pozwala wyciągać dość ważne wnioski o sprawności trawiennej danego żołądka. Gdy bowiem otrzymamy dodatni wynik w ciągu pierwszych 15—20 godzin, to dowodzi niewątpliwie (z warunkiem, rzecz prosta, dokładnego przygotowywania woreczków (przyp. ref.)), że żołądek wypełnił najtrudniejsze zadanie i strawił nitkę katgutową, a więc wydzieliła w dostatecznej ilości HCl i pepsynę. Atoli próba desmoidalna nie wskazuje nadkwaśności soku żołądkowego, dalej w razie ujemnego wyniku nie daje żadnej możności rozstrzygnąć pytania, jakim cierpieniem dotknięty jest żołądek (rak, *achylia gastrica*, *hypermobilitas* i t. d.), względnie, czy przyczyną ujemnego wyniku próby nie

jest cierpienie kiszek, nerek lub serca. Musimy się wówczas zwrócić do zgłębnika żołądkowego.

Tak więc ujemny wynik próby desmoidalnej wskazuje tylko ogólnikowo cierpienie żołądka, tak jak wykrycie tkanki łącznej w kale po dodaniu 100,0 mięsa surowego wołowego (metoda SCHMIDT'a). Autor porównał właśnie obydwie te metody: 8 chorym swym podawał współcześnie z pigułką metylenblau 100,0 surowego mięsa wołowego i 80,0 surowej szynki dziennie. Wyniki obudwu prób były najzupełniej zgodne: wynik ujemny próby desmoidalnej odpowiadał ściśle obecności znacznej ilości tkanki łącznej i przeciwnie.

Autor poleca próbę desmoidalną szczególnie w tych przypadkach, w których wprowadzanie zgłębnika bądź jest wogóle przeciwwskazane, bądź napotyka trudności ze strony chorego. Zaznacza jednakże z naciskiem, że pomimo względnej wartości tej próby badanie czynności żołądka za pomocą zgłębnika, jako dające o wiele cenniejsze i dokładniejsze odpowiedzi, i nadal pozostanie w dawnej mocy.

(Münch. Med. Woch. 1905. N. 50).

(Berl. kl. Woch. 1905. N. 48).

W. Robin.

28. E. ROMBERG. Leczenie sklerozy naczyń.

Leczenie arteriosklerozy polega na leczeniu indywidualizowaniem oddzielnych objawów choroby. Trudności napotykamy wtedy, gdy jednocześnie zapada kilka na raz organów; nie mniej trudne jest rozpoznanie pierwszych okresów, gdy choroba przypomina cierpienia funkcyjne, neurasteniczne.

Objawy arteriosklerozy przypominają zjawiska, jakie widzimy przy osłabionej działalności serca. Niektóre cierpienia, jak *angina pectoris*, *asthma cardiale*, zmiany sklerotyczne ścian aorty — dają prawo przypuścić istnienie zmian naczyń wieńcowych serca.

Co się tyczy leczenia, to dawniej stosowano przede wszystkim naparstnicę. Środka tego należy jednak używać ostrożnie, aby nie zwiększać ciśnienia krwi; u ludzi starych naparstnica wywołuje często zaburzenia przewodzenia pokarmowego. W przypadkach udarów apoplektycznych jest bezwzględnie przeciwwskazana. Dawki zalecamy po 0,05 3—4 razy dziennie tak długo, dopóki serce reaguje. W niektórych przy-

padkach naparstnicę można zastąpić *t-ra strophanthi*.

W astmie stosujemy naparstnicę w połączeniu ze środkami nasennymi. W *angina pectoris* używamy naparstnicy tylko w przypadkach lekkich, zamieniając narkotyki przez nitroglicerynę lub *natrium nitrosum*.

Przy objawach ze strony jamy brzusznej (*plethora abdominalis*) polepszenie widzimy, stosując naparstnicę równocześnie ze środkami, wywołującymi obfite wypróżnienie. Przejściowe stadyum stanowią te przypadki, gdzie obok osłabienia mięśnia sercowego widzimy zjawiska międzymiędższowego zapalenia nerek. I tutaj stosować należy powyżej wskazane leczenie.

Wanny, zawierające CO<sup>2</sup>, należy zalecić tylko w początkach choroby i w rekonwalescencji. Absolutna ilość CO<sup>2</sup> niema znaczenia; większą rolę gra temperatura, nie wyższa nad 33° do 35°, przy której wanna działa kojąco.

Gimnastykę zalecamy tylko bierną, bez ruchów gwałtownych, ze względu na zmniejszoną odporność naczyń. Bez względu na to można ją wskazać tylko dla osób otyłych.

Przejdziemy do zmian naczyń mózgowych, które, prócz apopleksji i zatorów, wywołują zjawiska, ludzko przypominające ciężką neurastenię; podstawę rozpoznania różniczkowego stanowi podeszły wiek chorego. Przedewszystkiem więc należy zapewnić choremu możliwy spokój, a w przypadkach groźnych umieścić go w szpitalu lub zakładzie. Empirycznie widziano polepszenie wskutek częstego lubo w małych ilościach dostarczania pokarmu przy obfitym dopływie płynów.

Często spotkać możemy połączenie arteriosklerozy z nerwicą naczyniową i trudno o kreślić, która z tych chorób jest pierwotną. Z takich nerwic wspomnimy *claudicatio intermittens*, chorobę RAYNAUD'a, akroparestezye i t. d. Przedewszystkiem należy w tych przypadkach zapewnić choremu spokój, a dopiero potem pomyśleć o pobudzeniu działalności naczyń. W tym celu należy stosować wanny o temperaturze 33° do 35° C., unikając silnie drażniących procedur. Ze środków lekarskich stosujemy chininę 0,3—3 razy dziennie.

Przy ogólnej arteriosklerozie zalecamy przedewszystkiem jodek potasu. Dzisiaj wiadomo, że działanie jego polega nie na zmniejsze-

niu ciśnienia i na alkalizacji, lecz na zmniejszeniu włośowości krwi, dzięki czemu staje się ona bardziej płynną, nie tracąc na gęstości. Na organiczne zmiany jodek potasu wpływu nie posiada, ale przy funkcjonalnych oddaje znakomite usługi. Bezwarunkowo stosować go nie można w obrzęku płuc i chorobie BASEDOW'a. Należy dawkować po 0,1—0,3 — 5 razy dziennie w ciągu paru lat z przerwami.

Ponieważ nie możemy wpłynąć ani na sam proces, ani na przyczyny, wywołujące go (wyłączając przymiot), za pomocą lekarstw, staramy się więc przedewszystkiem zmniejszyć wymagania, stawiane ścianom naczyń. Bezczynność zupełna nie jest konieczna; ograniczyć jednak należy możliwie każdą pracę, indywidualizując chorobę. Zalecamy orzeźwiający sen. Dla odpoczynku wybieramy miejscowości, położone o 1000—1200 metrów nad poziomem, dla słabych sercowo 500—700. Stosujemy wanny, nakazujemy ostrożność w używaniu napojów wysokich i używek. Polecamy choremu potrawy mieszane, możliwie mało różniące się od zwykłego trybu życia. Wskazaniem dla specjalnej diety powinna być tylko określona choroba, gdyż i pod tym względem chorzy źle reagują na raptowne zmiany.

Powtarzamy raz jeszcze, że w sklerozie należy unikać zabiegów gwałtownych. Unikamy szablonu i ciągłych zmian, gdyż tylko wytrwałość przy indywidualizowaniu choroby może dać dobre skutki.

(Deutsche Med. Woch. 31 sierp. N. 35. 1905 r.).

H. Goldberg.

29. VON STUBENRAUCH. O żywieniu zaopieczawczem po laparotomii.

Autor opisuje przypadek, gdzie wstrzykiwaniami do światła kiszki płynów odżywczych udało się uchronić chorego od śmierci wskutek wyniszczenia.

Chora kobieta w wieku średnim cierpiała na gastryczne bóle na tle nerwowym; wśród ciągłych wymiotów odmówiła wkrótce zupełnie przyjmowania pokarmów. Lekarz ordynujący zaproponował laparotomię, która wykazała, że prócz słabego stanu zapalnego tkanki podsukowiczej grubej kiszki żadnych zmian niema. Wobec tego chirurg wstrzyknął do odcinka cienkiej kiszki, położonego o 1—1½ m. od oddźwiernika,

płyn odżweczy i zaszył otwór szwem LAMBERT'a. Następnie umocował bardziej odśrodkowo odciętek w ranie ściany brzusznej i w ciągu 6 dni powtarzał wstrzykiwania. Chora wyzdrowiała w ciągu 26 dni, przyjmując z biegiem czasu *per os* pokarmy płynne, a potem i stałe. Wycieknięcia zawartości przez otwór w kiszce nie było. Podobny zabieg operacyjny należy stosować u chorych, poddających się operacji w stanie silnego wyniszczenia wskutek zwężenia przewodu pokarmowego.

Stosowane dotąd u osób z upośledzonym odżywianiem wlewania lub wstrzykiwania podskórne nie zawsze wystarczają. Wlewany płyn często bywa natychmiast wydalany lub nie ulega wessaniu. Wstrzykiwania również często zawodzą z powodu braku odpowiedniego, łatwo wsysającego się preparatu. Wynaleziona ostatnio mieszanina SIEGFRIED'a najlepiej odpowiada zadaniu, lecz do dziś dnia przygotowanie jej jest połączone z trudnościami.

Technika operacji jest następująca. Skończywszy operację, wyciągamy odcinek кишки, odległy o 1—2 m. od oddźwiernika, wypełniamy go gazem, wkłuwamy igłę pustą lub trójgraniec i wolno, najlepiej szprycą, wstrzykujemy płyn. Płyn odpowiedni (higiamy w mleku) powinien być przygotowany przed samą operacją.

Już KADER proponował podobny zabieg, przyczem twierdził, że przy dokładnej aseptyce i sterylizacji płynu niebezpieczeństwa niema. Jeżeli jednak chirurdzy zachowują się powściągliwie wobec tego zabiegu, objaśnić to wypada głównie przeświadczeniem, że natychmiastowe po operacji dostarczenie pokarmu nie jest warunkowo konieczne.

Prócz odżywienia zabieg ten wzbudza jednak perystaltykę, znacznie upośledzoną u podobnych chorych. Należy tylko baczyć, aby ruchy robaczkowe nie wzmogły się ponad miarę, i w tym celu do płynu dodajemy dermatolu.

Autor zaleca następujące postępowanie.

Przed operacją wlewania odżywcze lub wstrzykiwania podskórne. Podczas operacji wstrzykiwania do cienkiej кишки i podskórne. Po operacji w ciągu pierwszych 12 godzin spokój zupełny i płukanie ust, a następnie próba podania zimnej herbaty *per os*. Dopiero na drugi dzień lekki posiłek.

Jeżeli w ciągu operacji pokaże się, że naturalne karmienie będzie niemożliwe w ciągu dłuższego czasu, pozostają tylko przetoki; jeżeli zaś obawa ta istnieje dla kilku dni, przyszywamy pętlę кишки do *peritoneum parietale*, nie zakrywając rany brzucha. Technikę zabiegu znamy; dodajmy więc, że należy pokryć ranę, prócz otworu w kiszce, pastą dermatolową lub izoformową, która tworzy nieprzenikliwą warstwę.

Podobnie postępował autor w przypadkach *ileus* lub w sprawach zapalnych lub ropnych ściany кишки. W podobnych przypadkach należy dać z początku ujście gazom lub płynnej zawartości, zostawiając na czas pewien trójgraniec w ranie. Częstokroć w celu przyspieszenia okładamy brzuch kompresami; zresztą, otwór można zawsze rozszerzyć odpowiedniej grubości drenem. (Deutsche med. Wochenschrift. 35. 1905).

H. Goldberg.

30. J. de LISLE. Nowe poszukiwania drobnoustroju w przymiocie.

We wstępie autor zaznacza, że badania kliniczne oraz doświadczenia wykazały, że przymiot jest chorobą bakteryjną, że drobnoustroj, ją wywołujący, ma siedlisko swoje we krwi, że żadna z wydzielin ustroju dotkniętego sprawą przymiotową nie jest zaraźliwa, że więc miejscowe afekcje sprawy tej, takie jak wrzód przymiotowy, lepsze płaskie, o tyle tylko okazują się niebezpiecznymi, o ile w chwili zetknięcia się z osobnikiem zdrowym wydzielają krew.(?)

Na powyższych opierając się danych, starano się określić, jaka ze składowych części krwi dotkniętego przymiotem gnieździ w sobie ów czynnik chorobotwórczy. Wszelkie jednak próby bądź to zastrzykiwań jej elementów postaciowych, bądź to jej surowicy okazywały się zawodnymi — przymiotu nie wywoływały. Natomiast zastrzykiwania osobnikom odpowiednim, t. j. czułym na zarazek syfilityczny, krwi całkowitej okazywały się skutecznymi, lecz też o tyle tylko, o ile posługiwano się tu krwią zupełnie świeżą, tuż zaczerpniętą u osobnika, sprawą chorobową dotkniętego.

Ponieważ więc z jednej strony, jak z powyższego wynika, krew syfilityczna zachowuje jadowność swoją o tyle tylko, o ile zachowuje

ją wewnątrz naczyń krwionośnych, t. j. o tyle, o ile osocze jej pozostaje niezmienione (nienaruszone), a z drugiej strony technika bakteriologiczna uprzednio nie była na tyle doskonała, by umożliwiła wykazanie we krwi takiej drobnoustroju chorobotwórczego, i ponieważ przymiot dawał się zaszczerpić jedynie za pośrednictwem krwi, tuż tuż dobytej, przeto, zdaniem autora, należało przyjąć jedną z dwóch hipotez: albo, że drobnoustrój przymiotu był niedostrzegalny, albo też, że znika on ze krwi za wpływem jakiejś substancji, powstającej z chwilą, kiedy krew co do składu swojego ulega pewnej modyfikacji.

Pominąwszy tu pierwszą hipotezę, zwrócić się raczej należy do hipotezy drugiej, na korzyść której świadczą badania PELLIZZERRI'ego. PELLIZZERRI wykazał, że krew syfilityczna zaraża jedynie w stanie zupełnie świeżym, t. j. w chwili wydzielenia się jej z naczynia, a więc kiedy jeszcze nie krzepnie, kiedy nie uległa jeszcze oddziaływaniu zimna lub jakiegokolwiek innemu wpływowi postronnemu. Nadto nowsze dochodzenia dowiodły, że w surowicy tuż skrzepłej krwi wykazać się daje jedna lub nawet kilka substancji bakteriobójczych, jakie w osoczu (*plasma*) jej nie istnieją.

Otóż opierając się na przytoczonych powyżej spostrzeżeniach klinicznych oraz laboratoryjnych, autor (wraz z JULLIEN'em) przedsięwziął szereg badań bakteriologicznych, których wyniki jeszcze w roku 1901 zakomunikował Akademii lekarskiej. Dla badań onych posługiwał się przypadkami przymiotu świeżymi, nie poddanymi jeszcze żadnemu zgola leczeniu. Po namydleniu skóry i odkażeniu jej alkoholem i roztworem karbolowym (5%) przyżegał ją palczkowatym żegadłem tuż nad żyłą, mającą być nakłutą. Wprowadzając następnie w tę ostatnią igielkę sterylizowanej strzykawki, wyciągał 60 do 80 ctm. sz. krwi i tę niezwłocznie skłócał z 1% roztworem szczawianu potasu, lecz nie silniejszym nad 1%, przy użyciu bowiem roztworu silniejszego drobnoustrój ginie. Przy nie dodawaniu zaś dostatecznej ilości wspomnianego roztworu krew krzepła.

Następnie w celu oddzielenia osocza od elementów postaciowych poddawał krew działaniu centryfugi, bacząc przytem, aby ta ostatnia nie robiła więcej nad 400 obrotów na minutę,

w przeciwnym bowiem razie leukocyty wyswabzały aleksynę, i doświadczenie się nie udawało. Oddzieloną w ten sposób plazmę mieszał pół na pół z bulionem, zaprawionym gliceryną; mieszaniną tą wypełniał woreczki kolodjonowe i te wprowadzał do jamy otrzewnej świnek morskich. Jeśli świnka zabieg taki przetrzymała, to po dniach 6 do 10 w cieczy, zawartej w woreczku, znajdował hodowlę omawianego tu drobnoustroju.

Postępując w ten sposób, autor kierował się faktem, obecnie stwierdzonym, że krew, krzepnąc, wyswabza aleksynę, oddziaływającą na drobnoustroje zabójczo [rozpad ziarnisty, a nawet wprost rozpuszczenie się (*dissolucya*) — ich].

Do takich samych wyników doszedł on ostatnio inną drogą, mianowicie drogą zastrzykiwań surowicy antyaleksynicznej. Przygotowywał ją w sposób dwojaki: zastrzykiwał królikom krew ludzką bądź to normalną, bądź to syfilityczną; każdemu królikowi robiono 5 takich zastrzyków w odstępach 5—7-dniowych, następnie upuszczano pewną ilość krwi, lecz nie wcześniej, niż przynajmniej w 10 dni po ostatniej iniekcji. Przez ogrzewanie otrzymanej tu surowicy do 60° w ciągu godziny usuwano (niszczono) w niej wpływ aleksyny, a zachowywano jedynie specyficzną względem krwi ludzkiej antyaleksynę. Przed stosowaniem surowicy drogą posiewów na rozmaitych glebach upewniano się o jej bezwzględnej jałowości.

W doświadczeniach tą metodą d-r L. posługiwał się również krwią, upuszczoną syfitykom z objawami wtórnymi przymiotu i zgola jeszcze nie leczonych — i tutaj przy nakłuwaniu żyły zachowywano ten sam porządek postępowania i też same ostrożności, jak i przy metodzie poprzedniej. Świeża krew syfilityczna, w ten sposób otrzymana, była skłócana z ową surowicą antyaleksyniczną — wreszcie mieszanina posiewana na rozmaitych substancjach.

Postępując w ten sposób otrzymano mikrob zupełnie identyczny z otrzymywanym przy metodzie centryfugalnej. W posiewach kontrolujących samej tylko krwi syfilitycznej bez przymieszki surowicy antyaleksynicznej drobnoustroju tego nigdy wykazać się nie udawało.

Bywa on wielopostaciowy (*polymorphe*). Już to przedstawia się w postaci laseczniaka o

5 do 8  $\mu$  długości a 0,15–0,3  $\mu$  szerokości; — już to w postaci długiego włókienka (nitki) z końcami niby zaokrąglonymi; jest bardzo ruchliwy i barwi się łatwo wszelkimi barwnikami. Utrwała się za pomocą alkoholu z eterem, — rozczynem kwasu osmowego. Należy unikać utrwalania nad płomieniem.

Posiany na buljonie, już po 24 godzinach tworzy w nim lekki męt, a po 5-iu dniach już dość wyraźny obłok.

Posiany na żelatynie, wytwarza po 4 — 5 dniach kolonie o kształtach nieregularnie zaokrąglonych; po 20 — 30 dniach żelatynę rozpuszcza, nadto barwi ją na kolor zielonkawy.

Rozwija się bardzo dobrze na kartoflu, zaprawionym gliceryną, — w cieczy amniotycznej oraz na glebach z posiewami *bac. pyocyaneii* i *bac. coli*. Z mleka osadza kazeinę i sprzyja wytwarzaniu się na powierzchni jego tłustej warstwy; odczyn jest tu alkaliczny (!). Hodowle jego nie dają nigdy ani pyocyany, ani indolu, mają one woń mdłą, nieprzyjemną, cuchnącą.

• W hodowli mikrob z biegiem czasu ulega zmianom kształtu: po 5–6 dniach staje się nitkowatym, a po 10 dniach z nitkowatego staje się ziarenkowatym.

Jeśli takie ciało ziarenkowe przeszczepić na świeżą glebę, to powstaje znów drobnoustrój w pierwotnej swojej postaci. Szczepienie z hodowli 30-dniowej — wyniku nie daje, *resp.* okazuje się jałowem.

Nadmienia wreszcie autor, że, jak na teraz, nie może jeszcze powiedzieć nic stanowczego o rezultacie poszukiwań swoich co do stosunku wyosobnionego przezeń drobnoustroju do drobnoustroju, opisanego niedawno przez SCHAUDIN'a a następnie i MIECZNIKOW'a.

(Archives gener. de Medecine 47—1905 r.).

F. Gr.

### 31. Ludwig F. MEYER. W sprawie samoistnego obrzęku noworodków.

Samoistny obrzęk, wyjątkowo spotykany u dorosłych, stanowi zjawisko częste u niemowląt. Jako przyczynę, większość autorów wskazuje choroby serca i naczyń, zapalenie nerek, wyniszczenie i zatrucia przewlekłe. Ostatnio wielką rolę w powstawaniu obrzęków nefrytycznych przypisywano zawartości soli w pokar-

mach; otóż i w obrzękach samoistnych, podług autora, przyczyna ta gra rolę dominującą.

Autor badał dokładnie w trzech przypadkach wpływ soli kuchennej i fosforu a również ilości płynów na powstawanie obrzęku, a w jednym z nich zebrał dane o przemianie materii. Dodać jednak należy, że 1) obrzęki samoistne powstały w okresie, następującym po ostrym niezycie przewodu pokarmowego, przy przejściu z diety skąpej do normalnej, i 2) że sól i fosfor podawano już po powstaniu obrzęku.

Przypadek I. W 3 tygodnie po urodzeniu ostry niezbyt kiszek, który znikł bez śladu pod wpływem diety i skąpego odżywiania. Części morfologiczne, znajduwane w ciągu paru dni w moczu, znikły. Przy przejściu do normalnej diety powstał obrzęk, zwiększający się pod wpływem 1,0 soli kuchennej *pro die* i znikł powoli, gdy soli zaprzestano. Mocz normalny.

Przypadek II. Dobrze odżywiane dziecko otrzymuje  $\frac{1}{3}$  mleka i  $\frac{2}{3}$  przyprawionego płynu LIEBIG'a. W miesiąc po urodzeniu ostry niezbyt, dyeta; przy przejściu do normalnego pożywienia rozwija się obrzęk. Po 10 dniach dziecko przystawiono do piersi, waga ciała spada, obrzęki znikają.

Przypadek III. Słabowite dziecko; w 18 dni po urodzeniu ostry niezbyt, upadek wagi ciała o  $\frac{1}{6}$ . Pod wpływem diety następuje poprawa, pożywienie bardziej obfite, a wkrótce potem rozwijają się obrzęki. Dziecko zaczyna otrzymywać mieszaninę równych części mleka i zupy LIEBIG'a (mniej soli), przyczem ogólna ilość płynów zostaje zmniejszona, a obrzęki powoli zanikają.

Od czego zależało znikanie obrzęków w ostatnim przypadku: od mniejszego dowozu soli, czy też zmniejszenia ilości płynów?

Żeby rozstrzygnąć to pytanie, autor podawał następnie w pożywieniu w ciągu pięciu dni po 2,0 soli; waga ciała podnosi się, obrzęki wzrastają.

W ciągu następnych 4 dni autor dodawał po 200,0 wody destylowanej bez śladu obrzęków.

Wpływ podobny, co i NaCl, wywiera fosfor, przyczem nawet dawki fizyologiczne w pożywieniu (200,0 serwatki, zawierające 0,356 NaCl + 0,1451 P<sub>2</sub>O<sub>5</sub>) przyczyniały się do powstania obrzęków.

Przy badaniu wymiany materii autor zwracał uwagę przede wszystkim na bilans NaCl i P<sub>2</sub>O<sub>5</sub>. W okresie podawania soli widzimy zwiększenie wagi ciała i zmniejszenie ilości moczu; w okresie następującym odwrotnie. Przy mniejszej ilości moczu i soli wydzielala się znacznie mniej. To samo powiedzieć można o fosforze, przyczem jednocześnie z nim nagromadza się w tkankach i sól.

Normalny organizm wydzielala sole równolegle z wchłanianem; fosfor jednak po części nagromadza się w tkankach. Lecząc tak silne nagromadzenie się soli, jakie opisuje autor, należy bezwarunkowo uważać za zjawisko chorobliwe.

Wszystkie powyżej wspomniane przyczyny obrzęku samoistnego należy uznać w naszych przypadkach za nieistniejące. Jak więc wytłumaczyć powstanie choroby? Otóż autor przypuszcza, że mogą istnieć zmiany funkcyjne, przy których działalność nabłonka kanałów, wydzielających sole, jest upośledzona. Wtedy sól nagromadza się we krwi, przyciąga wodę, a ztąd powstanie obrzęków.

Przy leczeniu będziemy się więc starali zmniejszyć ilość soli, podawanych w pokarmach, karmić należy dziecko piersią lub wodą z mlekiem i wystrzegać się sztucznych preparatów, zawierających sporo soli.

(Dent. Med. Woch. N. 37. 1905).

*Henryk Goldberg.*

32 v. ŻEBROWSKI. W sprawie badania wysięków opłucny na łasieczniki gruźlicy.

Metoda JOUSSET'a (inoskopia) polega na badaniu pałeczek KOCH'a w ścinającym się wysięku, zawierającym bakterie i części stałe, które pozostają w zawiesinie. Do nieścinających się cieczy JOUSSET poleca dodawać surowicę krwi końskiej z 5% roztworem soli.

Technika polega na przepuszczeniu płynu przez gazę wygotowaną w ługu, przemyciu drobniawym osadu wodą, po działaniu na niego roztworem JOUSSET'a, zawierającym pepsynę i kwas solny i niszczącym części stałe prócz bakterii. Probówkę z zawartością trzymamy parę godzin w cieple 33° C., a w centrifudze otrzy-

mujemy osad, w którym szukamy pałeczek KOCH'a.

Metoda JOUSSET'a znalazła stronników i wrogów. Do liczby ostatnich należy autor, który w 36 przypadkach stosował ją, używając do barwienia zamiast GABET'a roztwór ZIEHL'a.

Zarzuty, stawiane tej metodzie, streścić można tak: ciecz ścina się bardzo wolno, osad nie trzyma się szkła, barwienie odbywa się niedokładnie, a bakterie zmieniają po części swą postać. We wszystkich przypadkach autor badał jednocześnie osad, i porównanie wypadło na niekorzyść metody JOUSSET'a.

Wobec tego autorowi przyszła myśl wprost przeciwna, mianowicie starał się zmniejszyć tworzenie się zawiesiny i w ten sposób zwiększyć osad.

Ze wszystkich sposobów, zmierzających do tego celu, za najbardziej odpowiedni autor uznał dodanie ½% roztworu ftoru sodu (Phtornatronlösung), który nie wpływa bynajmniej na pałeczki KOCH'a.

Technika zabiegu jest następująca. Słój aparatu POTAIN'a, w który aspirujemy wysięk, powinien zawierać 300—500 ccm. roztworu; ilość roztworu i płynu wysiękowego powinna być równa (*minimum* 100 ccm.). Dajemy się ustać mieszaninie w chłodnym miejscu w ciągu doby, centrifugujemy i barwimy podług ZIEHL'a, odbarwianie powinno być dokładne.

Rezultaty dyagnostyczne były następujące. Na 22 przypadki pierwotnych wysięków opłucny autor znalazł w 55 pałeczki KOCH'a, w 12 wiórnych 83%. Z dwóch przypadków wysięku jamy brzusznej w jednym znaleziono pałeczki KOCH'a, w drugim dwuziarniki FRAENKEL'a.

Jeżeli porównać te dane z danymi JOUSSET'a (100%), to autor przychodzi do wniosku, że jedyną przyczyną tak imponującej statystyki tego ostatniego jest słabe odbarwianie: wszak istnieje cały szereg bakterii, różniących się od pałeczek KOCH'a tylko mniejszą odpornością na odbarwiające kwasy.

(Dent. Med. Woch. 36—1905.)

*H. Goldberg.*

## Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 stycznia do 14 lutego 1906 r.

W miesiącu sprawozdawczym dominującą postacią infekcyi był tyfus wysypkowy.

Ogółem z poprzedniego miesiąca pozostało 78 chorych (34 m. 44 k.), w miesiącu sprawozdawczym przybyło 120 (62 m. 58 k.), wypisano zdrowych 89 (32 m. 57 k.), bez polepszenia 2 (1 m. 1 k.), przeprowadzono stosownie do rodzaju choroby 1 m., do szpitala Jana Bożego, 1 m. do szpitala Dzieciątka Jezus, zmarło 11 (9 m. 2 k.), w tym 6 (5 m. 1 k.) przywiezionych do naszego szpitalaw stanie agonii, na miesiąc następny pozostało 94 (52 m. 42 k.) chorych.

Stosownie do rodzaju infekcyi w miesiącu sprawozdawczym było chorych na:

Tyfus wysypkowy. Pozostało z ubiegłego miesiąca 4 (3 m. 1 k.), przybyło 19 (11 m. 8 k.), wypisano zdrowych 6 (3 m. 3 k.), zmarł 1 m. skutkiem ciężkiej formy tyfusu z peteciami bardzo licznymi na czaszce i twarzy, na miesiąc następny pozostało 16 (10 m. 6 k.).

Dni szpitalnych przebyli 253 (143 d. 14 m., 110 d. 9 k.). Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Brukowa 11 (2 p.), Dzika 75, Długa 11, Franciszkańska 14, Gęsia 61, Grzybowska 57, Łochowska 41, Mostowa 6 (3 p.), Pańska 39, Petersburska 12 (2 p.), Śliska 34 (4 p.), Twarda 40.

Ospa. Z poprzedniego miesiąca pozostało 10 (8 m. 2 k.), przybyło 17 (13 m. 4 k.), wypisano zdrowych 9 (8 m. 1 k.), pozostało na miesiąc następny 18 (13 m. 5 k.).

Dni szpitalnych przeleżeli 364 (281 d. 21 m. 83 d. 7 k.). Chorzy przybyli (9 m. nieszczepionych) z następujących ulic i domów: Aleja Ujazdowska 4, Chłodna 68, Długa 5, Dzielna 84 Krakowskie-Przedmieście 13, Marszałkowska 44, Ogrodowa 43, Ostrowska 11, Rycerska 4, Śliska 39, Tamka 32, Dunaj Wąski 3, Zielna 18, Żytnia 22, ze wsi Karczewo, Skorosze i z miasta Mszczonów.

Tyfus brzuszny. Pozostało z ubiegłego miesiąca 10 (5 m. 5 k.), przybyło 19 (7 m. 12 k.), wypisano zdrowych 13 (5 m. 8 k.), zmarła 1 k. skutkiem przedziurawienia kiszek cienkiej i następczego ostrego zapalenia otrzewny (autopsya), na miesiąc następny pozostało 15 (7 m. 8 k.).

Chorzy przeleżeli 462 dni (240 dni 12 m., 222 dni 17 k.). Przybyli z następujących ulic i domów: Burakowska 11, Czerniakowska 16, Dzika 75, Marjenstadt 9, Miedziana 14, Solec 26, Stawki 22, Śliska 34 (2 p.), Wołyńska 7, Wronia 35, ze wsi Czyste 3 (przyp.), Ochota (2 p.), Wola (2 p.), Nowoświna.

Płonica. Pozostało z ubiegłego miesiąca 13 (5 m. 8 k.), przybyło 12 (8 m. 4 k.), wypisano zdrowych 14 (5 m. 9 k.), wypisano bez polepszenia 2 (1 m. 1 k.), zmarł 3-letni chłopczyk, skutkiem ciężkiej formy płonicy.

Dni szpitalnych przeleżeli chorzy 312 (199 dni 13 m., 113 d. 12 k.). Przybyli z następujących ulic i domów: Elektoralna 15, Nowolipie 32, Nowolipki 56, Piękna 18, 25, Środkowa 20, Ogrodowa 60, Zgoda 2, Złota 56, Żelazna 3, 31, i ze wsi Wola.

Róża. Z poprzedniego miesiąca pozostało 13 (4 m. 9 k.), przybyło nowych 13 (5 m. 8 k.), wypisało się zdrowych 10 (2 m. 8 k.), 1 m. zmarł, przywieziony w nader ciężkim stanie ze szpitala Dzieciątka Jezus z różą prawego uda częściowo już zgangrenowanego, pozostało na miesiąc następny 15 (6 m. 9 k.).

Dni szpitalnych 9 m. przebyli 157, 17 k. — 315. Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Młynarska 3, Nowowiejska 17, Muranowska 33, Nowy zjazd 3, Twarda 34 i ze wsi Czyste, Koło, Miłosna i z miasta Przasnysz.

Odra. Pozostało z poprzedniego miesiąca 3 k., przybyło nowych 7 (3 m. 4 k.), wypisa-

no zdrowych 5 (1 m. 4 k.), pozostało na miesiąc następny 5 (2 m. 3 k.).

Dni szpitalnych 6 m. przebyli 199, 4 k. 113. Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Bracka 10, Celna 3, Mokotowska 47, Okopowa 41, Wolska 35, Widok 22 i z miasta Tarczyna.

Grypa. Pozostało z ubiegłego miesiąca 2 (1 m. 1 k.), przybyło 6 (2 m. 4 k.), wypisano zdrowych 5 (1 m. 4 k.), 1 m. przeprowadzony do szpitala Dzieciątka Jezus, na miesiąc następny pozostało 2 (1 m. 1 k.).

Przybyli z ulic: Burakowska 11, Dzika 31, Franciszkańska 11, Okopowa 53, Pawia 61, Wolska 35.

Błonica. Z ubiegłego miesiąca pozostała 1 kob. przybyło nowych 4 (3 m. 1 k.), wypisano zdrowych 2 k., 1 m. pozostał na miesiąc następny, 2 m. zmarło: 1 chłopiec 5-miesięczny skutkiem zapalenia płuc, 2 chłopiec 8-letni skutkiem ciężkiej postaci błonicy zaniedbanej w domu.

Przybyli z ulic: Królewska 2, Raszyńska 18, Żelazna 23 i ze wsi Czyste.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy z ubiegłego miesiąca na: biegunkę krwawą 2 (1 m. 1 k.), krztusiec 1 chl., karbunkul 1 k., ostry gościec stawowy 2 k., ostre włóknikowe zapalenie płuc 1 m., myastenię z czynnościowymi zaburzeniami, w ośrodkach nerwów mózgowych 1 m., ostry nieżyt oskrzeli 2 k., ostry obrzęk płuc 2 (1 m. 1 k.) zmarli, ostry

nieżyt żołądka i kiszek 3 (1 m. 2 k.), z zapaleniem nerek po płonicy 2 (1 m. 1 k.), z flegmoną przedramienia 1 k., z wrzodem goleni 1 m., z wrzodem na szyi po płonicy 1 m., po poronieniu 1 k.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na: karbunkul złośliwy 2 m. (1 m. zmarł skutkiem zaniedbania w domu), tężec 1 m. przybył w nader ciężkim stanie po 7-ku dniach choroby w domu (zejście śmiertelne), ostre włóknikowe zapalenie płuc 2 (1 m. 1 k.), 1 m. z alkoholizmem ostrym odesłany do szpitala Jana Bożego, 1 m. z obrzękiem ostrym płuc i niedowładem serca zmarł, ostry nieżyt oskrzeli 6 (1 m. 5 k.), 1 m. z rozedmą płuc i cuchnącym nieżytem oskrzeli, 1 k. z zapaleniem włóknikowym płuc, opłucny i opon mózgowych, 5 (1 m. 4 k.) z ogniskowym zapaleniem gardzieli, 1 k. z nieżytem żołądka, 1 k. z septycznym zapaleniem wnętrza macicznego, 1 m. z ekzemą goleni.

Chorych zamiejscowych przyjęto 24 (12 m. 12 k.).

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 198 (96 m. 102 k.) chorych przebyli 2748 dniszpitalnych.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala św. Stanisława wydano 10 (6 m. 4 k.).

Badań pośmiertnych dokonano 6 (4 męż. 2 k.).

Śmiertelność miesięczna 5,55%.

## Od Administracyi.

*Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi*

*o każdym niedoręczonym numerze.*

Do bieżącego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Czasopisma Lekarskiego”.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.