

CV 1290

~~105.144~~ 6181

4490

FACULTATEA DE MEDICINA DIN IAȘI

No. 957

957

TEZĂ

Pentru doctorat în medicină și chirurgie
prezentată și susținută în Februarie 1927

DE
SIMON RABINOVICI

CONSIDERAȚIUNI

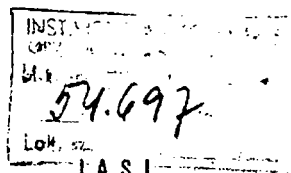
ASUPRA

REGIMULUI ALIMENTAR IN DIABET ZAHARAT FARA DENUTRIȚIE ȘI IN DIFERITE COMPLICAȚIUNI ALE SALE

*Toute doctrine médicale se juge par ses
conséquences thérapeutiques.*

Bouchard

24 MAY 2005



IAȘI

Tip. Coop. „Trecerea Munților Carpați”
1927

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAȘI

Decan Dl. Profesor Dr. M. ȘTEFĂNESCU-GALAȘ

CORPUL PROFESORAL

Anatomia patologică	Dl. Profesor Dr.	<i>P. Gălășescu</i>
Clinica terapeutică	" "	<i>I. Enescu</i>
Patologia generală	" "	<i>C. Ionescu-Mihăești</i>
Medicina legală	" "	<i>G. Bogdan</i>
Clinica Obstetricală	" "	<i>N. Zaharescu Karaman</i>
Istoria Naturală-Medicală	" "	<i>N. Leon</i>
Histologia	" "	<i>Emil Pușcariu</i>
Clinica Dermato-Sifilitică	" "	<i>E. Mironescu</i>
Clinica-Medicală	" "	<i>C. Bacaloglu</i>
Bacteriologia	" "	<i>A. Stălineanu</i>
Clinica boalelor nervoase și mentale	" "	<i>Ç. Parhon</i>
Clinica II Chirurgicală	" "	<i>I. Tănăsescu</i>
Chimia Medicală	" "	<i>Ç. Șumuleanu</i>
Clinica Genito-Urinară	" "	<i>M. Ștefănescu-Galași</i>
Patologia Internă	" "	<i>A. Dobrovici</i>
Clinica Oftalmologică	D-na "	<i>Elena Pușcariu</i>
Clinica I Chirurgicală	Dl. "	<i>N. Hortolomei</i>
Anatomia Descriptivă	" Docent supl.,"	<i>G. Zamfirescu</i>
Clinica Infantilă	" Prof. "	<i>S. Grașosky</i>
Fiziologia	" "	<i>V. Rășcanu</i>
Farmacologia	" " Supl.,"	<i>I. Enescu</i>
Higiene	" "	<i>M. Ciucă</i>
Patologia Chirurgicală	" "	<i>P. Anghel</i>
Medicina operatorie	" "	<i>M. Butoianu</i>
Chimia farmaceutică și galenică	" "	<i>A. Ionescu-Maliu</i>
Anatomia Topografică	" Conferențiar,"	<i>I. Nubert</i>
Oto-rhino-laringologia	" "	<i>V. Dimitriu-Borca</i>
Radiologia	" "	<i>E. Radu</i>

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : D-l Profesor Dr. C. Bacaloglu

Membrii (" " " G. Bogdan

" " " I. Enescu

Membru suplinitor D. Conf. " E. Savini

Facultatea consideră cele expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a da nici aprobare nici desaprobară.

Tie Mamã

*Un salut de iubire și devotament
soției mele și tatălui.*

*Un gând de dragoste
surorilor, fraților și tuturor a lor mei*

PREFAȚA

Cei șase ani, în care mi-am făcut studiile la Universitatea din Iași, mi-au dat posibilitatea să observ munca profesorilor mei pentru dezvoltarea Facultății de Medicină.

În lupta zilnică cu lipsurile dictate de vreme, dar simțite mai mult decât ori unde la Facultatea de Medicină din Iași, ei au fost la înălțimea misiunii lor și au ajuns să creeze un important centru de cultură medicală.

Țin a le aduce pe această cale tributul meu de admirație și de recunoștință ca și pentru cunoștințele ce le-am capatat dela Domniile-lor.

Recunoștința mea deosebită merge către acei domni profesori, cari au binevoit să-mi facă onoarea de a lua parte la solemnitatea prin care să închee viața mea studentescă.

Maestrului clinicei medicale D-lui Prof. Dr. C. Bacaloglu, care timp de 3 ani a contribuit la cultura mea medicală, învățându-mă cu atâta bunătate comportarea conștiincioasă și îngrijirea rezonabilă a bolnavilor, mulțumirile mele respectuoase și recunoștința deosebită pentru buna-voința de a mă onora cu președinția tezei mele inaugurale.

D-lui Prof. Dr. G. Bogdan, savantul de la medicina legală, admirat de către toți elevii săi, pentru amabilitatea nobile și imensă munca științifică pe care o depune de peste trei decenii ca Profesor Universitar, omagii respectuoase.

D-lui Prof. Dr. I. Enescu, directorul clinicei terapeutice, recunoștință și respect.

Despre D-na Grossmann-Maghin, care în prima mea tinerețe a influențat foarte mult asupra dezvoltării mele intelectuale și Dl. Prof. N. Bezsonov (fost Episcop Nikon din Omsc) care în adolescența mea mi-a aratat drumul luminei și al culturii și atâta bună-voință î-mi amintesc cu drag în aceste momente importante ale vieții mele.

Pe ing. Bomze, Dr. Gheinihovici, Dr. Redenschi și pe toți prietenii de pe banca școlară îi asigur de amintire plăcută-

Un salut de prietenie camarazilor din copilărie și celorlalți prieteni din locul meu natal.

INTRODUCERE

După cum nici agentul patogen nu acționează în mod egal, tot așa nici indivizii nu reacționează la fel la diferite cauze patologice. În realitate nici un organism nu seamănă cu altul. Particularitățile hereditare, acțiunea infecțiilor și intoxicațiilor, la care sunt supuse de la naștere organele și țesuturile, mediul ambiant, împrejurările igienice, compoziția alimentară, munca zilnică, factorii de ordin psihic etc., sunt condițiuni care vor influența organismul și nutriția lui. Nevoile sale vor fi deci individualizate.

În ce privește dietetica, este imposibil de a o schematiza chiar în starea normală a individului, cu atât mai mult nu se poate face aceasta în stare patologică. În diabet aceste noțiuni capătă o mare importanță și dau caracteristica întregului tratament dietetic. Când însă acest diabet se complică sau se asociază cu o altă boală și intervin alți factori patogeni, cu atât mai puternic resesă felul diferit de a reacționa al fiecărui individ, nevoia de a studia fiecare caz în parte și a ține seama de factorii individuali.

Pe terenul diabetic, evoluează adeseori aceste complicațiuni din cauza autointoxicațiilor datorite anomaliilor nutritive, intoxicației hiperglicemice, zaharul fiind o otravă pentru țesuturile pe care le îmbibează și din cauza infecțiilor secundare, care sunt mai frecvente și agravate din cauza decăderii generale a organismului a cărui forță de rezistență este scăzută.

Principalele complicațiuni și asociațiuni morbide, care impun restricțiuni suplimentare în regimul alimentar al diabeticului, sunt :

Leziunile hepatice, renale și pancreatice — dintre leziunile viscerale ; guta, obezitatea și litiaza biliară, — care

adesea precedează diabetul ; tuberculoza, care, necesitând supra alimentație, nu admite restricțiunile cerute de diabet.

Studiind în această teză numai regimul complicațiilor diabetului fără denutriție, nu ne vom ocupa de regimul complicațiunei ce o reprezintă acidoza, aceasta fiind de cele mai multe ori o caracteristică a diabetului grav cu denutriție. Ne vom ocupa însă de nevoia de a împiedica apariția ei, dat fiind că un regim bun poate opri diabetul benign de a evolua înspre o formă gravă.

Pentru a putea scoate în evidență dificultățile alimentare ce întâmpinăm în aceste asociații și complicații ale diabetului, noi vom studia mai întâiu principiile generale ale dieteticei, căci dacă noi trebuie să luptăm în contra tulburărilor hipernutritive provocate de glicemie, azotemie, cloruremie, uricemie, oxalemie și cholesterinemie, noi nu trebuie să uităm niciun moment că organismul are nevoie de o anumită cantitate de materii prime a căror lipsă ar aduce hiponutriția cu tot cortegiul ei de consecințe nefaste, între cari consumarea propriei substanțe a organismului și micșorarea rezistenței contra agenților patogeni.

După aceasta vom vedea care sunt principalele norme după care ne conducem în stabilirea unui regim alimentar la acești diabetici.

Când vom cunoaște care este acest regim vom putea trece la studiul restricțiilor alimentare ce se impun într'un caz de diabet asociat cu alte boli.

Vom sfârși prin arătarea unor observațiuni de bolnavi și prin concluziile ce le vom scoate din aceste rânduri.

Principii generale dietetice

În organism, bilanțul nutritiv trebuie să fie întotdeauna în echilibru. Cheltuelile calorifice, musculare și de întreținere sau de creștere, trebuie să fie acoperite prin încasările nutritive, fără ca să existe deficit sau excedent.

Cheltuelile variază după o serie de condițiuni ca creșterea, travaliul muscular, greutatea și suprafața corpului, mediul ambiant, felul alimentației etc., care și ele variază dela individ la individ; necesitatea de a menține echilibrul determină creșterea sau scăderea încasărilor nutritive.

Cheltuelile mai principale sunt cele constructive, calorifice și energetice.

1) *Cheltuelile constructive* sunt determinate de creșterea, reînnoirea și repararea țesuturilor. Extrem de rapide la începutul vieții, ele scad apoi treptat în intensitate. Ele cer trei feluri de alimente: a) săruri minerale (Cl, Na, K, Ca, P, S, Fer, As, Iod etc.) care ajută la funcționarea și dezvoltarea celulei și aduc prin lipsa lor tulburări glandulare și nutritive ale dezvoltării; b) vitaminele A B C care sunt admise de majoritatea autorilor, deși nedeterminate încă în mod chimic, fiind indispensabile chiar în cantitate extrem de mică; lipsa lor produce sindrome de avitaminoză pură (Beri-beri, scorbut etc.), sau contribuie la tulburările de nutriție ale altor sindrome (rachitism, pelagra, diabet*) etc.) c) proteine capabile de a furniza acizi aminați cari intră în compoziția țesuturilor. Calitatea acestor proteine ca și cantitatea lor, are o mare importanță deoarece ele trebuie să conțină elementele pe care organismul nu le poate fabrica (triptofan, lisina, cistina, histidina sau arginina).

2) Cheltuelile calorifice servesc să mențină la om temperatura constantă. Ele provin din combustia elementelor în organism.

*) Rathery Bierry și Desgrez consideră că diabetul este datorit și lipsei vitaminelor.

Aceste cheltueli sunt primele satisfăcute.

Atunci când nutriția este insuficientă, organismul își încetează creșterea; oboseala consecutivă iuaniției suprimă travaliul muscular, dar trece timp îndelungat până ce se produce o oarecare scădere de temperatură deoarece se vor distruge elementele proprii ale organismului pentru a asigura combustia.

Această stabilitate a temperaturii influențează, deci foarte mult nutriția.

3) *Cheltuelile energetice* sunt provocate de contracțiile musculare făcute în timpul travaliului. Organismul care sacrifică la nevoie propria sa substanță pentru a-și asigura o temperatură constantă, își sacrifică rar țăsurile pentru a furniza travaliul. Dacă cheltuelile musculare produse de travaliu întrec încasările alimentare, organismul oboșit încetează spontan travaliul exterior. Însă travaliul muscular intern, trebuincios funcționării inimii, plămânilor, tubului digestiv etc. nu este alins; îndeplinirea lui este asigurată de combustia directă a țăsurilor, deoarece încetarea lui ar însemna moartea întregului organism. Acest travaliu muscular intern consumă însă puțină energie.

Bugetul nutritiv este încărcat mai cu seamă de travaliul muscular extern și de cheltuiala calorică. Dar acestea nu cer elemente rare și prețioase ca cele constructive, având nevoie de hidrați de carbon, grăsimi și albumine.

După teoria lui Chauveau numai zahărul poate fi ars direct și nelăsând nici un reziduu. Se consideră deci, practic, că numai hidrații de carbon sunt alimentul necesar pentru producerea energiei și căldurii. Grăsimile și albuminele n'ar prezenta valoare de combustie decât prin caloriiile zahărului ce derivă din transformarea lor.

Veniturile nutritive sunt reprezentate de către alimentele introduse în organism. (Nu vom lua în considerație în această lucrare oxigenul introdus prin respirație și care servește la combustie). Aceste alimente interesează, în primul rând, din punctul de vedere al caloriiilor produse. Însă cu toate că știința nu și-a spus ultimul său cuvânt în această direcție, este totuși cert că fiecare aliment are o valoare specifică. Dacă insuficiența în calorii a rațiunii alimentare determină iuaniția, lipsa unuia sau mai multor alimente din regim pot provoca tulburări patologice destul de grave ale nutrițiunii (avitaminoza, carența minerală, carența grăsimilor, carența proteinelor, carența hidraților de cărbune (acidoza fiziologică)).

Putem împărți alimentele în trei categorii.

1. Substanțele anorganice (apă, săruri minerale) 2. Substanțe organice (alimentele propriu zise: proteine, hidrați de carbon și grăsimi) 3. Vitamine.

1. *Substanțele anorganice* nu au nici o valoare energetică și calorică, fiind eliminate fără a suferi combustione. Dar rolul lor în organism este considerabil.

Apa este necesară pentru menținerea isotoniei humorilor și a țesuturilor. Ea este vehiculul substanțelor care participă la schimburile nutritive, intervine în diferite reacțiuni chimice ale nutrițiunii (hidroliză, hidratare) ajută la regularea temperaturii prin evaporarea prin plămâni și tegumente.

Omul adult necesită 30-40 gr. apă pentru un kg. de corp. Jumătate din ea este introdusă sub formă de băuturi și cealaltă jumătate cu diferitele alimente zilnice. Cantitatea de apă eliminată în 24 ore este de 2-2½ kg. pe zi, dintre care jumătate se elimină prin urină, restul prin plămâni, piele, materii fecale etc.

Neumann, Debove și Flamont arată că ingestia excesivă de apă, determină numai o spălare a organismului și nicidecum o asimilare mai intensă a substanțelor nutritive.

Sărurile minerale se elimină până la 26 gr. în 24 ore. Ele sunt absolut trebuincioase la menținerea echilibrului osmotic necesar țesuturilor, la neutralizarea acizilor produși în organism prin metabolism organic, păstrând alcalinitatea humorilor și a țesuturilor. Au acțiune fizico-chimică asupra coloizilor celulei vitale: albuminele devin electro-negative în mediu alcaliu și electro-pozitive în mediu acid. Exerciță deasemenea o acțiune de catalizator asupra fermenților, fixându-se pe albumina în care se găsesc acești fermenți (calciu-amilaza, magneziu-oxidasa-zinc-nucleasa).

Toți autorii sunt de acord, că o rațiune alimentară din care ele lipsesc sau sunt în cantități insuficiente, predispune organismul la diferite procese morbide (tuberculoza, maladiile de carență).

După G. Schoeffer, o rațiune alimentară trebuie să conțină toate elementele minerale ale organismului, cantitatea lor trebuie să fie în doză determinată, elementele să fie între ele în raport anumit și în echilibru determinat.

În afară de importanța ce o are cantitatea globală de săruri minerale ale regimului alimentar, fiecare element mai are o acțiune quasi-specifică. Studiul acțiunilor specifice este abia

În început, dar toți autorii sunt de acord că fiecare substanță minerală în parte este necesară organismului; astfel fierul contribuie la formarea hemoglobinei; calciul la formarea sângelui, la acțiunea fermeților, este specific țesutului de susținere (os, cartilaje) și i se atribuie un rol mare în tetanie; fosforul este necesar nucleilor celulari și face parte din substanțele fundamentale ale scheletului. Lipsa lui contribuie la tulburările osoase ca și lipsa calciului. Iodul este încriminat în producerea morbului lui Basedow și a mixedemului.

Berntrand, Javillier-Delesène, Mazé, arată importanța și necesitatea tuturilor celorlalte minerale fie chiar în doze minime (As, Mg, Si, Mang, Br, Bo, Fl, Cu, Zn, etc).

Diferitele alimente se vor deosebi între ele atât prin calitatea cât și prin cantitatea sărurilor conținute. Ori, în diferitele regimuri de restricțiuni alimentare cerute de complicațiile diabetului este greu de menținut echilibrul alimentelor minerale și se determină uneori o demineralizare a organismului ceea-cea pe un teren atât de slăbil ca al unui diabetic, poate avea grele urmări.

Ferrier, Sergent și alții au arătat foloasele aduse de regimul mineralizant în tuberculoza, stabilind că ea este influențată în mare parte de demineralizare. *Clorura de sodiu* este cea mai importantă și cea mai bine studiată substanța minerală din organism. Ea este introdusă zilnic în cantitate de 8--12 gr. fiind adusă mai mult în stare naturală. Widal și Richet arată că aceasta este rația de lux, organismul putându-se mulțumi cu 2 gr. zilnic.

În regularea presiunii osmotice necesară schimburilor nutritive, clorura de sodiu joacă rolul primordial. Mai are influență asupra presiunii arteriale (Laufer, Ambard), are acțiune antitoxică (Lesné, Richet-fiul); un rol chimic asupra secrețiunii acidului clorhidric. Gautier arată că clorura de sodiu ușurează eliminarea ureei și a produselor de dezasinilare.

Când există o tulburare în echilibrul nutritiv al clorurilor acidă se mărește sau scade cantitatea lor, apa care este vehiculul acestor substanțe, va suferi modificări paralele, în așa fel în cât concentrația lor în humori și isotonia humorilor să nu fie modificată. Sarea se găsește în toate alimentele vegetale și minerale. *Clorura de potasiu* se găsește în cantități mai mari în alimentele vegetale. În organism ea servește mai mult de cât $ClNa$ la alcalinizarea humorilor și a țesuturilor.

Calciul este introdus cu lapte, vin, apă și alimente vegetale, mai puțin cu cele animate. *Fosforul* este introdus în organism în stare organică cu lecilinele iar cu fasole, linte, mazăre, morcovi, migdale și cereale, mai mult în stare anorganică. *Sulf* asimilat de organism este adus cu proteine alimentelor. Cu alimente vegetale: varză, usturoi, ceapă, etc., se aduce sulf mineral. Încă nu este dovedit dacă acest sulf mineral poate ajuta la formarea albuminelor din țesături și humori.

Ferul se aduce cu carne, gălbenușul de ou, cartofi, mazăre, linte, pere, vișine, fragi, sparanghel. Lapte, orez, nu conțin ferul.

Iodul se găsește în substanțele vegetale: ananas, usturoiu, sparanghel, morcov, varză albă, fragi; în cele animale: stridii, scrumbii, țipar, somn, batog, raci diteriți; organele animale: tiroida, creier, plămâni, inima, etc. conțin iodul. *Magneziul* se găsește în alimente aproape în aceeași cantitate ca și calciul. Pâinea conține mai mult magneziu, laptele mai mult calciu.

Arsenicul este introdus cu sarea de bucătărie.

Celelalte substanțe minerale se găsesc în mici cantități în diferite alimente vegetale sau animale.

Eliminarea diferitelor substanțe minerale în 24 ore la adult.

Clor	8,5	gr.
Sodiu	7	"
Potasiu	4,75	"
Calciu	1,25	"
Acid fosforic	1,3	"
Acid sulfuric	1,5	"
Magneziu	0,56	"
Fer	0,0075	"

Răniunea zilnică de subst. min. necesare pentru un kg. de corp. (Maurel)	
Cl Na	0,030 gr.
Potasiu	0,05 "
Calciu	0,01 "
Acid fosforic	0,04 "
Acid sulfuric	0,05 "
Magneziu	0,005 "
Fer	0,002 "

Proteine

Proteinele sunt înainte de toate alimentele, care servesc în cea mai mare parte la creșterea și reînvierea țesuturilor. Totuși o parte din ele este destinată să servească combustiei ca albumină circulantă.

În organism ele sunt descompuse în acizi aminați care suferă la rândul lor diferite degradări succesive. Aceste degradări pot suferi opriri la unele etape și din diferite produse.

rezultate să se producă o sinteză de glucoză, glicogen și chiar grăsimi.

Proteinele descompuse în intestin dau toxine. În stare normală producerea acestor toxine este limitată. În stări patologice ca enterite, de pildă, ele se pot produce în abundență. În leziunile hepatice, aceste toxine nu pot fi nici distruse, nici oprite. Afară de aceasta, multe produse de dezasimilare ale proteinelor ca ureea, acid uric, acid oxalic, pot fi oprite în organism dând tulburări patologice foarte grave.

Proteinele sunt de origină animală: caseina, albumina laptelui, ovalbumina, miosina cărnei etc. și de origină vegetală: glutenul din cereale, legumina etc.

Albuminele vegetale sunt puțin putrescibile și dau mai puține produse toxice, dar unele conțin multe baze purinice și ac. oxalic.

Albuminele animale putrezesc ușor sub acțiunea anaerobilor din intestine și pot produce prin tulburările toxice diferite procese morbide. În schimb ele au caractere mai apropiate de acizi aminați din țesuturile organismului și pare dovedit că cu cât o albumină este mai apropiată de albuminele din țesuturile organismului, cu atât este mai ușor asimilabilă și poate ajuta mai ușor reînnoirea și reparația acestora.

Méndel și Osborne, arată că fiecare amino-acid determinat este indispensabil având o construcție moleculară specifică.

Din acești amino-acizi o parte pot fi sintetizați de către organism (glicocol, tirozina, alanina) pe când alții trebuie să fie aduși numai cu alimentele (lisina, cistina, histidina sau arginina, triptofan).

Se înțelege că, carnea va da acizi aminați de o calitate și o proporție mai apropiată de mușchii noștri de cât vegetalele. Albuminele animale mai au proprietatea de a da substanțe stimulante, care excită funcțiunile glandulare și care pot chiar provoca proliferarea celulară. De pildă, sucul de carne se recomandă tuberculoșilor pentru a favoriza citopoeza și hematopoeza și de asemenea extractul de organe este baza opoterapiei.

În ce privește nevoile în proteine ale organismului, autofeii nu sunt de acord, dar se admite în general că un gram de proteine pentru 1 kg. de corp este necesar zilnic. Ca valoare calorică un gram de proteină produce 4 calorii:

Grăsimi

Grăsimile sunt înainte de toate alimente de rezervă. Sub aceeași greutate ca și hidrații de carbon și proteinele, ele reprezintă un număr dublu de calorii (1 gram grăsime=8—9 calorii, iar un gram hidrați de carbon ca și proteine=4 calorii). Ele se asimilează prin digestie mult mai greu de cât hidrații de carbon. Fiind emulsionate și saponificate cu ajutorul sucului bilo-pancreatic, o parte trece prin chilifere și canalul toracic la plămâni unde sunt arse cu ajutorul unei lipaze pulmonare (Roger, Binet); o parte este reținută provizoriu până la asimilarea de către ficat (funcțiunea adipopexică dovedită de Gilbert și Carnot) o parte și cea mai însemnată, se acumulează în celulele adipoase ale țesutului conjunctiv și reprezintă adevărata rezervă care poate fi utilizată în cazurile de nutriție insuficientă.

Bierry a atras atenția asupra faptului că grăsimile nu reprezintă numai o valoare calorică ci și una specifică.

Kartoffel-Krankheit sau Felfthunger din timpul ultimului războiu, dispare când la rațiunea alimentară a bolnavului se adăogă o cantitate de grăsimi. În ce privește cantitatea necesară s'a admis, cu Starling, că organismul adult are nevoie de 1,25 grame pe zi de kgr. de corp. După Maignon rolul grăsimelor este în a interveni în utilizarea și asimilarea albuminoidelor împiedicându-le a fi prea toxice. În afară de aceste funcțiuni grăsimile aduc și vitamine. Grăsimile atât de necesare organismului pot însă aduce la unii diabetici formarea acidozei. Shaffer și Friedmann arată că ele dau 90% de molecule cetogene și numai 10% corpuri anticetogene.

Hidrații de carbon

Hidrații de carbon reprezintă la individul sănătos 60-70% din încasările sale alimentare. Ei constituie combustibilul cel mai necesar la producerea energiei organismului, care numai în caz de lipsă a hidraților de carbon își trage energia din grăsimi și albuminoide. Hidrații de carbon sunt luați de către organism direct din alimente și sunt descompuși de el în glicoză, levuloza și galactoza. Cea mai mare parte este arsă în plămâni, ficat, mușchi și sânge grație fermenților glicolitici, iar o parte se polimerizează (glicogen) se combină cu albumine (zahăr proteic) și se transformă în grăsimi, luând forma hexo-fosforică.

Pe măsură ce o cer nevoile organismului, glicogenul difazic se transformă iar în glicoză sub acțiunea unei diastaze (amilaza hepatică), procurată de însăși celula mobilă a ficatului.

Fermentația numită glicoliză mai este sub dependența ventriculului al 4-lea (centrul glicozuriei), a marelui splanchnic, a suprarenalelor, a tiroidei și hypofizei. Se atribuie în aceste fenomene cea mai mare importanță secreției interne a pancreasului fabricată la nivelul insulelor lui Langherhans (Insulina).

S'a dovedit că hidrați de carbon au proprietăți anticetogene. Biologii americani sunt de părere că există în organism un echilibru ceto-anticetogenic. Când corpurile cetogene nu pot fi cu totul neutralizate de către cele anticetogene, echilibrul nu mai poate fi menținut, în consecință se produce acidoza.

Desgres. Rathery și Bierry au arătat că lipsa totală a hidraților de carbon produce acidoza fiziologică. După Luthié, Cotchard ei mai permit o bună utilizare a azotului din alimente. Bierry, Toudard, Ranc au arătat că ei intră în calități și cantități diferite în constituția acizilor nucleinici și a proteidelor din plasma diferitelor animale.

Urmează deci că organismul are nevoie de hidrați de carbon în cantitate suficientă pentru a da moleculele anticetogene servind la neutralizarea celor cetogene produse de acizi grași. Având în vedere rolul primordial în furnizarea energetică produsă de hidrații de carbon, fiind unicele cari ard în jăsături fără a lăsa vreun reziduu și rolul funcțional, pus în evidență, după cum am văzut, de mulți autori, reesă că trebuie procedat cu multă prudență în stabilirea unui regim dietetic cu restricțiunea acestui aliment principal.

Vitaminele

Vitaminele sunt substanțe a căror compoziție chimică n'a fost încă determinată. Numeroasele cercetări ale autorilor americani, germani, francezi, încep deabia acum să lămurească caracterele lor și influența ce ele exercită asupra organismului ca agenți catalizatori ai fermenților, cu acțiunea asupra glandelor endocrine etc. În general se admite existența vitaminelor A, B și C, unii autori admițând un factor D și chiar alte varietăți.

Toți autorii sunt de părere că vitaminele A, B și C, sunt indispensabile la menținerea echilibrului nutritiv la adulți, iar

la copii pentru creștere. Nevoile organismului se raportează la calitatea și cantitatea lor. Organismul nu le poate fabrica, dar are putința de a le înmagazina și puterea de rezistență a organismului depinde de cantitatea acumulată. Lipsa sau insuficiența unuia sau a mai multor factori vitaminici produce tulburări patologice (scorbut, beri-beri) sau influențează unele procese morbide cu alte cauze (rachitism). Diabetul este de asemenea în strânsă legătură cu insuficiența vitaminelor.

Desgrez, Bierry, F. Ratherry și alții au dovedit cu vitamina B influențează foarte mult coeficientul de asimilare al hidraților de carbon precum și evoluția acidozei. Acești autori consideră chiar diabetul ca un fel de avitaminoză datorită insuficienței tuturor vitaminelor.

Vitamine

A

Solubilă în grăsimi
Rezistă în parte la
căldură.
Nu rezistă la oxidare.

- 1) Untura de pește
(din ficat de batog)
- 2) Lapte, unt
- 3) Gălbenușul de ou
- 4) În părțile verzi ale
plantelor: spanac,
lucernă, trifoi, varză
conopidă, morcov.
- 5) Grăunte de in,
meiu, soja, etc.
- 6) Lipoizii țesuturilor
glandulare: ficat,
ovar, testicul.

B

Solubilă în apă.
Rezistă în parte la
căldură.
Se distruge prin al-
caline.

- 1) Zer, lapte, lacto-
za nepurificată.
- 2) Scoarța grăunțe-
lor (cuticula și
embrion) orez,
grâu, porumb etc.
soja
- 3) Drojdia de bere
- 4) Gălbenușul ouă-
lelor
- 5) Organe glandu-
lare: ficat, rinichi
și pancreas; creier
- 6) Fructe
- 7) Morcov, nap,
spanac

C

Solubilă în apă.
Puțin stabilă.
Sensibilă la căldură
și la oxidare.
Acizii îi măresc al-
calinitatea îi micșo-
rează rezistența.

- 1) Legume verzi:
Fasole verde
Mazăre verde, varză
lăptuca; Morcov,
Roșii. Cartofi.
- 2) Fructe: Lămâi.
Portocale, Zmeure
- 3) Organe glandu-
lare: Ficat, Splina
Rinichii.

Compoziția alimentelor

Alimente 100 gr.	Cenuse	Subst. azotate	Subst. grasoase	Subst. hidrocarb.	Calorii
<i>Cereale, Făinoase, pâine</i>					
Orez	0,55	2,77	0,07	27,35	119
Grâu	1,66	12,04	1,88	68,85	348
Secară		10,81	1,76	70,21	349
Ovăz		10,66	4,99	58,37	329
Orz		9,24	2,11	74,91	367
Porumb		9,45	4,29	69,33	363
Făină de grâu	0,57	11,29	1,11	74,98	352
" " secară		11,57	2,08	69,55	360
" " ovăz	1,85	14,93	6,70	67,81	380
" " orz		9,70	1,96	67,96	339
" " porumb	1,44	9,65	3,80	69,01	385
" " mazăre		21,60	1,60	56,68	342
" " linte		21,60	1,67	57,12	345
" " cartofi	0,57	0,88	0,05	80,74	342
" " orez		6,35	0,53	77,60	351
Macaroane	1,10	12,45	0,78	74,58	340
Tapioca	0,12	0,44	0,19	87,18	350
Tăiței	4,48	12,82	0,74	70,78	335
Pâine de grâu albă	1,04	9,15	1,02	54,36	256
" " " completă	1,44	7,24	1,56	51,32	250
" " " neagră	2,10	4,50	1,80	42,50	222
" " secară		6,33	0,85	49,94	240
" " secară și grâu		6,69	0,46	53,11	251
" " ovăz		9,72	4,75	47,71	260
" " lărâțe (graham)		8,97	0,95	48,00	250
" " migdale		17,12	21,06	50,43	398
" " gluten		75,18	0,56	7,57	367
" " aleuren		64,86	0,80	17,78	375
Biscuiți obișnuiți		11,93	7,47	68,67	400
Turtă obișnuită		3,98	3,57	83,10	390
<i>Carne</i>					
Vișel	1,02	18,82	17,43	—	236
Vacă	1,15	19,94	10,44	—	174
Pastramă de vacă		33,12	9,80	—	220
Berbec	1,00	15,00	20,87	—	268
Miel		17,00	28,22	—	339
Porc	0,54	15,79	32,45	—	357
Șuncă		16,89	35,88	—	411

Alimente 100 gr.	Cenușe	Subst. azotale	Subst. grasoase	Subst. hidrocarb	Calorii
Slănină	10,08	15,77	51,61	—	528
Căprioară (sălbatică)		20,55	1,82	—	107
Epure		22,59	4,06	—	137
Curcan	1,00	21,60	22,90	—	296
Rață	1,21	23,28	5,20	—	145
Gâscă	0,54	15,68	33,54	—	366
Gaină	1,02	19,45	13,57	—	204
Porumbel		21,97	3,71	—	131
<i>Pește și cruștece</i>					
Balog proaspăt		16,04	0,33	—	73
Crap		16,96	2,57	—	98
Păstrăv		18,35	1,99	—	99
Știucă		17,95	0,51	—	83
Somn		18,65	10,03	—	176
Scrumbie proaspătă	9,67	16,90	5,78	—	126
„ afumată	16,07	23,45	14,70	—	231
Sardele cu ulei	6,96	25,76	15,27	—	246
Țipar	0,82	13,49	27,48	—	303
^{1/} Stridii	2,16	10,01	1,20	4,	53
^{2/} Raci	2,04	19,72	1,44	—	97
Icre					
Extract de carne Liebig	21,41	55,24	4,35	—	274
Peptone în praf	4,97	80,11	0,40	—	345
Bulion de vacă	0,41	1,24	0,35	—	8
Grăsimi de porc		3,00	81,85	—	782
„ „ vacă		2,59	81,07	—	775
Ouă (de găină)	1,06	14,37	12,40	—	171
Gălbușul	1,52	16,00	31,80	0,50	345
Lapte de vacă	0,71	3,38	3,66	4,92	67
„ „ capră		3,64	4,00	4,36	71
„ „ măgăriță		1,86	1,36	6,29	46
Kumys		2,64	1,85	4,70	55
Lapte condensant		10,68	10,65	13,61	202
„ acru		3,41	3,05	3,50	62
Kefir	0,65	3,39	2,76	4,84	59
Iaurt	0,65	4,71	5,25	6,32	92
Smântână	0,55	4,09	23,85	3,86	245
Unt proaspăt	1,59	0,76	83,70	0,50	752
Cașcaval	0,72	9,94	3,60	5,20	95

Alimente 100 gr.	Cenușe	Subst. azotate	Subst. grasoase	Subst. hidrocarb.	Calorii
Brânză proaspătă	3,81	32,32	5,28	1,73	192
Schweitzer	0,33	7,37	36,19	2,61	355
Hollander		28,34	23,40	3,18	357
Emmenthal	4,92	29,76	29,99	1,46	400
Chester	4,80	27,57	29,53	6,06	405
<i>Legume și salate</i>					
Anghinara	0,88	3,16	0,28	15,51	75
Bob uscat	2,96	25,01	1,59	56,96	322
„ verde		4,56	0,30	9,15	60
Cartofi noi	1,03	2,06	0,12	20,69	91
„ de iarnă	0,87	1,88	0,05	21,20	21
„ fierți	1,07	2,58	0,10	21,26	95
„ fripte	1,76	3,96	6,38	44,63	246
Purée de cartofi cu unt și lapte (Labbée)		2,70	8,60	19,20	164
Castraveți	0,47	0,93	0,14	2,44	16
„ murași	3,15	0,63	0,32	3,07	17
Conopidă	0,87	2,36	0,56	5,41	53
Ceapă proaspătă	0,61	1,61	0,27	10,32	49
„ uscată	3,19	8,27	0,66	67,34	34
Ciuperci	0,99	4,25	0,28	5,35	39
Cicoare	0,33	0,92	0,14	5,11	25
Dovleci					
Gulie	0,78	1,51	0,18	8,82	42
Fasole verde	0,70	2,50	0,21	7,42	40
„ proaspătă cu coajă	1,85	8,25	0,65	25,55	137
„ albă	3,50	25,31	1,63	48,33	318
Conserve de fasole	1,26	1,11	0,13	3,55	19
Lințe uscate	3,13	24,28	1,46	59,18	337
Lăptucă	0,88	1,33	0,30	3,00	19
Mazăre verde	0,90	6,44	0,48	15,57	90
„ uscată	2,80	23,03	1,71	59,49	336
„ conserve	1,10	3,61	0,20	9,87	54
Măcriș	1,08	2,62	0,54	4,53	32
Morcov	0,97	1,13	0,28	10,34	47
Nep	0,86	1,31	0,18	7,53	36
Năut		15,15	4,52	59,92	355
Praz	1,13	2,38	0,43	7,43	42
Păstârnac	1,40	2,10	4,10	2,60	52
Pătrunjel					
Pătiogele vinete	0,52	1,27	0,24	5,37	28
„ roșie	0,51	0,90	0,36	4,01	22

Alimente 100 gr.	Cenușe	Substanțe azotate	Substanțe grasoase	Subst. hidrocarb.	Calorii
Conserve roșii		1,01	0,18	3,87	22
Ridiche	0,83	1,19	0,12	4,80	24
Spanac	1,40	3,13	0,40	4,42	32
Sparanghel	0,64	1,92	0,16	5,98	23
Sfeclă roșie coaptă	1,06	1,62	0,09	9,51	44
Țelină albă	1,22	1,62	0,23	5,99	31
" acră	0,83	1,94	0,16	8,40	42
Usturoi proaspăt		5,58	0,09	29,59	146
Varză verde	1,11	4,42	0,52	6,90	48
" acră	0,78	1,51	0,18	8,82	42
" roșie		1,61	0,20	7,18	38
Salată verde		0,7	0,5	2,1	16
<i>Fructe</i>					
Alune	2,54	16,09	62,32	12,55	36
Agriși		0,47		8,43	36
Ananos (conserve)	0,70	0,40	0,70	36,40	461
Banane	0,86	1,44	0,55	22,55	99
Caise proaspete	0,58	0,97	0,12	14,17	61
" uscate	1,39	3,09	0,12	63,10	262
Castane proaspete	1,03	4,10	2,59	39,66	194
Curmale	1,64	1,91	0,89	73,82	308
Coacăze	0,73	0,81	0,53	13,35	61
Gului	0,74	1,12	0,69	26,02	113
Fragi	0,64	0,96	0,55	8,99	44
" conserve	—	0,60	0,40	4,40	24
Lămâi	0,34	0,39	90,37	9,91	44
Migdale proaspete	1,77	16,50	41,00	13,40	461
" uscate	2,13	20,97	54,28	17,39	606
Mure	0,51	1,20	1,00	11,06	57
" conserve	—	0,70	0,50	5,00	27
Mere	0,39	0,30	0,29	14,61	61
" uscate	—	1,19	1,75	61,76	274
" compot	—	0,40	"	13,00	55
Miere	0,24	1,33	"	79,54	321
Nuci	1,47	16,71	58,17	9,12	213
" de coco	"	5,70	50,60	27,90	590
Laptele nucilor de coco	"	0,40	1,50	4,60	34
Mandarine	0,39	0,10	0,17	10,78	44
Portocale	0,44	0,61	0,23	11,73	51
Piersici	0,57	0,92	0,48	14,62	66
" conserve	"	0,50	0,10	5,40	25

Alimente 100 gr.	Cenuse	Subst. azotate	Subst. grasoase	Subst. hidrocarb.	Calorii
Prune	0,58	0,81	0,34	17,63	76
" uscate	2,27	2,12	0,40	73,07	302
Pere	0,42	0,51	0,29	14,87	63
" uscate	—	1,74	0,32	64,51	275
" conserve	—	0,30	0,10	5,20	23
Vişine	0,54	1,13	0,74	16,82	77
" conserve		0,50	0,10	8,50	37
Struguri	0,43	1,14	1,39	18,91	91
" uscate	1,64	2,47	0,59	70,95	296
Smochine	0,57	1,33	0,27	63,42	276
" uscate	2,79	3,44	1,35	8,90	44
Stafide		2,37	0,59	70,95	296
Zmeură	0,51	0,80	1,03	12,77	62
" conserve		0,90	0,70	7,00	38
Măsline verzi	1,47	1,05	20,51	9,12	213
<i>Băuturi</i>					
Cafea	4,02	3,25	5,03	12,42	104
Ceai	3,79	2,37		21,66	95
Cacao (praf)		15,00	45,00	25,00	467
Vin mijlociu	0,25	"	7,00	2,32	57
Bere	0,25	0,18	4,08	6,06	53
Cidru	0,23	"	2,88	3,51	34
Rachiu		0,18	42,86	0,73	298

Principiile regimului alimentar în diabet fără denutriție.

(benign, gras, simplu)

Marcel Labbé distinge un diabet fără denutriție caracterizat prin tulburări în asimilarea hidraților de carbon și diabet cu denutriție în care mai sunt tulburări de asimilare a proteinelor și a grăsimilor. Între aceste două forme sunt varietăți intermediare de oarece adesea diabetul benign (fără denutriție) se poate complica cu acidoza și să evolueze spre forma gravă.

Acidoza constă în apariția în organism a substanțelor acide neoxidate în cantități pe care organismul nu le poate suferi. Aceste corpuri acide exagerează tulburările nutritive ale organismului (Rathery), iar unele dintre ele, numite acetonice (acetoana, ac. diacetic. ac. B oxibutiric) sunt foarte toxice (Cuende, Violle, Saggio).

Acidoza neglijată aduce coma și moartea.

Când diabetul este caracterizat prin tulburări în metabolismul proteinelor și a grăsimilor, el se complică cu acidoza numită diabetică, dar adesea acetonemia apare și în diabetul de aparență benignă; cu semne clinice neaccentuate și glicozurie relativ neintensă.

După Landergren, Magnus Lévy, Rathery, Desgrez, acidoza este de fapt o exagerare a unui fenomen fiziologic, de oarece în organism acizii grașiproduc în totdeauna corpuri acetonice în timpul degradării. Însă când nutriția nu este tulburată această etapă este trecătoare: substanțele transformându-se în CO_2 și H_2O .

Acest fenomen fiziologic se exagerează în procese patologice: diabet, tulburări grave ale tubului digestiv: holera, enterita, (Marfan) afecțiuni grave ale ficatului (Labbé. Bith), în foamea organismului sănătos, ori când el este lipsit de hidrați de carbon și primește multe grăsimi și proteine (Desgrez, Rathery, Bierry, Landergren, Forssner). Unii autori (V. Norden, Labbé, Joslin) discută părerea că procesul de formare al acidozei diabetice, seamănă eu cel al acidozei fiziologice.

Ringer crede că imposibilitatea de a degrada corpuri acetice este datorită acelor cauze care nu admit fabricarea glicogenului. Ori cert este că dezechilibrul nutritiv este în cauză când se produce acidoza fiziologică sau patologică. Evident că dacă în stare normală ruperea echilibrului în metabolismul nutritiv poate produce acidoză, cu atât mai ușor ea va fi determinată când metabolismul organic este deja tulburat cum se întâmplă la un diabetic fie și fără denutriție azotată. Clasificarea lui M. Labbé nici nu este admisă de toți autorii. Unii autori (v. Noorden, Escudero, Rathery) arată că nu se poate considera pe un diabetic fie și cu semne benigne, că suferă numai de imposibilitatea de a regula glicoliza. Funcțiunile de asimilare a hidraților de carbon, proteinelor și a grăsimilor, sunt strâns legate între ele și este imposibil ca o funcțiune să fie tulburată fără să sufere celelalte funcțiuni.

Linossier, Lemoine, Rathery, Liénard, arată că în diabet cu semne benigne, glicozuria și coeficientul de asimilare al hidraților de carbon pot fi modificate cu ajutorul substanțelor azotate (carne) și ei cred că echilibrul azotat nu este în totdeauna menținut în cazuri considerate fără denutriție. Escudero, Lépine, Rumpf, arată cazuri considerate ca ușoare și în care glicozuria s'a mărit sub influența grăsimilor, s'a redus cu reducerea din regim numai a grăsimilor. Acești autori disting de aceea un diabet „benign“ sau „simplu“, cu semne clinice relativ benigne, la cari glicozuria se reduce după un regim sărac în hidrați de carbon care durează câteva zile, sau dacă bolnavul poate asimila până 2 gr. glicoză pe kgr. corp (Escudero, Weintraud, Rathery).

Ori această benignitate nu exclude tulburarea în general a metabolismului organic și mersul glicozuriei, iar bilanțul hidraților de carbon asimilabili, stabiliți în clinică va da o idee ne-completă asupra metabolismului întregului organism. Reesă că în fața unui diabetic considerat fără denutriție la care glicoză dispăre după 8—10 zile de regim absolut, sau care mai poate asimila 100—150 gr. hidrați de carbon, trebuie în totdeauna să avem în vedere, că ne găsim în fața unui bolnav de nutriție, adică la care metabolismul organic este tulburat și se pot forma în exces substanțe acide neoxidate provenite din desintegrarea proteinelor și a grăsimilor (acidoza).

În stabilirea unui regim alimentar trebuie să ne conducem în primul rând de principiul: a reduce pe cât posibil hipergli-

cemia și glicozuria. Al doilea principiu constă în asigurarea organismului diabetic cantitatea maximă de hidrați de carbon, (Bouchard) pe care el îi poate asimila (fără să se producă din nou glicozuria) din cauza valorii lor de combustibil și valoarea specific anticetogenă. Ori dacă se cunoaște că pentru a preveni acidoza fiziologică ajunge o cantitate de 50—60 gr., nu se cunoaște însă cantitatea minimă necesară pentru a preveni acidoza diabetică. Pentru a face glicozuria să dispară și a putea stabili acest maximum pe care diabeticul îl poate tolera, supunem bolnavul la o dietă complet lipsită de alimente ce conțin hidro-carbonați. Prin acest regim glicozuria dispare de obicei după 8—10 zile în diabetul benign (tără denutriție). Începem în acel moment să adăogăm treptat în fiecare 5 sau 8 zile, o cantitate determinată de hidrocarbonați de pildă 50—60 gr. pâine în fracțiuni de câte 20 gr. la fiecare masă (v. Noorden) sau cartofi în cantitate echivalentă. Vom continua în acest fel până când vor apare primele urme de glicoză. Cantitateade hidrocarbonați din pâine sau cartofi ingerată de individ fără ca glicozuria să fie apreciabilă ne vor arăta care este coeficientul de asimilare al bolnavului pentru hidrocarbonați, adică limita de toleranță reală.

M. Labbé, Escudero, v. Noorden și alții recomandă ca regimul de toleranță să conțină 10—20 gr. hidrocarbonați mai puțin de cât organismul poate asimila; de oarece la diabetici cea mai mică imprudență poate să rupă limita sa de toleranța și glicozuria să apară brusc.

Stabilirea toleranței reale sau a coeficientului de asimilare fiind greu de aplicat în acest fel la unii bolnavi debili, cari nu se pot lipsi în mod brusc de hidrați de carbon, se poate întrebuița un alt procedeu. Se recomandă un regim mixt, reducându-se treptat hidrații după toleranța „presupusă”. Se începe prin a reduce $\frac{1}{4}$, apoi $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$ etc, până ce în urina de 24 ore se găsesc numai urme de glicoză la analiză, continuându-se apoi cu acest ultim regim (Labbé). Odată stabilită maxima de toleranță pentru hidrații de carbon proveniți din alimente, diferiți autori nu sunt de acord în ce privește modul de a prescrie alimentele trebuincioase.

Von Noorden crede că un diabetic are aceeaș capacitate de asimilare pentru ori ce fel de substanță hydro-cărbonată, din ori-ce aliment, de aceea el se servește de tabele, care-i permit a înlocui un aliment cu altul, în așa fel încât să conțină

hidrați de carbon, în pondere egală. Bouchard, Rathery Labbé sunt de părere că nu toate alimentele hidrocarbonate sunt egal tolerate de către bolnavi. Labbé grupează alimentele în modul următor, după asimilabilitatea lor: cartofi, făină de orez, macaroane, castane, orez, fasole, linte, mazăre, făină, zahar. Ori, Rathery este de părere că fiecare bolnav are un coeficient personal de asimilare pentru fie care aliment. Unii vor putea să suporte mai mulți hidro-carbonați sub forma de cartofi sau fasole, decât pâine, iar alții mai multă pâine decât fasole etc; Rathery susține procedeul lui Bouchard și nu poate concepe că constituirea unei diete științifice la un diabetic, să fie redusă la simple scheme, problema fiind de strictă individualizare. La fel se pronunță Escudero și Labbé despre schemele și tabelele matematice ale unor diabetologi americani introduse în ultimul timp (Woodyatt, Kellog, Buyl). Americanii bazează calculele matematice pe teoria ceto-anticetogenică a lui Shaffer. — Admitând că 1 moleculă hidrați de carbon, neutralizează aproximativ 2 molecule cetogene și socotind că din grăsimi provin 90% cetogene, 10% anticetogene, din albumine 58% anticetogene, 26% cetogene, ei stabilesc gradul de toleranță reală pentru hidrați de carbon, scăzând glicoză eliminată în 24 ore din suma totală ce reprezintă hidrații de carbon proveniți din alimente, + 58% din albumine, + 10% din glicerina grăsimilor, după ce prescrie alimente în așa fel încât echilibrul ceto-anticetogenic să nu fie rupt.

Reproducem o schemă a lui Wilder și Russel, care dă posibilitate a menține echilibrul ceto-anticetogenic în caz de acidoză :

$$C=0,024 M-0,41 P$$

$$F=4C-1,4 P$$

C=înseamnă hidro-carbonați, F=grăsimi.

M=caloriile, P=proteine, care se administrează 1 gr. pe kg. de corp.

Al treilea principiu constă în a se menține echilibrul dintre venituri și cheltueli, adică să asigurăm diabeticului ca ori cărui alt individ o rațiune zilnică de întreținere. La un individ sănătos este nevoie pentru această întreținere de 30—40 calorii pe kg. corp sau aproximativ 2500 calorii (pentru un individ cu greutatea de 65—70 kg.) furnizate de 105 gr. albumine, 68 gr. grăsimi și 417 gr. hidrați de carbon.

La diabetici cantitatea de hidrați de carbon ce o pot asu-

mila fiind redusă, trebuie să asigurăm rația alimentară, prin celelalte varietăți de alimente calorigene: grăsimi și albumine, dând din ele doze cu atât mai mari cu cât coeficientul de asimilare al hidraților de carbon va fi mai mic. Ori s'a observat că nu este indiferent în unele cazuri felul în care complectăm rațiunea alimentară. Cum am văzut, Linossier, Rathery și Liénard au observat în diabetul „simplu“ influența proteinelor asupra glicozuriei și a coeficientului de asimilare a hidraților de carbon. Von Noorden a clasificat chiar albuminele în ce privește influența lor asupra glicozuriei în ordinea descrescândă: cazeina, albumine de carne, albumina legumelor, albumina de ouă, albumine de cereale.

Falta, Petren, Newburgh, March insistă asupra nocivității proteinelor, pe care le acuză de producerea acidozei, de oare ce numai în prezența proteinelor, grăsimile se transformă în corpuri acetone.

Lambling încearcă să explice nocivitatea excesului de proteine prin următorul motiv: proteinele cer pentru digerare sucul pancreatic, ori dacă secreția externă se va mări, se vor desvolta glandele acestei secreții în detrimentul insulelor lui Langherhans, agravând prin aceasta diabetul.

În orice caz este dovedit că excesul de carne este nociv în unele cazuri, chiar pentru diabetici „fără denutriție“. Interviu autori americani (Joslin, Allen), cari atrag atenția asupra nocivității extreme a grăsimilor pentru diabetici. „Cu exces de grăsime începe diabetul, cu excesul de grăsime moare diabeticul“, spune Joslin. El mai adaugă că dacă hidro-carbonajii ne arată nocivitatea lor prin glicozurie, grăsimile în schimb se acumulează în sânge și nici nu știm despre pericolul ce-l prezintă.

Teoria ceto-antiketogenezei caută să explice această nocivitate a grăsimilor. Mulți autori se comportă cu rezervă față de această teorie și mai ales față de calculele și tabelele matematice care caută să stabilească un echilibru ceto-antiketogenic în administrarea alimentelor—și nu admit, cum spune M. Labbé „expresiunea atât de matematică a legilor biologice“.

Ori, și autorii francezi încep să recunoască nocivitatea grăsimilor. Astfel M. Labbé a modificat termenul de diabet cu „denutriție azotală“ și îl consideră ca un diabet de denutriție datorit tulburărilor în metabolismul proteinelor și al grăsimilor.

Iar în comunicarea către Academia franceză, Desgrez, Bierry și Rathery stabilesc necesitatea unui echilibru alimentară pentru un diabetic.

M. Labbé și Straus recomandă de aceia diabeticii o rație alimentară mai inferioară aceleia a omului sănătos, și adaugă că au observat multe cazuri în care diabeticii s'au mulțumit cu 26,5 calorii pe kg, de corp. Carnot arată însă că faptul observat la unii indivizi că au suportat rațiuni calorice inferioare, nu dovedește că după un timp mai îndelungat nu se vor produce consecințe neplăcute, din cauza acestei subalimentații. Astfel în timpul foametei din Rusia, populația s'a mulțumit cu subalimentația, ori, după un timp de câțiva ani, s'au văzut însă consecințele prin epidemiile izbucnite din cauza scăderii de rezistență a organismului. Ținând seamă că la diabetici regimul alimentar trebuie ținut aproape toată viața, și diabeticul „fără denutriție“ nu stă în pat ci își vede de aiacerile sale, noi nu vom putea să-i recomandăm întotdeauna un regim în erior celui stabilit pentru organism normal.

Dacă în diabetul benign (fără denutriție) dificultățile alimentare nu sunt prea mari, în cazurile care nu evoluează spre acidoza, ele se măresc atunci când pe lângă diabet există o complicație care impune și dânsa restricțiuni alimentare și, deseori, tocmai ale acelor alimente recomandate în diabet.

Alegerea alimentelor în diabet

Vom face acum o privire generală asupra alimentelor celor mai obișnuite, arătând felul în care se pot întrebuința în regimul unui diabetic.

Hidrații de carbon sunt aduși de obicei prin pâine, cartofi, făinoase. La diabetici cantitatea lor este permisă după gradul de toleranță al bolnavilor. Ar însemna astfel, ca rațiunea de pâine să fie în unele cazuri foarte redusă, ceea ce diabeticii, cari sunt mari mâncători, nu pot suporta. De aceia s'a căutat a se înlocui pâinea prin preparate asemănătoare, având cantități mai mici de amidon. Astfel se fabrică acuma pâinea Graham, pâine Seidl, pâine de migdale, aleuron, soja sau de gluten. Se poate înlocui o parte din rația zilnică de pâine cu cartofi care contin mai puțin amidon (100 gr. cartofi conțin 20 gr. hidrați de carbon, pe când aceeași cantitate de pâine conține 60 gr.) și sunt mai bine tolerați. Se interzic ca conținând mai mulți hidrocarbonați decât pâine albă—pastele făinoase. *Legumele* conțin relativ o mică cantitate de hidrați de carbon și dacă în alimentația omului normal nu sunt indispensabile

ca pâinea și cartofii, în schimb în alimentația diabetului vom avea tot interesul de a-i prescrie acest fel de alimente, de oare ce conțin multe substanțe azotate, aduc sărurile necesare organismului, ei satisfac pofta de mâncare a bolnavilor prin cantitatea lor și absorbind bine grăsimile le fac mai suportabile. Sunt interzise, afară de indicațiuni speciale: fasole, bob, linte, năut, anghinară, sfeclă, morcov, ceapă uscată. Se permite întrebuițarea sparanghelului, țelinei, spanacului și salatei. Relativ se permit: castraveții, napii, varza, ridichele, roșii, usturoi. În general sunt permise dintre legume acele care conțin 5 % până 6 % amidon. Allen, Joslin recomandă a consuma legume fierte în mai multe ape, succesive, pentru ca amidonul să se disolve bine. De pildă 100 gr. spanac conțin 2,97 hidrocarburați, și după fierbere într'o singură apă—numai 0,85. Și cu cât legumele sunt mai bogate în amidon, cu atât trebuie să fie mai bine fierte.

Fructele conțin o mare cantitate de hidrați de carbon; cele mai sărace dintre ele, ca lămâi, fragi, zmeure, mandarine, portocale conțin încă 5 %—10 % zahăr. Cele mai bogate în zahăr sunt struguri, smochine, curmale, pepeni, prune. Foarte bogate în zahăr sunt fructele uscate: prune uscate, mere uscate, caise uscate etc. Însă, de oarece fructele aduc săruri minerale, vitamine și schimbă monotonia regimului, făcându-l mai ușor de suportat, avem interesul de a recomanda o parte din ele. Se permit relativ mere, pere, vișine și mai ales fructe grase: măslina, nuci, castane, fisticuri, migdale, alune, deși conțin 15 % glucoză, dar sunt bogate în proteine și grăsimi. Pentru compoturi se recomandă fructe incomplet coapte, de oarece atunci conțin mai puțin zahăr. Zahărul neputând fi întrebuițat în bucătăria diabeticilor se obișnuiește zaharina. Or, unii autori sunt de părere, că acest produs sintetic devine, după o întrebuițare îndelungată nociv pentru rinichi și stomac și Escudero o interzice cu desăvârșire. Unii autori (Labbé, Nepveux) recomandă în multe cazuri lavuloza sau fructoza, care sunt mai bine asimilate decât glicoză de către mulți diabetici. (Se recomandă până 5 gr. pe zi).

Kulz recomandă mannita, iar Grefe susține, că zaharul coramelizat se poate recomanda diabeticilor. În bucătăria diabeticilor se mai poate întrebuițarea glicerina în loc de zahăr.

Albuminoidele animale nu conțin hidrați de carbon și sunt recomandate în regimul diabeticilor „fără denutriție azotată”, ori cum am văzut, excesul lor poate să devie nociv.

Intrebuințarea albuminoidelor vegetale, care sunt mai puțin nocive (Linossier, Lemoine) este adesea imposibilă din cauza hidratilor de carbon pe cari îi conțin.

Carnea, peștele nu se pot permite în cantitățile prescrise de Bouchard (500 gr. pe zi), dar nici nu se poate da înfima cantitate cum recomandă Petren. După von Noorden se va permite până la 1—1,2 gr. de Kg. corp pe zi. Toate cărnurile sunt permise la diabetici fără complicații, mai ales cele grase, afară de ficat, care conține glicogen. Bulion se permite, deasemenea, extracte de carne: Liebig, Maggi etc.

Oăule sunt compleci lipsite de hidrocarbonași, bogate în albumine; lecitihinele și colesterina sunt reconstituante pentru organism, așa că reprezintă alimentul tip pentru diabetic; dar abuzul lor timp îndelungat poate produce tulburări digestive. Laptele, care conține toate principiile alimentare are însă prea multă lactoză — (5%) și trebuie deci să fie recomandat în doze moderate, ținând seama de coeficientul de asimilare H. C. Se preferă a înlocui laptele prin smântână, iaurt sau Kefir, care conțin mai puțin hidrocarbonași. Gärtner a preparat un lapte de zaharat care conține numai 1% lactoză și 5% grăsime.

Von Noorden îl întrebuințează amestecat cu ceai, cafea și cacao. Brânză bogată în albumine și grăsime, săracă în glucoza este foarte utilă diabeticilor. Cele preparate, (Schweitzer, Hollander, Emmenthal) conțin multe grăsimi și se admit în doze moderate. *Alimentele grase* au ca și proteinele, mare importanță în alimentația diabeticilor prin valoarea lor calorică și specifică; însă, după cum am văzut, trebuie evitate excesele din cauza compușilor celogeni pe care îi produc și din cauza dispepsiei ce o pot provoca. Din grăsimile animalelor, untul este cel mai preferabil.

Von Norden, Escudero, recomandă a-l spăla de câteva ori pentru a-l reduce acizii grași. Grăsimile vegetale, ca uleiul de măsline, de floarea soarelui, margarinele, untul de cocos pot înlocui untul în anumite mâncări, deasemenea untura de pește, care mai folosește cu vitamine silectine. Există și un preparat sintetic. Intarvinul lui Kahn, (margarat de giicerină) sub forma de praf alb, care nu dă corpuri acetonice, care poate deasemenea înlocui untul, evitând abuzul. Frișca proaspătă este un aliment bun conținând 20%, 40% grăsime.

Băuturi alcoolice trebuie permise la diabetici din următoarele cauze: alcoolul este un combustibil foarte bun (un gram

producee 7 calorii); el este un aliment de economie al proteinelor, al grăsimelor și al hidraților de carbon. El înlesnește digerarea grăsimelor, este anticetogen ca hidrocarbonați și mai folosește ca un tonic pentru starea generală. Abuzul este însă oprit și se poate recomanda la regimul până la 30—40 gr. care sunt conținute într'o $\frac{1}{2}$ litru vin, ceea ce aduce 250 calorii. Vinurile recomandate sunt cele ușoare (Bourgogne, Bordeaux); mustul și cele dulci sunt oprite. Dintre spirtoase se poate autoriza puțin cognac și whisky; licherurile dulci sunt cu totul oprite. Berea ușoară se poate lua în cantități foarte moderate. Cidrul este oprit.

Diabeticul bea mult din cauza setei; el poate bea apa fără nici o contradicție căci ea spală organismul și elimina mai bine glucoza din țesuturi, (Debove, Flamont.) Apele minerale alcaline, care ca o cură specială sunt foarte folositoare sunt de asemenea recomandate ca băutură zilnică. Se permite și limonadă pregătită fără zahăr, de asemenea ceai, cafea sau cacao. dar fără zahăr.

Alimente permise diabeticilor dacă nu sunt restricțiuni impuse de complicații

- | | |
|--|---|
| 1) Ori ce fel de carne proaspătă | Gulia, 4) Ridiche etc. care nu conțin amidon, ci Inulina, Inosita, sau Man-nita care nu se transformă în glucoză. |
| 2) Părțile interne ale animalelor; Ficaț, interzis căci conține glyeogen | |
| 3) Părțile externe | 21) Unele legume verzi : |
| 4) Cărnuri conservate | Conopidă, Castraveți, Măcriș, Lăptucă, Fasole proaspătă cu coajă, (dar bine fierte, pentru a dizolva amidonul). |
| 5) Cârnași găliți fără făină sau pâine | |
| 6) Pește proaspăt | |
| 7) „ conservat | |
| 8) Icre | |
| 9) Extracte de carne: Liebig, Maggi, etc. | <i>Sunt echivalente în Albuminoide</i> |
| 10) Bulion | |
| 11) Supe de carne și de pește | Carne crudă 100 gr. |
| 12) Grăsimi animale | „ grasă 120 gr. |
| 13) „ vegetale | „ „ de găscă 140 gr. |
| | Momițe fierte 100 gr. |
| 14) Brânzeluri | Limbă de bou afumată 80 gr. |
| 15) Ouă | Șuncă 85 gr. |
| 16) Măslină | Cârnași uscați 80 gr. |
| 17) Condimente | „ grași 140 gr. |
| 18) Apă dulce, ape minerale | Pește gălit 100 gr. |
| 19) Vin mijlociu, 1/2 litru pe zi | Icre 60 gr. |
| 20) Unele alimente vegetale : | Brânză 60 gr. |
| 1) Anghinara, 2) Țelina, 3) Ouă, | trei |

Tabela de alimente
în ordinea descrescândă a conținutului în hidrați de carbon

Alimente 100 gr.	Hidrați de carbon	Alimente 100 gr.	Hidrați de carbon
<i>Făine</i>		<i>Pâine și Paste făinoase</i>	
Făină de cartofi, de orez	80	Furtă obișnuită	
Făină de grâu fină	75	Capioaca	83,90
" " secară	70	Macaroane, tăței, sagó etc.	80-87
" " porumb	69,7	Biscuiți obișnuiți	70-74
" " orz	68	pâine albă	68-75
" " ovăs	67	pâine completă	52-57
" " fasole	58	pâine amestec de grâu și secară	52-53
" " linte	57	" de secară	48-51
" " mazăre	56	mămăligă	40-50
" " soja	38	pâine neagră	43-47
" " celuloza	37	" Graham	42-47
" " aleuron	7a-17	" de migdale	40-45
		" de soja	30-35
		" " aleuron	14-21
		" " gluten	10-30
			7-15
L e g u m e		F r u c t e	
Ceapă uscată	67,34	Compot de portocale	84,50
Fasole uscate	61,54	Miere	79,54
Mazăre uscată	59,49	Curmale	73,82
Linte	59,18	Prune uscate	73,07
Bob	56,96	Struguri	70,95
Fasole proaspăt cojite	25,55	Siro de vișine	66,90
Cartofi fierți (de iarnă)	21,24	Smochine uscate	63,42
Cartofi noi	21,20	Caise	63,10
Pătlașele roșii	17,65	Compot de fructe (amestecat)	63,00
Mazăre proaspăt cojită	15,57	Pepeni	39,64
Anghinară	15,51	Ananas (conserve)	36,40
Trufe proaspete	13,91	Nuci de Coco	27,90
Praj	12,72	Gutui	26,02
Salzifile (barba caprei)	12,53	Banane	22,55
Flageloți (o varietate de fasole)	12,50	Struguri	18,91

Alimente 100 gr.	Hidrați de carbon	Alimente 100 gr.	Hidrați de carbon
Legume		Fructe	
Morcov	10,34	Prune	17,63
Ceapă proaspătă	10,32	Migdale uscate	17,39
Mazăre	9,87	Vișine	16,52
Sfeclă roșie	9,51	Grenade	16,51
Varză acrå	8,82	Nuci uscate	15,96
Varză de Bruxelles	8,80	Piersici golași	15,90
Telină	8,40	Pere	14,87
Nap	7,53	Piersici	14,62
Praj	7,43	Mere	14,61
Fasole verde	6,90	Caise	14,17
Telină albă	5,99	Pomușori	
Conopidă	5,41	Migdale proaspete	13,40
Patlagea vânăță	5,37	Zmeure	12,77
Ciuperci	5,35	Alune uscate	12,55
Conopidă	5,11	Agriși	12,01
Cicoare de grădină	5,11	Portocale	11,73
Cicoare (salată)	4,98	Mure	11,06
Ridiche	4,80	Mandarine	10,78
Macriș	4,53	Lămâi	9,91
Tomate	4,01	Masline verde	9,12
Sparanghel	3,78	Fragi	8,99
Cicoara	3,20	Laptele nucilor de Coco	4,60
Castraveti	3,07		
Laptuca	3,00		
Spanac	2,60		

Tabelă după von Noorden

(20 gr. franzelă = orice aliment din această tabelă în cantitatea indicată)

Pâine de Migdale	200 gr.	Frișca	500 gr.	Afine	225 gr.
" " Gluten	30 "	Lapte acru	350 "	Alune	200 "
" " Aleuron		Lapte condens.	90 "	Agrise crude	500 "
Luffbrot (Viena)	100 "	Lapte de vacă	250 "	" coapte	150 "
Pâine de seară	26 "	Vin Șampanie	100 "	Ananas	100 "
Paste de ovăz	21 "	Bere	300 "	Banane	75 "
Pesmeți obișnuți	17 "	Castraveți	"	Caise	180 "
Făină de grâu fine	16 "	Cartofi noi	90 "	Coacaza	190 "
" " obișn.	17 "	" de iarnă	70 "	Cireșe	125 "
" " porumb	18 "	Gulii	180 "	Curmale	20 "
" " ovăz	20 "	Fasole verde	150 "	Castane	60 "
" " orz	18 "	" uscată	25 "	Gulii	180 "
" " Aleuron	170 "	Mazăre verde	115 "	Fragi	200 "
" " mazare	22 "	" uscată	28 "	Mere	150 "
" " linte	"	Morcovi	150 "	" uscate	21 "
" " fasole	"	Pastarnac	"	Mare	250 "
Arpacas	17 "	Ridiche	120 "	Migdale	100 "
Macaroane	16 "	Roșii	"	Nuci	100 "
Tapioca	16 "	Ștecla	170 "	Pere	120 "
Sago	16 "	Țelina	120 "	" uscate	21 "
Crupe	16 "	Varza	"	Prune	150 "
Orez	15 "			Persici	140 "
				Pepeți ver.	250 "
Cucuo praf	38 "			" galb	250 "
Smântână	400 "			Smochine	20 "
Kefir	400 "			Struguri	80 "
Iauri	300 "			Vișine	150 "
				Zmeură	300 "

Diabet complicat cu leziuni hepatice. Diabet hepatic primitiv.

Ficatul are funcțiuni foarte complexe, fiind în acelaș timp o glandă digestivă și de nutriție.

Prin bila pe care o secretă, acționează asupra grăsimelor în primul rând și apoi asupra albuminoidelor și a substanțelor amidacee. Bila mai este antitoxică.

Pentru asimilarea alimentelor ficatul mai ajută prin funcțiunile sale: glicogenică (glicogeneza și glicogenoliza) adipopexică și uropoetică. El poate opri și distruge toxinele aduse de vena porta.

După cum spune Roger, nu există nici un proces de nutriție sau denutriție în care ficatul să nu intervină, de aceea foarte des diferite forme ale diabetului sunt complicate de afecțiuni hepatice, de la simplă congestie până la ciroza hipertrofică sau atrofică.

Cl. Bernard, stabilind funcțiunea glicogenică a ficatului, a localizat origina diabetului în ficat. Cercelările ulterioare au arătat că sunt diabetici cu ficat normal, dar s'a dovedit că glucozuria alimentară este în majoritatea cazurilor datorită insuficienței hepatice; ș'a observat diabetul post infecțios, când s'au produs leziuni hepatice, de asemenea s'a observat, că ciroza hipertrofică a determinat diabetul și că tratarea ei a influențat favorabil procesul diabetic (Gilbert, Lereboullet). Se admite cu Gilbert și Lereboullet, că există „clinic“ un diabet hiperhepatic și unul anhepatic.

Diabetul anhepatic primitiv va fi după acești autori mai benign; glucozuria va fi mai mică, iar insuficiența hepatică mai puțin pronunțată; ficatul poate însă evolua spre ciroza atrofică.

Diabetul hiperhepatic primitiv are o mai mare gravitate. El evoluiază mai des spre acidoză și comă iar turburarea hepatică este mai accentuată.

În stabilirea regimului alimentar în toate aceste cazuri, trebuie finut seama nu numai de intensitatea procesului diabetic, ci și de gradul leziunii hepatice.

Alfred Robin deosebește două regimuri: unul pentru hiperhepatici, care trebuie să modereze activitatea celulară, adică să conțină alimente sedative, ca de pildă, lapte și derivate; altul pentru hipohepatici, conținând elemente, care excită activitatea celulară. Linnossier susține însă un regim sedativ pen-

tru ambele forme. El crede, ca alimentele excitante nu pot aduce decât o ameliorare trecătoare hipohepaticilor și, ca întrebuințarea sistematică a lor obosește organul și exagerează chiar insuficiența.

Lăsând de oparte chestiunea nedecisă încă a întrebuințării alimentelor excitante, principiile unui regim alimentar în orice leziune hepatică trebuie să fie: a evita orice acțiune-nocivă asupra celulei hepalice bolnave; a nu provoca fermentațiuni intestinale toxice atunci, când ficatul nu poate acționa asupra lor; regimul să fie bine tolerat de către bolnav, (Roger, Chauffard, Castaigne).

Bazându-se pe aceste principii, carnea, care este un aliment principal al diabeticienilor, trebuie să fie exclusă în caz de leziune hepatică din cauza toxinelor ce le produce și care pot ajunge la celula hepatică lezată prin căile biliare și cele septicemice.

Carnea va fi nocivă în special hiperhepaticilor, fiind un aliment excitant pentru ficat. Nu se poate interzice însă carnea în toate cazurile la diabetici, care obișnuiesc a mânca mult și cărora nu le este permis a întrebuința hidrații de carbon și nu pot utiliza grăsimile. Se va căuta deci a li se permite carnea cea mai puțin toxică și mai ușor tolerată.

Linossier și Lemoine consideră egală toxicitatea cărnurilor albe și a celor roșii. Cele roșii sunt însă mai nocive; deoarece se mănâncă mai puțin fierte, după acești autori, și prin fierbere carnea pierde mare parte din toxine. Gilbert și Jannier susțin însă că carnea albă conține mai puține toxine. Carnea grasă trebuie exclusă, din cauză că grăsimea este foarte greu digerată. Nu se va putea admite deci: carnea de porc, de găscă, rață, pește gras, de asemenea nici organele interne ale animalelor: rinichi, splina, creier, etc. foarte bogate în purină, acid oxalic, elemente toxice. De asemenea cărnurile conservate care produc fermentațiuni intestinale, vor fi excluse, afară de șuncă slabă, bine tolerată.

Grăsimile trebuie interzise, căci sunt greu de digerat și produc lipemia din cauza abolirii funcțiunii apoplexice a ficatului. Când sunt emulsionate ele sunt totuși mai ușor digerate și mai bine utilizate.

Se vor interzice deci complect grăsimile de porc, de vitel etc.; totuși untul proaspăt poate fi permis în mici cantități adăugate la diferite alimente, legume de pildă, atât timp cât

este tolerat: Grăsimile vegetale fiind neemulsionate sunt excluse din alimentație, totuși autorii permit undelemn de măslin din cauza proprietăților sale colagene:

Ouăle sunt interzise, fiind că exagerează putrefacția și fiind foarte bogate în cholesterină nu se vor da nici la bolnavii, cari au leziune hepatică, chiar fără de litiază, de oarece în orice tulburare a ficatului, regularea cholesterinemiei este insuficientă (Chauffard). Teohari, spune că ele conținând 10 % grăsime și 12 % substanțe azotate, pot produce toxine și să fie greu de digerat, la fel ca proteinele și grăsimile.

Fiind însă imposibil a lipsi pe diabetici de acest aliment principal pentru dânșii, se va permite albușul oului, care nu conține cholesterina, produce mai puține toxine și este mai ușor digerat de cât gălbenușul.

Laptele este alimentul tipic al hepaticilor, aducând toate principiile alimentare; conținând însă 5 % lactoza, el devine nociv pentru diabet și trebuie recomandat numai în limitele toleranței pentru H. C. Obișnuit hepaticului i se prescrie laptele degreșat; în diabetul hepatic convine mai mult să se prescrie laptele în stare naturală cu grăsimile sale emulsionate, pentru a aduce aceste grăsimi necesare înlocuirii hidraților de carbon, evitând alte alimente grase, mult mai greu digerate.

Iaurtul, smântâna, kefirul, conțin mai puțin hidrocarbonați de cât laptele și fiind relativ bine suportate, sunt recomandabile. Brânzeturi ca schweitzer, hollander, roquefort, chester, etc. vor fi evitate ca fermentescibile. Brânza proaspătă, mai ales cea de vacă, se permite, de oarece este bine digerată și foarte folositoare pentru caseina ce o conține.

Alimentele vegetale sunt mai puțin putride și dau deci, mai puține toxine, de cât cele animale. Unele din ele conțin însă purina și acid oxalic, în special leguminoasele, verzi ca fasole verde, mazăre, linte, năut, care se întrebuițează mult de diabetici, sunt oprite în cazuri de leziuni hepatice concomitente. Celluloza legumelor și fructelor servește mult. (Castaigne, N. Ticssinger și A. F. Hertz) hepaticilor ca colagog și prin mărirea contracțiilor intestinale la acești bolnavi obișnuit constipați. A. F. Hertz a stabilit o labelă, arătând conținutul alimentelor în celuloza și din care se vede că alimentele fierțe au o cantitate de celuloză mult mai mare.

Diabeticii hepatici au mare interes de a mânca legume fierțe, de oarece prin fierbere, celuloza devine mai ușoară de

digerat și amidonul se solvă, scăzându-se astfel cantitatea de hidrați de carbon. Recomandabile acestor diabetici, ca ușor de digerat și sărace în hidrocarbonați (3% — 7%) sunt: praz, anghinara, morcov, țelina, lăpluca, spanac. Relativ sunt permise fasole verde, mazăre verde, năut verde, căci conțin purina, acid oxalic în cantități apreciabile și sunt putrescibile, ori sunt foloase în diabet conținând relativ puțin hidrați de carbon (7% — 10%).

Castaigne și N. Fiessinger, interzic hepaticilor varză, cōnopidă și patlagele vânete, de oarece din cauza conținutului prea mare în celuloză sunt greu de digerat. Ori pentru diabetici ele aduc mari foloase prin satisfacerea poftii de mâncare și prin cantitatea mică (7%) de hidrați de carbon ce conțin. Leguminoase uscate: linte, bobii, fasole albe, etc., vor fi interzise, ca bogate în hidrați de carbon și care mai conțin acid oxalic și baze purinice. Unii autorii, nu recomandă hepaticilor patlagele roșii. Ori diabelicilor ele ar fi foarte folositoare prin vitaminele în care sunt atât de bogate. Cartofii, orezul sunt ușor digerate și acești diabetici se pot folosi de cartofi mai mult de cât pâine, bine înțeles, ținând seama de coeficientul de asimilare H. C. Pâinea de migdală, bogată în grăsime, obosește stocul și nu poate fi recomandată în totdeauna diabeticii hepatici.

Acestor bolnavi, de obicei constipați, mannita, recomandată de Kulz diabeticii, va fi de mare folos, înlocuind zahărul și cu proprietățile sale laxative.

Condimentele ca: piper, muștar, usturoiu etc., sunt complet interzise, fiind nocive celulei hepatice. Alcoolul este o otrăvă pentru celula hepatică și se interzice sub orice formă: licheururi, vin, bere. Ceaiul, cafeaua, cacao, conțin multe purine și acid oxalic și nu pot fi recomandate hepaticilor, decât în doze foarte moderate. Apele minerale alcaline sunt foarte trebuincioase atât pentru diabet cât și pentru afecțiunea hepatică. M. Labbé recomandă o cură de izvor în fiecare vară și repetarea acestei cure acasă în fiecare 3 luni. Reesă, că diabeticii cu leziuni de ficat sunt supuși la mari neplăceri prin faptul că îi se interzice grăsime, carnea grasă, unele legume, alimente de care un diabetic simplu se folosește în cantități apreciabile.

Restricțiunile vor fi desigur în raport cu leziunea hepatică, iar în leziunile grave chestiunea se mai complică prin faptul, că chiar în lipsă de diabet pot provoca acidoza (M. Labbé, Bith) cu atât mai ușor la diabetici.

Tablou alimentar după conținut în celuloză

Legume 100 gr.	Celuloză	Celuloza legumelor fierite	Fructe 100 gr.	Celuloza	Celuloza fructelor în- trebuințate după ferbere
Mazăre uscată	5		Nuci uscate	7,8	8
Fasole albă	4	5	Zmeură	7,4	48
Sfecla	3	29	Smochine usc.	7,3	9
Lințe	2	2,3	Curmale	5,5	7
Sparanghel	2	19	Agriși	4,5	32
Ceapă	2	19	Coacăze	4,5	32
Pastărnac	2	10	Prune	4,3	20
Anghinara	2	10	Goldane	4,1	36
Nap	2	10	Vișine	3,8	23
Morcov	2	10	Piersici	3,4	31
Dovleci	1,3	25	Piere	3,1	20
Conopidă	1,2	13	Mere	2,7	16
Ciuperci	1,1	13	Struguri	2,3	22
Revent	1,1	13	Fragi	2,2	19
Varză	1,1	15	Portocale	1,5	13
Pătălagele roșii	1,1	15	Pepeni	1	22
Bob	1	1,1	Castane	0,97	
Spanac	0,9	15	Banane	0,2	0,8
Telina	0,9	15			
Patlagele vinete	0,87				
Cardame	0,7	10			
Fasole verde	0,6	6			
Cartofi	0,6	3			
Castraveți	0,5	13			
Laptuca	0,5	8			
Mazăre verde	0,2	2,5			
Orez	0,3	0,7			
Pâine albă	0,3	0,5			
Pâine compl.	1,5	3			
Făină compl.	2,6	3			
Tărâțe	1,8	20			

Diabet și litiază biliară

Prin cercetările recente făcute de Chauffard, Guy-Laroche și A. Grigaut s'a stabilit că orice bolnav de litiază biliară este de fapt un bolnav de hipercolesterinemie. Deși acești autori nu pot explica în mod precis felul în care hipercolesterinemia produce litiaza, pare totuși dovedit, contrar părerilor lui Naunyn, că această hipercolesterinemie este cauza principală a litiazei biliare. Ea mai poate fi după acești autori de origine endogenă, provocată fiind de secrețiile glandelor endocrine, mai ales de cea suprarenală și în unele perioade (sarcina) de corpul galben al ovarului. După Chauffard originea exogenă stă în excesul de colesterină adusă prin alimente. Experiențele lui Goodmann, A. Grigaut, Huillier, Bachmeister, Henes, Klein și Kusumato au confirmat acest fapt. Ficatul în stare normală este un regulator al colesteriniei, eliminând excesul, sub formă de acizi biliari (după Grigaut și Klinkert sub forma de acid cholic). Chauffard ajunge la concluzia, că litiaza biliară consecutivă hipercolesteriniei este datorită unui fel de insuficiență hepatică. Bazat pe această patogenie, Chauffard recomandă un regim de alimente, care nu provoacă colesterinemia. Din cercetările lui F. Widal, Weil, Laudat, reesă că grăsimile provoacă lipemia, lecitinemia și colesterinemia.

Deci grăsimile vor fi excluse din regimul alimentar al litiazicilor, pe când ele formează o parte principală din regimul diabeticilor. Neputându-se exclude complect grăsimile din regimul diabeticilor cu litiază, se va permite o mică cantitate de unt crud (Chauffard).

Trebuie încă oprite: ouăle, viscerale animalelor: timus, creier, rinichi etc., căci conțin multă colesterină.

Alimentele vegetale conțin sterine, ale căror caracter e par apropiate de cele ale colesterinei; se va adăuga deci o cauză pentru evitarea leguminoaselor uscate, ca mazăre, linte, fasole și a cerealelor.

Erucele ca și laptele trebuie administrate în limitele toleranței diabetului.

Biscons și Rouzard au arătat, că apele minerale scad cholesterinemia și le recomandă, afară de cură, ca băutură. M. Gilbert sfătuiește pe litiazici să mănânce cantități mici și deseori, pentru ca bila să nu stagneze în vezica biliară, aducând precipitarea colestereinei.

Diabet cu insuficiența pancreatică externă (Diabet pancreatic).

Când diabetul este asociat cu tulburări digestive din cauza lipsei sucului pancreatic, sindromul asociat capătă numele de diabet pancreatic. Secreția externă a pancreasului acționează asupra albuminoidelor prin tripsină activată de o enterokinază, asupra hidrocarbonajilor cu ajutorul amilazei și asupra grăsimilor, anterior emulsionate, prin lipază. Abolirea acestei importante secreții determină diareea permanentă, cu scaune foarte abundente, palide ca chitul, fetide, cu luciu, prezintă picături de grăsime și fibre musculare nedigerate.

Din cercetările actuale ale lui Chiray, Lebon și Brulon reeșă că diabetul pancreatic nu este totdeauna un diabet grav cu denufriție, cum a susținut M. Labbe și alți autori, că el poate fi întâlnit deseori în diabetul „benign”.

Baza regimului la acești bolnavi, va fi dată de alimentele, care excită secreția pancreatică și cele care pot fi digerate de intestine fără ajutorul sucului pancreatic; ori tocmă hidrații de carbon sunt alimentul, care poate fi digerat în lipsa secreției externe a pancreasului și ei au chiar o acțiune favorizantă asupra acestei secreții. (Chiray, Lebon).

Grăsimile emulsionate, precum și laptele, excită și ele secreția pancreatică externă. Laptele servește chiar ca medicament excitant, fiind introdus prin tubaj duodenal. Carnot recomandă grăsimile, care au fost înainte emulsionate prin bilă „in vitro”. Ca albumine se recomandă mai ales caseina, care excită pancreasul și care poate fi ușor dedublată de erepsina intestinală. Carnot sfătuiește a se da praf de caseină în cantități foarte mari, până a înlocui, chiar $\frac{1}{2}$ din rația alimentară, în caz de nevoie.

Se pot întrebuința albuminele vegetale în cantități moderate.

Ouăle greu digerabile sunt interzise (). Vor fi deasemenea interzise absolut toate alimentele conservate și afumate, pentru a evita fermentațiile

intestinale favorizate de lipsa sucului pancreatic; se va supra-veghea funcționarea bună a intestinelor pentru a opri la timp fermentațiile.

Regimul va fi în strânsă legătură cu controlul permanent clinic și mai ales cu cel de laborator, iar în timpul mâncării vor fi administrați fermenți.

Diabet cu leziuni renale

Diabetul este deseori însoțit de morbul lui Bright și cu albuminurie. Acestea din urmă se găsesc adesea sub dependența tulburărilor nutritive ale organismului și sunt în oarecare măsură legate de tulburările diabetului însuși. Abuzul de carne și ouă la care recurg acești bolnavi cauzează uneori o debilitate renală (Casteigne). Toxinele, produse de organism; precum și eliminarea abundentă a glicozei, produc leziuni renale, aceasta din urmă în mod mecanic. (N. Fiessiger, Rathery).

Aceste albuminurii se ameliorează câteodată cu tratamentul antidiabetic, dar este necesar pentru aceasta a reduce la minimum și chiar a face restricția totală a cărnei în cazul când albuminuria atinge un gr. la litru.

Cu cât albuminuria crește, cu atât se accentuează leziunile renale. Trecând prin faza de nefrite albuminurice pure (faza renală) fără tulburări prea manifeste în permeabilitatea renală, albuminurile evoluează spre nefrite cu fenomene accentuate de restricțiuni și cu complicațiunile cardio-vasculare ale morbului lui Bright.

La nefritici regimul are indicațiunile de a scădea aportul corpurilor iritante pentru rinichi și a regula introducerea substanțelor neiritante, dar a căror acumulare din cauza insuficienței secreției urinare, are efecte vătămătoare. (Achard). Trebuie deci să ținem seama în stabilirea regimului de retenția clorurilor, azotului și de rolul apei în schimburile nutritive și în secreția urinară (Achard, Widal).

Regimul lactat constituie un regim declorant mijlociu. Cu acest regim (3-3½ litri lapte pe zi) se aduc 3-5 gr. Na. Cl. în loc de 12-15 gr. Introduse în mod obișnuit, laptele mai este ușor diuretic și de asimilare ușoară, conținând minimum de materii iritante.

Ori acest regim este insuficient pentru un adult și cere să se adauge de obicei 60 gr. zahăr la litru, ceea ce la dia-

beticii nu se poate face. Dar și fără de adăogare de zahăr se aduc zilnic 150-180 gr. hidrocarbonași și se va depăși adesea cu mult limita de toleranță a bolnavilor față de zahăr.

Mai preferabil este deci un regim mixt declorurat. Se vor opri alimentele clorurate ca: bulion, extracte de carne, carne sărată, carne conservată, brânzeturi și unt sarate. Inșă diabeticii cu nefrite hidropigene, nu pot profita de alimentele ca orez, tapioca, diferite făinoase, fructe și ciocolată (foarte hrănitoare și bogată în teobromina) și alle alimente din cauza bogăției lor în hidrocarbonași. Nefritele întovărășindu-se cu edeme, se va recomanda reducerea băuturilor, ceea ce nu convine diabeti-cului, deoarece apa îi astâmpără setea și îi spală țesuturile.

Băuturile alcoolice sunt vătămătoare pentru rinichi și vor fi deci interzise cu totul, ceea ce diabetul suferă greu, fiind lipsit de un tonic și de un aliment de economie, care îl cruță într'o măsură oarecare de a întrebuița alle alimente, excesul cărora îi poate fi nociv.

Acestor diabetici cloruremici li se pot permite unele legume, unt proaspăt, ouă și puțină carne (carnea crudă conține 0,10 gr. NaCl la 1000 gr.). Din ouă se va prefera gălbenușul mai bogat în cholesterina stimulantă a organismului și mai sărac în albumine decât albușul.

Foarte greu este a combina un regim diabetic cu cel hipozotat, dacă vom mai ține seama, că unii nefritici azotemici sunt nefro-scleroși și din cauza faptului, că puterea secretorie a rinichilor lor este scăzută, ei pierd ușurința de a elimina în cantități normale ClNa și apa, ceea ce mărește masa sanguină (plethora sanguină ca și hipertensiunea sanguină și cere o reducere a băuturilor și a clorurei de sodiu.

Din regimul acestor bolnavi, trebuie să eliminăm și carne, lapte, ouă, pește și leguminoase (mazare și fasole bogate în azot), dar nu le putem da nici feculentă, nici fructe, cari au mulți hidrocarbonași. Numai acele legume care conțin până la 3% substanțe azotate se pot adesea întrebuița. Dacă vom lua în considerație noțiunile de echilibru nutritiv, este clar că nu putem introduce în organism o rație câtuși de puțin convenabilă, chiar diminuând suma calorilor la 1300 la acești bolnavi care zac tot timpul în pat.

Baza regimului trebuie să fie aci legume verzi, smântâna, unt, lapte, ceva fructe. Acest regim va fi modificat și variat după starea bolnavului, după retenția clorurilor, azotului,

albuminuriei și glicozuriei. Tratatamentul medicamentos, cura hidrominerală și insulina sunt inseparabile de regimul alimentar (M. Labbé P. Escudero).

Conținutul de Clorura de sodiu a principalelor alimente

Alimente 1.000 gr.	NoCl	Alimente 1.000 gr.	NoCl
Pâine albă	8-18 gr.	Linte	1,4-2,32 gr.
„ obișnuită	6-15 „	Castane	0,73 „
Pește de mare	4,3-5,40 „	Mazăre	0,68-0,90 „
Emmenthal	2,43 „	Fasole	0,50-0,90 „
Unt	1-14 „	Cartofi	0,13-0,57 „
Lapte	1,57-2,50 „	Varză	
Schweitzer	1,77 „	Bob	0,398 „
Ouă	1,66 „	Banane	0,27 „
Carne proaspătă	0,35-1 „	Fragi	0,24 „
Pește de râu	0,30-0,48 „	Migdale	
Grâu	0,41 „	Nuci	
Făină de grâu	0,05 „	Vișine	0,14 „
Secară	0,098 „	Prune	0,03 „
Orez	0,02-0,07 „		
Apa	0,02-0,05 „		
Vin	0,06-0,08 „		
Bere	0,10-0,15 „		

Gruparea alimentelor în raport cu regimului hipoazotat.

Categoriya I conținând subst. azotate sub. 5%	Categoriya II cu subst. azotate de 3%—8%	Categoriya III cu subst. azotate de 8%—20%	Categoriya IV cu subst. azotate mai mult de cât 20%
Legume verzi Anghinara Cartofi Conopioă Castraveți Ceapă Dovleci Fasole verde Mazăre Morcov Lăptuca Nap Pastârnac Roșii Sfeclă Sparanghel Telină Varză Fructe (majoritate) Lapte Miere Bulfon Ulei Smântână (5%)	Fasole proaspete cu ceapă Mazăre cu ceapă Usturoi Trufe Ciuperci 2) Fructe : Caise Smochine 3) Legume conserve 4) Fructe conserve 5) Pâine de grâu „ de seară 6) Eăină de secară „ „ porumb „ „ orez 7) Macaroane 8) Biscuiți 9) Stridii	1) Făină de grâu „ „ ovăs 2) Macaroane Fidea 3) Ouă 4) Porc gras Suncă Ficat gras 5) Miel Rinichi de miel 6) Plămâni 7) Ltmbă be bou 8) Pește : Balog proaspăt Barbun Crap Calcan Merlau Păstrav Scrumbia proaspate Tipar 9) Raci	1) Carnă în general 2) Pește în general mai ales : conserve de pește Batog uscat „ sărat sardine cu uloi 3) Brânzeturi Hollander Roqueton etc. 4) Legume uscate : Mazăre uscată Fasole albă Linie etc. Fructe : Alune Fisticuri Migdale Nucl Castane

Diabet și Guta

Guta este o boală datorită tulburării de asimilare a substanțelor azotate. Dezintegrarea acestor substanțe în organism produce acidul uric și acidul oxalic. Oxalemia și uricemia au un rol considerabil în gută.

Regimul gutoșilor cere, așa dar, a se întrebuiți o cantitate cât mai mică de albumine animale și vegetale, conținând baze purinice și acidul oxalic.

Acest regim prezintă multe dificultăți din cauza că gutoșii sunt de obicei oameni iubitori de viața bună și cărora nu li se pot impune restricțiuni alimentare; ori, sunt nevropași, care cer prea multe precizări minuțioase, acolo unde cunoștințele actuale nu sunt sigure și unele alimente recomandate de unii sunt interzise de alții. (Foreslier).

Evident că dificultățile vor fi mai mari, când guta se va complica cu diabetul, care aduce o mărire a poftei de mâncare și a setei și care cere și el un regim de restricțiuni alimentare.

În teorie, trebuie restrânsă rațiunea alimentară a gutoșilor, reducând valoarea în calorii, fără a se altera sănătatea și puterea de rezistență a bolnavului. Ori în practică la un diabetic, al cărui teren este puțin rezistent, aceste reguli nu se pot aplica în totdeauna. Afară de aceasta, sunt bune pentru gutoși o mare parte din alimentele interzise diabeticilor și vice-versa.

Astfel, carnea, care este baza regimului în diabet, este de obicei interzisă în gută. Sunt de asemenea interzise leguminoasele verzi: fasolea verde, mazărea verde, linteia etc., care sunt bogate în purină și acid oxalic, iar mulți autori interzic legume ca pătagele, sparanghel, spanac. Ori tocmai leguminoasele verzi și legumele arătate, sunt recomandabile în diabet.

Din fructe sunt interzise gutoșilor tocmai fructele grase bune pentru diabetici: nuci, alune, migdale etc. Grandmison mai cere interzicerea laptelui la gutoși, iar unii autori opresc și ouăle, alimentul tip în diabet. — Alcoolul s'a dovedit nociv

și este absolut oprit. Ceaiul, cafeaua, cacao sunt deasemenea interzise ca fiind bogate în purina. Orezul și cartofii sunt foarte bune pentru gutoși, însă diabeticul nu trebuie să le consume decât în limita toleranței.

Regimul va fi deci format din derivatele laptelui: smântână, iaurt și brânză proaspătă, unele legume, puțin pește și ceva carne slabă, cu condiția ca animalul sau pasărea să nu fie tineri, fiindcă atunci conțin multă purină ca și măruntaele. Unii autori recomandă carnea de 2—3 ori pe săptămână. Ținând seamă că autorii nu sunt de acord în ce privește consumul de lapte, acestea se vor prescrie numai în limita toleranței,

Rathery spune că nu se poate schematiza un regim unic pentru gutoși, căci fiecare gutos are nevoie de un regim complet diferit de al altuia. La acești bolnavi practica se contrazice adese ori cu teoria. (Lemoine, Forostier).

În imposibilitatea de a se stabili, oricât de aproximativ ar fi, un regim pentru gutoși, Luff a dat ideea de a se permite gutoșilor ori ce fel de mâncăruri, cu condiția ca ele să fie „bine utilizate“. Dificultatea însă constă în faptul că nu există un criteriu sigur pentru a judeca fiecare aliment că va fi „bine utilizat“ de un bolnav de gută, ceea ce și Luff admite.

Alimentație în diabetul cu gută.
(indicațiuni aproximative)

Alimente interzise	Alimente relativ-permise	Alimente permise
<p>Extracte de carne : Liebig etc. 1) Viscerile animalelor Rinichi creer etc. 2) Cap, picioare, coadă. 3) Vânat fezandat (lăsat să scape miros) 4) Vânal din mlăștini 5) Carnea animalelor tinere : miel, vițel de lapte etc. 6) Carne conservată, afumată, mezeluri, pițtie. 7) Porc gras 8) Pește sarate, marinate 9) Icre, Lapți de pește 10) Aperitive 11) Condimente : piper, muștar, etc. 12) Fructe oleioase: nuci castane, migdale alune etc. 13) Sfecla, fasole, macriș, cicoare. 14) Socolată, cacao 15) Alcool. 16) Bere. 17) Licoare. 18) Vinuri : Champagne, Bourgogne, porto, xeres, malaga etc.</p>	<p>Carne grasă de vițel, vacă, berbec Păsări grase : gâscă, rață e t c. Păsări tinere : Pui. etc. Pește grase Bulion Pâine Brânzeturi : Hollander, Roquefort etc. Grăsimi de porc, de vițel Cafea, ceai Bere ușoară Vinuri ușoare Legume ca mazăre, năut, linie, spanac, ciuperci, praj Fructe cu 10% amidon</p>	<p>Carne slabă de vițel, vacă, berbec Carne de pasăre slabă : găină Vânat proaspăt : epure, căprioară etc. Șuncă slabă Pește slab, de mare : Pește slab de râu : Brânză de vacă poaspătă (moderat) Ouă (moderată) Unt (moderat) Smântână, iaurt Kefir Vinuri usoare : Bordeaux, Bourgogne etc. Ape minerale Alcool Fructe cu amidon 3% - 10% Legume cu amidon 3% - 5%</p>

Conținutul alimentelor principale în purine (exprimate în ac. uric)

Alimente 1000 gr.	Purine	Alimente 1,000 gr.	Purine
Thymus	12,07	Linte	1,62
Creer	8,4	Fasole	0,5-0,8
Pancreas	5	Mazăre	0,6-0,8
Splina	4,8	Năut	0,6
Ficat	3,3	Făină de orez	0,6
Sardele cu uloi	3,55	Pâine obișnuită	0,40
Beefsteak de vițel	2,47	Bob	0,45
Rinichii	2,40	Sparanghel	0,25
Vițel	1,55	Ceapa	0,09
Vaca	1,39	Fasole verde	0,06
Găina	1,6	Cartofi	0,02-0,06
Porc	1,45	Pâine albă	
Șunca	1,38	Orez	
Miel	1,15	Conopidă	0,24
Epure	1,14	Ridichi, Țelină, Ciuperci	0,15
Somon (pește)	1,39	Cafea	12,4
Batog	0,69	Ceai	13,5-35,8
Lapte	0,006	Bere	0,177
Ouă, smântână, brinză	0	Vin	0

Conținutul alimentelor vegetale în ac. oxalic

Alimente 1000 gr.	Ac. oxalic	Alimente 1000 gr.	Ac. oxalic
Cacao	3,52-4,50	Fasole albă	0,31
Piper	3,25	Gulie	0,31
Măcriș	2,74-3,63	Miez de pâine	0,27
Revent (Rhularba)	2,47	Smochine usc.	0,27
Ceai (infuzia de 5 min.)	2,06	Castraveți	0,25
Spanac	1,91-3,17	Bob	0,15
Șocolată	0,72-0,90	Coacăze	0,13
Cicoara	0,75	Prune	1,12
Naut	0,425	Fasole verde	0,06-0,28
Sfeclă	0,39	Cafea	0,13

Diabet și obezitate

Cea mai frecventă asociație a diabetului este obezitatea. De aceea, clasicii au numit gras, diabetul „fără denutriție”. Asociația acestor două boli constituie un sindrom „benign”, însă, după cum spune Labbé, pericolul constă în posibilitatea de a se complica cu morbul lui Bright, din cauza hipertensiunii adusă de plethora sanguină, pe care acești bolnavi o posedă.

Principiul regimului alimentar al acestor bolnavi, este a reduce veniturile nutritive în raport cu cheltuielile, ceea ce de altfel este folositor și în cura diabetului, reducându-se în acelaș timp și hidrații de carbon.

Greutatea în stabilirea regimului constă în faptul că, nefiind bine cunoscute cauzele maladiei, care este datorită multor factori diferiți și complexi, nu se poate hotărî un regim unic, ci principiile însăși ale regimului, diferă după bolnavi. Unele regimuri, care ajută la unii, nu ajută la alții și diferiți autori în propunerea lor s'au bazat mai mult pe observațiile lor, decât pe date științifice. Astfel Dangel propune reducerea globală și subită a rației alimentare, administrând și purgative și dând până la 700 gr., băuturi pe zi (apă, ceaiu, puțin alcool).

O'Ertl recomandă deasemenea reducerea lichidelor chiar până la 500 gr. recomandând în acelaș timp reducerea grăsimilor și a hidraților de carbon.

Harvey și Banting admit un regim hipercarnat cu 400 gr. carne pe zi, cu reducerea grăsimilor și a hidraților de carbon, iar băuturi 1100 gr. pe zi.

Debove ca și Rathery sunt contra interzicerii apei la obezi, deoarece apa spală numai organismul; ea va fi cu atât mai utilă în caz de diabet asociat cu obezitate.

Regimul cel mai potrivit în aceste asociații, ar fi deci, reducerea grăsimilor și a hidraților de carbon, satisfăcând pofta de mâncare și nevoile organismului cu carne și cu legume. Băuturile vor fi permise, (după Rathery Debove ele nu se vor consuma în timpul meselor, ci înainte și după ele, pentru a nu se exagera pofta de mâncare).

54.697

V. Noorden distinge trei grade de reducere a rației alimentare: la 2000 calorii pe zi, la 1600 și la 1300 calorii; ultimul regim să fie foarte supravegheat. Durata curei, trebuie să fie după Rathery 6 luni până la un an și se va admite că bolnavul să piardă în acest timp 25-35 kg., fără să piardă într-o singură lună mai mult decât 3-4 kg.

Cura de restricție absolută, recomandată în caz de acidoză, a dat în multe cazuri rezultate foarte bune la obezi, și pot fi aplicate cu mare folos la acești bolnavi, după procedeul lui Guelpa sau Allen. (Russel, Wilder).

Maurel și Labbé sfătuiesc să se oprească cura când bolnavul va avea vre-o 10 kg. mai mult decât un individ normal.

Diabet și Tuberculoză

Tuberculoza se întâlnește foarte des și în diabetul „fără de nutriție”. Se pare că hyperglicemia este o cauză principală de predispunere a organismului la infecțiuni în general și la tuberculoză în particular. Interesul este mare de a face ca un atare diabetic să aibă un organism cât mai rezistent la procesul de tuberculizare. Un bun mijloc de a întări organismul tuberculosului este supra alimentația globală cu absolut toate principiile pe care le conțin alimentele, atribuind un rol primordial hidraților de cărbune. Lafer cere ca unui bolnav de tuberculoza, să-i adăugăm a treia parte din rațiunea alimentară obișnuită, adică să-i asigurăm cel puțin 45 calorii pe kgr. corp, iar Maurel prescrie zilnic 60 — 70 gr. zahar în plus.

Nu se pot însă prescrie mulți hidro carbonați unui diabetic, fie chiar tuberculos, pentru a nu agrava diabetul și a nu-l supune la eventualitatea unei gangrene pulmonare.

Vom căuta deci a înlocui acești H. C. prin grăsimi și proteine.

Intervin însă multe dificultăți, deoarece unii autori (Maurel, Labbé, Vitry) dovedesc că capacitatea de asimilare a substanțelor azotate este la tuberculoși inferioară, decât la indivizi normali. Maurel cere să nu depășim nici odată cifra de 2 gr. proteine pe kgr. corp. a bolnavului; autori ca Sergent și cei englezi, interzic excesul de grăsime, admitând numai unul, iar Ferrier interzice chiar cu desăvârșire grăsimea.

Totuși Richet, Héricourt, Peret au obținut rezultate bune cu carne crudă (zomotherapia) în cantități mari, dar Lannelongue.

Achard și Gaillard au determinat în scurt timp moartea cobailor tuberculoși, hrăniți cu exces de unt. Acestor bolnavi de diabet și tuberculoză nu le vom putea prescrie mai mult decât 140—150 gr. grăsimi și 300 gr. albumină, jumătate sub forma de carne crudă și jumătate sub forma de lapte și ouă (Lemoine, Rathery). Ori, neputându-se administra lapte în cantități abundente, vom căuta să administrăm mai mult sucul de carne crudă, sau să recomandăm lapte sintetizat, care conține multă caseină, unt și albumină de ou și nu conține zahăr (Rose, Williamson). Untura de pește, mai ales cea blondă (Le Noir, Richet fiu) aduce foloase mari cu fosfați, lecitine, vitamine, de asemenea alimentele bogate în substanțe minerale ca Ca, Ph, Si și Fer (necesar hemoglobinei).

Ferrier recomandă un regim de remineralizare prin administrarea zilnică de Ca, Ph, Si etc. în prafuri. Sergent și Renon arată că au obținut în acest fel rezultate bune.

INSULINA. Insulina lui Mehring, Minkowsky, Banting și Best este un hormon care are acțiune asupra metabolismului hidraților de cărbune, albuminetor și grăsimelor. Primul efect al ei este coborârea glicemiei; aminoaciduria, amoniuria dispar iar echilibrul azotat se restabilește.

Glicozuria se reduce și simptomele clinice ale diabetului, poliuria, polifagia, polidipsia sunt mult influențate. Mai buna utilizare a alimentelor, se manifestă prin creșterea greutateii corpului, mărirea puterii de muncă și posibilitatea unui regim mai bogat.

Insulina nu exclude regimul și un diabetic tratat cu insulina trebuie să se păzească de un exces de hidrați de carbon. S'a dovedit că ea are un efect momentan, compensând insuficiența secreției interne a pancreasului; încetând administrarea, tulburările metabolismului reapar. Toluși dacă tratamentul durează un timp mai îndelungat, acțiunea se poate prelungi și după încetarea lui. În acest caz funcțiunea endopancreatică, fiind redeșteptată, poate păstra pentru un timp oarecare impulsii primite prin insulină. Tratamentul cu insulina este deci la fel cu celelalte medicamente opoterapice, aducând organismului substanțele necesare metabolismului nutritiv (Allen). El se întrebuițează de obicei în formele grave ale diabetului, dar poate fi întrebuițat și în formele fără denutriție, iar complicațiunile viscerale (renale hepatice) nu prezintă contra indicațiuni (Fletcher, Escudero, M. Labbé).

Când restricțiunile sunt prea severe, din cauza lipsei în alimentație a grăsimelor și a albuminelor, insulina esie necesară pentru a restabili forțele bolnavului, permițându-i un regim mai bogat (Labbé, Campbell, Banting). După Labbé trebuie să observăm la tuberculoși ca hiperglicemia să dispară cât mai repede și să facă posibilă asimilarea cât mai abundentă de hidrocarbonați. Aci ca și în complicațiunile hepatice și renale, insulina capătă indicațiuni, pe zi ce trece mai întinse. Labbé, Campbell, Escudero și alți autori combat părerea lui Blum, că tuberculoza, mai ales cea incipientă, este o contraindicație la întrebuițarea insulinei.

Acești autori publică mai multe cazuri cu rezultate foarte satisfăcătoare neobservând nici o acțiune defavorabilă asupra leziunilor tuberculoase. Gravitatea pronosticului tuberculozei face să se admită părerea acestori autori mai ales că nu putem ajuta la dispariția glicozuriei prin cura cu ape minerale alcaline, nocive tuberculoșilor.

Leyton a stabilit următoarele cazuri, (în afară de acidoză și comă), în care insulina are indicațiuni :

- a) în toate cazurile recente în care se poate spera într'o revenire la metabolismul normal ;
- b) când greutatea corporală nu se poate menține printr'un regim cu reducerea hidrocarbonaților,
- c) în cazurile de imposibilitate de a ține dieta diabetică în același timp cu dieta cerută de o complicațiune.
- d) când ocupațiunea bolnavului îi cere o cantitate mare de calorii.

OBSERVAȚIUNI

Observațiunea I-a

(Caz din practica D-lui Prof. Dr. C. Bacaloglu)

Bolnava G. în vârstă de 47 ani, de profesiune casnică vine din județul Soroca la Iași în vara anului 1926 pentru a consulta pe d. Prof. Dr. Bacaloglu pentru slăbire generală, poliurie, polidipsie.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl bolnavei mort, a suferit mulți ani de colici hepatice ușoare. Mama, de asemenea moartă. Bolnava are patru surori, din care trei suferă de litiază biliară.

Antecedente personale. Nimic important până la boala actuală. Este căsătorită și are toți copiii sănătoși.

Istoricul boalei. Bolnava spune că la vârsta de 22 ani a suferit ușoare colici hepatice. A urmat atunci o cură de apă minerală și aproape un an și jumătate un regim lactovegetarian. La vârsta de 40 ani după ce n'a mai simțit rău timp de 17 ani ea a început iar să sufere de aceste colici.

Văzând că slăbește a început să abuzeze de mâncăruri dulci ca: miere, lapte dulce, struguri, ceaiu dulce, dulcețuri, etc. În iarna anului 1922 vine la Iași unde d-nii prof. dr. Bacaloglu și prof. dr. Tănăsescu, în consiliu pun diagnosticul de litiaza biliară și decid cura medicală: apa de Karlsbad, dezinfectante ale căilor biliare și regim fără ouă și în doze foarte moderate ale grăsimi. Accesele devin mai rare, dar bolnava fiind slăbită și prezentând sete d. prof. dr. Bacaloglu sfătuiește facerea analizei complete de urina în 24 ore. Analiza arată 20‰ glucoză la o diureză de 2 litri Se institue atunci contra hiperglicozuriei, un regim mixt cu reducerea hidrocarbonaților și deasemenea o cură alcalină.

După câteva luni starea bolnavei se ameliorează mult. Puterile revin. Analiza urinei arată 0.70‰ glucoză la cantitatea de 2 litri urina în 24 ore, fără de pigmenți biliari. Bolnava cre-

zându-se vindecată, nu mai consultă medicii și continuă ultimul regim prescris.

În 1926 încep au devenit evidente poliuria, polifagia și polidipsia; de asemenea accesele de litiază biliară care se răriseră și deveniseră mai ușoare, se accentuează. Analiza urinei arată 7,1 % glucoza la 3 litri urina din 24 ore.

Starea bolnavei. De statură mijlocie se plânge de slăbire și de oboseală. Afebrilă. Tegumentele de culoare subicterică. Tășutul celular puțin redus. Sistemul osos bine dezvoltat. Conjunctivele sub icterice. Pupilele egale, reacționează bine la lumină și la distanță.

Glanda tiroidă normală. Aparatele respirator și circulator normale.

Aparatul digestiv. Buzele și gura uscate; bolnava prezintă o ușoară gingivită. Sete mare. Postă de mâncare nu este exagerată. Suferă de constipație. După colicile hepatice scaunele sunt decolorate.

Ficatul este foarte mărit de volum și trece cu 4 degete rebordul falșelor coaste. Palpația este dureroasă. Bolnava se plânge de dureri spontane în toată regiunea hipochondrului drept și în regiunea lombară. Vezica biliară se simte de mărirea unui măr și este foarte dureroasă la palpație. Abdomenul nu prezintă alte puncte dureroase. Splina nu este nici palpabilă, nici percutabilă. Examenul nervos și psihic, nimic important. Reflexele normale, afară de cel rotubean, care pare micșorat.

Examen de laborator:

Cantitatea urinei este de 3 litri în 24 ore. Glicozia este de 7,2 %. Acetona și acid diacetic lipsesc. Albumina nu se găsește; pigmentii biliari de asemenea. Ureea 10 %. Acid uric 0,27 %. Azotul ureic 4,6 %. Cloruri 4 ‰. Glicemia nu s'a căutat nici cholesterinemia, de oarece bolnava n'a consimțit.

Tratament și regim. S'a recomandat bolnavei cura de apă minerală din izvorul No. 3 din Slănic-Moldova, care în 25 zile a redus glicozuria la 0,50 %.

Regimul: Având greutatea de 68 kg. se calculează un regim, care dă aproximativ 30 calorii pe kg. Cercetându-se gradul de toleranță pentru hidrați de carbon, după cura de apă de Slănic, se stabilește 160 grame hidrați de carbon zilnic. Bazați pe aceste calcule se recomandă bolnavei un regim mixt compus din alimente, care aduceau 2000 calorii:

carne slabă	50 gr.	lapte	500 gr.
pâine Graham	100 "	brânză de vacă	"
cartofi	200 "	prăaspătă	200 "
legume și salate	500 "	smântână	200 "
		laurt	100 "

În total 150 gr. hidrați de carbon, 150 gr. proteine și 90 grăsimi. Din consecințele date de regimul alimentar s'a observat, că bolnava, având lipsa de carne, grăsimi și ouă și cantitatea de pâine fiindu-i redusă, n'a putut suporta regimul.

De oarece ouăle, carnea și grăsimile îi produceau uneori vărsături și alte tulburări digestive și bolnava avea mai multă frică de accesele hepatice, pe când simptomele diabetului nu erau prea pronunțate, ea a preferat să mărească cantitatea de cartofi, lapte, ceea ce a adus o mărire a glicemiei. Ultima analiză a urinei a arătat 4.5% glucoză la cantitatea de 2½ litri în 24 ore. Reacția Gerard era negativă, dar pentru acetonă pozitivă.

Observațiunea II-a *Diabet cu tuberculoză **

Bolnav în vârstă de 51 ani.

În familie există câteva cazuri de diabet. În ce privește istoricul boalei, bolnavul povestește, că, îmbolnăvindu-se acum 3 ani îi s'a pus diagnosticul diabet. Acum 5 luni după ce a avut niște certuri în familie, a avut o hemoptizie puternică, pierzând peste un litru de sânge. Hemoptizia s'a repetat mai târziu la 2—3 zile în cantități mai mici. Acum 3 ani a făcut o cură la Karlsbad cu rezultate mulțumitoare.

Starea actuală. Bolnavul se prezintă debilitat, îmbătrânit înainte de vreme.

Aparatul circulator normal, bătăile inimii slabe, dar regulate fără alterații ale cordului. Tubul digestiv și anexele normale. La fel aparatul urinar, greutatea bolnavului este de 53 kg.

Aparatul respirator: Focar deschis limitat la vârful pulmonului drept. Analiza sputei la început negativ, apoi se găsește bacilul Koch în laboratorul Prof. Ciucă. Pulmonul stâng bun.

Glucoza este de 3,88% la 2½ urină; acetonă absentă. Acid diacetic absent. Glicemia și formula leucocitară nu s'a făcut, bolnavul nepermițând să-i se ia sânge.

Trăiment și regim: Medicul curant a instituit un regim fără de pâine, cartofi, lapte, zahăr pentru a face să dispară glicozuria de teama unei gangrene a pulmonului atins, Medicul fiind în cazul de față contra insulinei bolnavul slăbește în mod progresiv, atât în putere cât și în greutate și un factor nou, febra, se adaugă la cei existenți.

Un consiliu de medici hotărăște administrarea insulinei pentru a se putea face o alimentație mai bogată și mai variată și a întări astfel bolnavul care slăbise în așa fel încât nu se mai putea da jos din pat singur. A fost invitat d. Dr. Ficler, care a început să întrebuințeze insulina Toronto în injecții zilnice la început odată pe urmă de două ori pe zi. Se mărește cantitatea de hidrocarbonați din alimentație. Scopul, urmărit, fiind aducerea bolnavului la o stare generală mai bună, oprirea pe loc a mersului leziunilor pulmonare pentru a încerca eventual un pneumotorax.

În scurt timp bolnavul își recapătă poftă de mâncare ajungând de la o alimentație aproape completă redusă, la 4 kg. de lapte în 24 ore, plus 8—9 gălbenușuri de ou, o farfurie de supă și puțină carne până la 50—60 gr. pe zi.

Bolnavul câștigă în aproape 6 săptămâni, 4 kg. în greutate se poate da jos din pat pentru a-și putea satisface nevoile de unde la începutul tratamentului nu se putea întoarce singur în pat.

Temperatura variază zilnic între 36°,6 și 38°,5. Obişnuit după ½—1oră de la injecție de insulina temperatura se scoboară. Pulmonul stâng, al cărui vârf era la începutul tratamentului cu insulina, puțin infiltrat, s'a restabilit pe deplin. Leziunile pulmonului drept au rămas staționare. Intența tratamentului era de a face bolnavul să-și revină la puteri și a face un pneumotorax.

Din nenorocire bolnavul capătă o laringo—faringită cu depozite membranoase în gât și nas și care îi îngreuiază foarte mult respirația, Bolnavul nervos și capricios refuză ori ce tratament și moare subit, prezentând fenomene de asfixie.

Observațiunea III-a

(din clinica D-lui Prof. Dr. C. Bacaloglu)

Bolnava F. E. în vârstă de 20 ani, intră în spital pe ziua de 1 Decembrie 1926 pentru polifagie, polidipsie și poliurie.

Anteced. H. C.: O soră a murit de tuberculoză în vârstă de 16 ani. Altceva nimic important.

Anteced. personale: N'a fost bolnavă nici odată. Neagă alcoolismul, sifilisul. Menstruația era regulată dela vârsta de 13 ani. De acum 2 luni menstrele s'au oprit. Este nemăritată.

Istoricul boalei: Acum două luni bolnava a început să simtă că slăbește fără să aibă febră sau vre-un alt simptom de boală. Avea senzația de greață fără să aibe vărsături. Avea o poftă de mâncare exagerată, mânca multe dulcetuiri și bea multă apă. În acelaș timp observă că urinează foarte mult. Menstruația s'a oprit, a început s'o doară capul, i-se întunecau vederea, căpăta amețeli.

Starea prezentă: Bolnava de statură mijlocie, constituție mediocră, limba saburală.

Respirația e ceva superficială. La vârful stâng se percep frecături pleurale; respirația e ceva diminuată la bază.

Cordul: Nu prezintă nimic anormal.

Din partea aparatului digestiv observăm pofta de mâncare exagerată și constipație.

Ficatul și splina nu prezintă nimic anormal la palpație și percuație.

Aparatul urinar: Diureza crescută. Urina conține glucoza, acid diacetic și acetona.

Mersul boalei

1/XII. Bolnava debilitată. Suferă de polifagie și polidipsie dar se abține de băut. În urină acetona+, ac. diacetic+, glucoza+. Greutatea 46 kg.

2/XII. Glicemia 1,065 o/oo. Glicozuria 28 o/oo. Diureza 600 gr. Se abține de băut. Regim: H.C. 300 gr. Grăs: 100 gr. Proteine 160 gr.

3/XII. Acelaș regim. Bea 2 litri de apă. Diureza 2300. Glicozuria 27 o/oo.

4/XII. Acelaș regim. Diureza 1900 gr. Glicozuria 24 o/oo.

5/XII. Regim: H.C. 166 gr. Grăs. 63 gr. Proteine 75 gr. Diureza 1350, acetona +, ac. diacetic +, greutate 46,3 kg.

6/XII. Regim H.C. 62 gr. Grăs: 69, Proteine 90. Diureza 1300, Glicozuria 45 o/oo.

7/XII. Regim: H.C. 30 gr., Grăs: 100 gr. Prot. 100 gr. Diureza 2.200 acetona ac. diacetic +, glicozuria 44 o/oo.

8/XII Acelaş regim. Apa 2 litri. Diureza 1200 gr. Glicozuria 41 o/oo.

9/XII. Insulina 10 cc. Regim : H.C. 74. Grăs. 51. Prot. 60
Diureza 1200. Glicozuria 41 o/oo.

10/XII. Insulina 10 cc. Regim : H.C. 38. Grăs. 44. Prot. 122
S'a căutat permeabilitatea renală, care a fost găsită incompletă
12/XII. Insulina 20 cc. H.C. 26. Grăs. 24. Prot. 29. Diureza 1100. Glicozuria 11,7 o/oo acetona —, ae. diacetic —.

15/XII. Insulina 20 cc. H.C. 48. Grăs. 79. Prot. 49. Glucozuria 5,6 o/oo.

18/XII. Insulina 20 cc. H.C. 49. Grăs. 42. Prot. 56. Glucoza 4,58 o/oo, acetona —, ac. diacetic —.

21/XII. Insulina 10 cc. H.C. 11 gr. Grăs. 35 gr. Prot. 34 gr.
Diureza 1700. Glicozuria 3,63 o/oo.

23/XII. Insulina nu s'a injectat. H.C. 18.5. Grăs. 42. Prot. 35. Diureza 1600. Glucoza 3,22 o/oo, acetona,— ac. diacetic.—

26/XII. H.C. 16. Grăs. 35. Prot. 38. Diureza 1600. Glucozuria 1,98 o/oo.

28/XII. H.C. 41 g. Grăs. 60 gr. Prot. 65 g. Glucoza 1,86 o/oo. acetona— ac. diacetic—greutatea 47,6 kgr.

Bolnava a continuat cu acelaş regim. Insulina nu s'a mai administrat, totuşi glicozuria s'a menţinut scăzută.

Bolnava a fost observată timp de 8 zile.

Observaţiunea IV-a

(Din clinica D-lui Prof. Dr. C. Bacaloglu).

Bolnava L. L. în vârsta de 48 ani, domiciliată în Bacău, intră în serviciul clinicei pe ziua de 13/X 1926 pentru dureri de ficat, poliurie, polidipsie, polifagie şi glicozurie.

Auf. personale. În copilărie a suferit de pojar. În timpul războiului a fost bolnavă de febră recurentă. Are reumatism al membrelor inferioare de aproape 15 ani, Menstruaţia a apărut la 13 ani, de atunci e regulată. Căsătorită de 18 ani, soţul şi copiii sănătoşi. Na avut nici'un avort. Neagă alcoolismul, tabagismul şi sifilisul.

Istoricul bolii. Bolnava a început să slăbească mai de mult, dar fără a-şi da seama din ce cauză. De acum 6 — 7 luni, însă, observă, că slăbeşte mai mult, transpira tare, are uscăciune în gură, sete şi poftă mare de mâncare şi urinează aproape 5 litri pe zi. A chemat pe un medic care îi face 20

injecții cu insulina. Ca regim se prescrie pe zi: trei ouă, 30 gr. de brânză, 100 gr. unt, 100 gr. carne de găscă, 100 gr. pâine neagră. În urma acestui tratament bolnava observă că urina mai diminuează în [cantitate și slăbirea nu progresează. Dăusa continuă același regim câteva luni, dar observă, că iar slăbește și a hotărât să vină la Iași.

Starea prezentă. Bolnava de statură mijlocie, puțin debilitată tegumentele polide, pupilele egale, reacționează la lumina și acomodează la distanța.

Glanda tiroidă—normală.

Ap. respirator—normal,

Ap. digestiv: Mucoasa bucală palidă, lipsesc aproape toți dinții. Setea este exagerată. deasemenea pofta de mâncare.

Din gură exală un miros de acetona—suferă de eonstipație: nu poate avea scaune de cât cu clisme.

Abdomenul este balonat, la percuție remarcăm un timpanism datorit distinderii anselor intestinale.

Ficatul este dureros la palpatie.

Depășește recordul costal cu 12 cm.

Ap. circulator — nimic importat — tensiunea arterială, Mx—13, Min—6.

Ap. urinar: Diureza 3500 gr.

Examen de laborator: Glicemic. . . 1,675‰.

Urea în sânge 0,46‰.

Glicoză . . . 69,65 gr. în litru de urină.

Acetona + Ac. diacetic.—

Albumina . . nu este.

Mersul boalei:

14/10 Regim; 70 gr. carne, 100 gr. lapte, 150 gr. car-
tofi, greutate 56 kg. Diureza 2.500 gr.

15/10 Același regim, aceeași stare. A luat 6 linguri Bicarbonat de Na.

16/10 Același regim, glicemia 1 gr. 545 o/oo, glicozurie 66 o/oo, Diureza 3000 gr. acetona—,ac. diacetic—,

17/10 Același stare. Diureza 2400, glicozuria 62 o/co.

18/10 A început cura cu apa Slănic No. 1, luând dimineața un pahar cald. peste jumătate de oră altul, seara alt pahar. Regim același. În cursul zilei consumă, afară de apă Slănic, 2 litri apă. Diureza 2400 gr., Glicozuria 64 o/oo.

19/10 Continuă cura cu apa Slănic din care a băut un litru plus 2 litri apă dulce. Diureza 3200 gr., Glicozuria 56 o/oo

20/10 Acelaș regim. Diureza 3000 gr., Glicozuria 48 o/oo
Bolnava mai are senzație de sete și de foame.

21/10 Acelaș regim. Diureza 2400 gr., Glicozuria 36 o/oo
Acetona—, acid diacetic—.

22/10 Continuă, cu acelaș regim. Diureza 2300 gr., Glicozuria 48 o/oo.

23/10 Diureza 2300 gr. Glicozuria 40 o/oo.

24/10 Regim. carne 70 gr., lapte 150 gr.; cariofi 150 gr. apă 1 1/2 litri. (Apă Slănic 1 litru). Diureza 1400 gr. Glicozuria 38 o/oo. Acetona—, ac. diacetic—, Greutate 56 kg.

CONCLUZIUNI

- I. Ori-ce regim dietetic prezintă mari dificultăți din cauza puținelor cunoștințe sigure existente în materie de nutriție, din cauza nesupunerii obișnuite a bolnavilor la un regim îndelungat cu restricții și a imposibilității de a fixa în mod sistematic o dietă hotărâtă, aceasta trebuind să reiasă din observarea îndelungată a fiecărui bolnav.
- II. În diabetul „benign” dieta are de scop a scădea pe cât posibil hiperglicemia și glicozuria, ceia ce nu se poate obține, decât reducând hidrații de carbon, pe care nu putem să-i înlocuim printr-un exces de grăsimi sau printr’un exces de albumină din cauza nocivității lor.
- III. Cu atât mai mari vor fi, se înțelege, dificultățile alimentare atunci când diabetul se asociază sau se complică cu alte boli. Va trebui atunci ca, păstrând restricțiunile dietetice ale diabetului să ne apropiem de regimul obligator al afecțiunii concomitente.
- IV. Astfel, în diabetul complicat cu nefrita azotemică va fi foarte greu a stabili un regim convenabil organismului, de oare ce albuminele sunt aproape excluse, iar regimul lactat sau lacto-vegetarian, la care bolnavul este redus, este bogat în hidrați de carbon. În nefrită cloruremică asociată diabetului nu se vor putea permite alimente bogate în clorură de sodiu, însă tocmai cele sărace în această sare conține mulți hidrocarbonați, de pildă fructe, lapte.
- V. Când diabetul este asociat cu o leziune hepatică, grăsimile nu pot fi bine utilizate și albuminele și unele leguminoase vor da substanțe toxice, contra cărora ficatul atins nu poate lupta. Hidrații de carbon, fiind interziși de diabet, bolnavul va fi lipsit de principalele alimente ale economiei și va trebui să

- se mulțumească cu un regim de legume, puțină carne, ceva fructe și lapte, dar în limita toleranței. Același lucru în litiiza biliară în care joacă un mare rol cholesterinemia, exagerată prin excesul de cholestrina din alimente și din grăsimi.
- VI. Când într'un diabet secreția externă a pancreasului este și ea insuficientă, digestiunea cărnei, grăsimilor și parțial a hidraților de carbon, este considerabil micșorată; regimul permis constă în lapte, caseina în praf, grăsimi emulsionate, iar în timpul mâncării se vor administra fermenți, ca tripsina.
- VII. În guta cu diabet nu vom putea administra multe din albuminele animale și cele vegetale, care conțin baze purinice și acid oxalic.
- VIII. În diabetul cu obezitate se va recomanda un regim cu reducerea hidraților de carbon și a grăsimilor. În asemenea cazuri cura lui Guelpa poate fi eficace.
- IX. În tuberculoză unde supraalimentația se bazează în mare parte pe hidrocarbonați, diabetul coexistent reduce partea cea mai necesară din alimentațiune. Regimul de supraalimentație poate fi instituit, bazându-ne pe coeficientul de utilizare al hidraților de carbon mărit prin insulina.
- X. Astăzi reeșă clar, că regimul în diabet este extrem variabil după fiecare caz în parte. De almintrelea și întrebunțarea tratamentului cu insulina, care vine să ajute atât din fericit regimului diabetic—va fi pusă aprecierii individuale.

Văzută și bună de imprimat

Președintele lezei

Văzută de noi

Decanul Facultății de Medicină

ss) Prof. Dr. C. Bacaloglu (ss) Prof. Dr. M. Ștefănescu-Galați

No. 642

din 11 Februarie 1927.

L. S.

BIBLIOGRAPHIE

- F. Rathery.* Le diabète sucré 1926.
- M. Ch. Achard.* Cinq leçons sur le diabète 1925.
- Marcel Labbé.* Le traitement du diabète 1926.
- P. Exudero.* Traitement du diabète 1928.
- Carl V. Noorden.* Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung 1917.
- Georges Mouriquand.* Diabète sucré. Traité de pathologie Médicale & thérapeutique Médicale. Tome XXIII.
- Le Gendre.* Le diabète sucré. Nouveau traité de Médecine par Roger, Widel & Teissier.
- Desgrez, Rathery & Bierry.* Régimes équilibrés et corps gras dans la rétion des diabétiques Pr. Méd. 1924.
- Marcel Labbé.* La théorie de l'anticétogénèse Ann. Médecine 1924.
- M. Ch. Achard.* Les maladies de la nutrition.
- Forestier.* Diabète, Goutte, Obésité, Oxalémie 1926.
- Fossey (Mathieu).* Foie, Pancréas, Rate, 1924.
- Glenard.* L'hygiène des hépatiques.
- G. H. Roger.* Physiologie et Pathologie du foie.
- Maurice Spinger.* L'hygiène des Albuminuriques.
- M. Loeper.* Leçons de pathologie digestive.
- Chiray et Lebon.* Les insuffisances pancréatiques 1926.
- Colbert.* La tuberculose pulmonaire en clientèle 1923.
- P. Le Noir et Ch. Richet fils.* L'Amaigrissement et son Traitement, 1922.

P. Carnot. Cours de thérapeutique 1923.

A. Chauffard. La lithiase biliaire 1924.

M. Stroe. Diabetul 1926.

Bacaloglu și Tudoranu. Acțiunea apelor de Slănic, Spitalul 1925 No. 7—8.

I. Nitzescu. Insulina. Revista Medico-Chirurgicală 1926.

Băltăceanu. Tratament cu insulină. Rom. Med. 1924.

Păulescu. Physiologie Médicale.

Strümpel. Traité de Path. interne et therapie 1922.

F. Rathery et S. Lemoine. Hygiene et alimentation 1922.

H. Dausset. Formulaire pratique des regimes, 1926.

Allendy et Reauby. Thérapentique alimentaire.

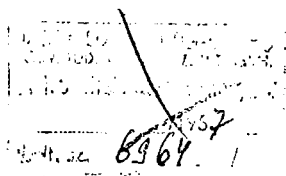
Kahane K. Tratamentul diabetului Teza Iași 1925.

Archives des Maladies de l'appareil digestiv et de la nutrition 1920—1926.

Buletin General de therapeutique 1922—1926.

Paris Medical 1920—1926.

Presse Medicale 1922—1926.



0.50

