

GAZETA LEKARSKA

I. Obrót zapobiegawczy.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

[Podług odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1907].

W piśmiennictwie polskiem do roku 1907 nie znajdujemy ani jednej monografii, dotyczącej specjalnie obrotu zapobiegawczego, któremu należy się wybitne stanowisko w terapii miednicy wązkiej.

Z powyższego względu pozwałam sobie zabrać głos o tym obrocie, przedstawić otrzymane przeze mnie po nim wyniki w Warszawskiej klinice położniczej i wypowiedzieć moje odpowiednie wnioski.

Poglądy wybitnych akuszerów o wartości obrotu zapobiegawczego, jak również podawane przez nich wskazania do zabiegu tego, są nader różne.

SCHROEDER, OLSHAUSEN, FRITSCH i BUMM—jak podaje WOLFF—uważają zabieg ten za pożyteczny głównie czy wyłącznie dla matki, inni mają go za korzystny zarówno dla matki, jak i dla dziecka, lub też szczególnie dla niego [GUSSEROW, NAGEL, LEOPOLD, RUNGE].

Większość akuszerów, a wśród nich OLSHAUSEN, RUNGE, MACKENRODT, KOBLANCK, GEBHARD i FREUND—sądzi, iż omawiany obrót powinien być stosowany tylko w miednicach płaskich; natomiast NAGEL, LITZMAN, FRANK uważają go za dopuszczalny i w miednicach ogólnie zwężonych.

FRITSCH, ZWEIFEL; LITZMAN, WINCKEL zalecają dokonywanie obrotu zapobiegawczego tylko wobec umiarkowanego zwężenia miednicy, a więc wobec *conj. vera* prawie do 8-cm., gdy OLSHAUSEN, LUDWIG i SAVOR usprawiedliwiają go przeważnie lub wyłącznie tylko w razie znacznieszego zwężenia.

GUSSEROW, ZWEIFEL, LEOPOLD podkreślają wartość wczesnego obrotu—o ile można wobec zachowanego pęcherza i zupełnego otwarcia ust macicy, tymczasem inni dokonywali obrotu tego w kilkadziesiąt godzin od odejścia wód płodowych.

Z drugiej atoli strony LUDWIG i SAVOR, opierając się na materyale wie-
deńskiej kliniki CHROBAKA, wyrobili sobie bardzo niepochlebny sąd o tym
obrocie: nie odrzucają oni go zupełnie, lecz sądzą, iż wskazania do niego na-
leży możliwie ograniczyć.

KROENIG—na mocy danych z kliniki lipskiej—przyszedł do wniosku, iż
obróć ten daje dla matek i dzieci wyniki mniej pomyślne, aniżeli poród
w położeniu główkowym, a wobec tego wogóle zalecać go nie należy.

Również stanowczo przeciw obrotowi zapobiegawczemu wypowiedział się
i MACIEJEWSKI.

Na mocy zestawień własnych autor ten przyszedł do wniosku, iż dla płó-
dów wyniki obrotu zapobiegawczego są o wiele gorsze, aniżeli w „metodzie
wyczekiwania“ i dlatego ostatecznie orzekł, iż zwężenie miednicy, jako ta-
kie, nie powinno stanowić wskazania do zastosowania obrotu.

W ostatniem piętnastoleciu obronę obrotu zapobiegawczego podjęli
głównie: CZERNIEWSKI, ANUFRIEW, DOBROWOLSKI, WOLFF, BROESE i KRAUS.

Zalecanie obrotu w miednicach zwężonych—przypomina CZERNIEWSKI—
oparte zostało na przeświadczeniu, iż główka płodu w kierunku od podstawy
do wierzchołka przystosowuje się do zwężonej części miednicy lepiej, aniżeli
w kierunku odwrotnym.

Podług BAUDELOCQUE'a zjawisko to ma być zależne od samej budowy
główki.

OSIANDER sądzi, iż główka przodująca przechodzi do miednicy zwężonej
swoją częścią szeroką, gdy główka następująca, tworząc wraz ze szyją klin,
opuszcza się wąską swoją częścią.

Zdaniem TREFURT'a, główne znaczenie w omawianej sprawie posiada ta
okoliczność, iż główkę następującą możemy rękoma ustawić w położeniu do-
wolnem.

SIMPSON, zgadzając się z OSIANDER'em, podkreśla, iż główka następują-
ca znacznie łatwiej ulega ścieśnieniu, zachodzenie kości jest tutaj o wiele
większe, niż w razie przodowania główki—co ma doniosłe znaczenie.

COHNSTEIN—na mocy swoich doświadczeń i badań przyszedł do wniosku,
iż w główce następującej kości łatwiej zachodzą, ilość cieczy mózgowo-rdze-
niowej znacznie zmniejsza się, przez co zmniejsza się i sama główka, czego nie
bywa wobec przodowania główki.

Lecz i sam CZERNIEWSKI mniema, iż główka następująca lepiej czy łat-
wiej przystosowuje się do miednicy, albowiem przesuwanie się jej przez mie-
dnicę odbywa się wtedy niezrównanie prędzej, aniżeli w razie przodowania
główki. Wszak w tych przypadkach, w których płód—wobec przodowania
dolnej części tułowia—rodzi się żywy, zarówno samodzielne przesunięcie się,
jak i wydobywanie górnej części tułowia i główki trwa nie dłużej nad dwie mi-
nuty i tylko w wyjątkowych razach do 5-u minut. Prawie nigdy zaś nie bę-
dziemy w stanie w tak krótkim czasie przeprowadzić przodującą główkę
przez całą miednicę, nawet prawidłową, na przykład—przy pomocy kleszczy.
Wreszcie, pociągając płód za tułów, nie możemy użyć tak znacznej siły, jak

przy użyciu kleszczy, co znowu, zdaniem autora, dowodzi łatwiejszego i szybszego przystosowywania się główki następującej.

Przechodząc do oceny sposobów wydobywania główki *sub extractione foetus*, autor przyznaje, iż czynność tę uważa za jedną z najtrudniejszych operacji położniczych, albowiem dokonanie jej nastąpić musi przez możliwie krótki przebieg czasu: wszelkie przedłużanie się operacji, niekiedy nawet minimalne, łatwo pociąga za sobą śmierć płodu.

Autor zwraca więc uwagę na nieodzowność szybkiego oryentowania się *sub operatione*, jak również na niezbedność posiadania znacznej zręczności, jeśli od pomocy lekarskiej mamy oczekiwać pomyślnego wyniku.

W pewnych tedy razach wypaźnie *sub extractione* powiększyć zgięcie główki, w innych—przeciwnie—dopiąć odgięcia główki i przepchnąć przedewszystkiem potylicę; niekiedy znowu zmuszeni będziemy całą główkę zepchnąć w jedną lub drugą stronę.

Podkreślając, jak ważną jest znajomość samego mechanizmu porodu następującej główki, na co niekiedy mało zwraca się uwagi, CZERNIEWSKI sądzi, iż tą właśnie niezajomością objaśnić możemy wadliwość wielu sposobów, do uwolnienia następującej główki zalecanych: wszak większość ich powstała wtedy, kiedy o owym mechanizmie akuszerzy nie mieli najmniejszego pojęcia lub tylko bardzo ograniczone. To też autor wręcz potępia używanie t. zw. sposobu praskiego, nie wierzy też, aby przez ucisk na szczękę dolną można było otrzymać dostateczne zgięcie główki lub też istniejące powiększyć, jeśli mamy do czynienia z miednicą zwężoną i główką prawidłową: wskutek ucisku szczęka dolna opuszcza się, natomiast główka prawie pozostaje w miejscu.

Osiągnąć zgięcie główki, *resp.* powiększyć je można atoli jedynie przez ucisk palcami na szczękę górną w kierunku ku dołowi i ku potylicy i jednocześnie uciskiem na potylicę w kierunku ku górze i ku twarzy, jak to doradzał SMELLIE.

W celu przyśpieszenia uwolnienia główki, można—po wzmożeniu istniejącego zgięcia *modo* SMELLIE—natychmiast przesunąć rękę z potylicy na obojczyki i pociągać za tułów, gdy palce ręki drugiej, oparte o szczękę górną, utrzymują główkę w zgięciu.

Wreszcie—na przygiętą główkę może uciskać z zewnątrz pomocnik w kierunku ku tyłowi i ku dołowi, jak to zalecali WIGAND i E. MARTIN.

CZERNIEWSKI w roku 1895 ogłosił 24 przypadki wewnętrznego obrotu płodu na nóżki; za wskazanie do dokonania zabiegu służyło jedynie zwężenie miednicy jako takie, a więc samo przez się, obok prawidłowej budowy, prawidłowej wielkości płodu i pomyślnych wszelkich innych warunków.

Oczywiście, mowy tu nawet być nie może o przypadkach, powikłanych np. przez wypadnięcie pępowiny lub poprzeczne położenie płodu, z czem tak często w miednicach zwężonych spotkać się możemy.

Kazuistyka autora obejmuje zarówno przypadki miednic ogólnie zwężonych, jak i płaskich i ogólnie zwężonych płaskich.

Śród chorych 6 było pierwiastek i 18 wieloródek.

Martwych płodów wydobyto 12, czyli połowę.

Największą wagę dziecka żywego autor podaje na 4700,0; średnia waga dzieci żywych sięgała 3851,0. Największa waga dziecka nieżywego równała się 4500,0; średnia waga dzieci nieżywych wypadła 3791,0.

W trzech przypadkach musiano dokonać perforacji główki [następującej].

Najmniejsza *conjugata diagonalis* równała się $8\frac{1}{2}$ —9 ctm.; w przypadku tym—u wieloródki wydobyto płód martwy, wagi 3400,0 bez mózgu [dokonano tutaj perforacji].

Ostateczne wnioski, do jakich doszedł autor na mocy doświadczenia osobistego, są następujące:

Aczkolwiek ze zmianą położenia czaszkowego na nóżkowe zastępujemy prawidłowe położenie płodu przez nieprawidłowe, nie mniej przeto dokonywane obrotu płodu z następczą ekstrakcją, wobec pewnych wskazań—nawet w przypadkach miednic zwężonych—zawsze będzie wysoce pojętne.

Zależy to przedewszystkiem od tej okoliczności, iż operacji dokonywamy rękoma, nie jesteśmy zatem zmuszeni do posilkowania się narzędziami.

Stosując obrót i ekstrakcję, nie potrzebujemy liczyć głównie na siłę naszą [jak to się dzieje przy użyciu kleszczy], lecz na sztukę; wreszcie podczas uwalniania następującej główki, możemy—do pewnego stopnia—ustawić ją, stosownie do wymagań mechanizmu porodu w każdym poszczególnym przypadku.

W zasadzie autor sądzi, iż operacja wydobycia następującej główki musi uleść dalszemu opracowaniu i mniema, iż nie mało jeszcze upłynie czasu, zanim poznamy wszystkie szczegóły zabiegu tego.

ANUFRIEW w roku 1897 zestawił 33 przypadki obrotu zapobiegawczego; wśród nich 23 dotyczą miednic ogólnie zwężonych i 10 — miednic płaskich.

Przypadki powyższe autor wybrał z materiału Warszawskiej kliniki położniczej za okres czasu od roku 1886 do prawie połowy 1896 roku.

Kwestya obrotu zapobiegawczego, mówi ANUFRIEW, może powstać wogóle wtedy, gdy istnieją odpowiednie dla zabiegu tego warunki, a więc zupełne lub prawie zupełne otwarcie ust macicy, obecność pęcherza płodowego lub dostateczna ruchomość płodu po odejściu wód płodowych i brak rozciągnięcia dolnego odcinka macicy.

W pracy swej autor określił w liczbach średnich wymiary miednic, wielkość płodu [wagę, długość i duży poprzeczny wymiar główki płodu], czas jaki upłynął od chwili rozpoczęcia się bólów porodowych, czas jaki przeszedł od chwili pęknięcia pęcherza płodowego, wiek chorej i liczbę odbytych porodów, zarówno w miednicach ogólnie zwężonych, jak i płaskich.

Wyniki obrotu zapobiegawczego porównywał autor z wynikami całej metody wyczekiwania.

W celach owego porównywania ANUFRIEW wybrał po 12 przypadków porodów samodzielnych, kleszczy i perforacji o tych samych prawie stopniach zwężenia miednic, co i w przypadkach obrotów zapobiegawczych.

Wyniki zestawień autora są następujące:

MIEDNICE OGÓLNIE ZWĘŻONE.

OBRÓT ZAPOBIEGAWCZY.

średnie wymiary miednicy:

d. sp. 24,72; d. cr. 26,52; c. ext. 17,39;
c. diag. 9,99; c. vera 8,08.

średnia waga płodu, długość, duży poprzeczny wymiar główki:

3557,17; 53,1; 9,04.

odsetka dzieci martwych:

43,5%

w poszczególnych przypadkach conj. vera 7 do 9,5 ctm.; w dziesięciu przypadkach poprzedzające porody były ciężkie; w tem u siedmiu chorych dokonywano różnych zabiegów operacyjnych; z uszkodzeń płodów zauważono po obrocie zapobiegawczym: złamania kości czaszkowych, pęknięcie naczyń mózgowych i wylew do błon, wreszcie fracturam humeri.

W miednicach tedy ogólnie zwężonych, o conj. vera od 7 do 9,5 i o powyższych średnich innych wymiarach przy pomocy obrotu zapobiegawczego może być wydobyty żywym płód o wadze, przekraczającej normę—3523,0.

METODA WYCZEKIWANIA.

średnie wymiary miednicy:

24,44; 26,28; 17,4; 10,19; 8,08.

średnia waga płodu, długość:

3181,7; 50,5.

odsetka dzieci martwych:

33,3%

w poszczególnych przypadkach conj. vera 7 do 9 ctm.; średnia waga płodu o 375,47 grm. mniejsza od średniej wagi płodu w przypadkach obrotu zapobiegawczego.

W miednicach ogólnie zwężonych w metodzie wyczekiwania poród przedłuża się obok nieznacznie pomyślniejszego wyniku dla płodu.

MIEDNICE PŁASKIE.

OBRÓT ZAPOBIEGAWCZY.

średnie wymiary miednicy:

d. sp. 26; d. cr. 28,2; c. ext. 17,6; c. diag.
10,31; c. vera 8,54.

średnia waga płodu, długość, duży po-
przezny wymiar główki:

3388,0; 57,8; 9,22.

odsetka dzieci martwych:

30⁰/₀.

w poszczególnych przypadkach conj. vera
7,5 do 10 ctm.; u siedmiu chorych w po-
przedzających porodach dokonywano róż-
nych operacyj.

W miednicach więc płaskich o conj. vera
od 7,5 do 9,5 przy pomocy obrotu zapobie-
gawczego można wydobyć żywym płód
o średniej wadze 3369,0, po upływie 31
godzin od początku porodu i—6 godzin od
chwili odejścia wód płodowych.

METODA WYCZEKIWANIA.

średnie wymiary miednicy:

26,19; 28,5; 18,1; 10,6; 8,6.

średnia waga płodu, długość:

3371,7; 51,9.

odsetka dzieci martwych:

38,9⁰/₀.

w poszczególnych przypadkach conj. vera
7,5 do 10 ctm.

W miednicach płaskich o conj. vera od 7 ¹⁾
do 10, wobec wagi płodu 3371,0 metoda
wyczekiwania może dać gorsze wyniki,
aniżeli obrót zapobiegawczy.

¹⁾ Zapewne 7,5.

Na innym miejscu pracy swej autor uwydatnił doniosłość korzystania z tak zwanego ułożenia chorej podług WALCHER'a—w celu ułatwienia sobie wydobycia następującej główki.

Z wymierzeń KLEIN'a, dokonywanych na trupach, wynika, iż w powyższym ułożeniu wymiary *conj. diagonalis* i *verae* zmieniają się średnio więcej, niż o 0,5 ctm.; KISTER w jednym przypadku otrzymał powiększenie się *conj. verae* nawet o 1,5 ctm.

Lecz i osobiste doświadczenie przekonało ANUFRIEWA, iż w miednicach zwężonych, przedewszystkiem zaś głównie w miednicach płaskich, w większości przypadków ze zwężeniem *conj. verae* nie niżej 8—7,5 ctm. i wobec dostatecznie mocnych skurczów macicy, w ułożeniu WALCHER'a główka podlega konfiguracji znacznie łatwiej.

Niewątpliwie też również łatwiej odbywa się w ułożeniu powyższem i uwolnienie następującej główki: w pewnych razach daje się zauważyć, iż główka—*sub operatione*—po prostu zeslizguje się z *promontorium*.

W rezultacie, podkreśliwszy w sprawie wyboru metody postępowania lekarskiego w miednicach wązkich nieodzowność liczenia się z takimi czynnikami, jak wielkość płodu, ścieśliwość główki, *resp.* stopień akomodacji jej do wejścia miednicowego, charakter sił wydalających i inne, wybór ten warunkujących, autor doszedł do następujących ostatecznych wniosków o obrocie zapobiegawczym:

Za wskazanie do obrotu służyć powinno nie samo zwężenie miednicy, lecz zespół okoliczności, jakie w dostatecznej mierze przekonują o niemożliwości odbycia się porodu samodzielnie. Główne tedy wskazania stanowić będzie: zwężenie miednicy, niepomysłne ustawienie się przodującej części płodu w wejściu do miednicy, słabe bóle porodowe, ukończenie porodów poprzedzających na drodze operacyjnej i wreszcie wystąpienie stanu septycznego.

Mając na względzie samo tylko [odpowiednie] zwężenie miednicy obok tak pomyślnych warunków, jak: zupełne otwarcie ust macicy, obecność pęcherza płodowego, ruchomość główki i t. d., możemy u pierwiastek wtedy dokonać obrotu zapobiegawczego, jeśli pierwszy okres porodu przedłużył się i wywołał znaczne wyczerpanie chorej, głównie zaś wobec podniesienia się ciepłoty.

To samo da się powiedzieć o chorobach płuc, serca i chorobach zakaźnych rodzącej.

U wieloródek możemy dokonać obrotu zapobiegawczego wobec tych samych, wyżej wymienionych warunków i wskazań, i oprócz tego—wobec osłabienia bólów porodowych, w związku z wywiadami, stwierdzającymi użycie w porodach poprzedzających zabiegów operacyjnych.

W pozostałych przypadkach należy uprzednio dokładnie wyświetlić stopień akomodacji główki do wejścia miednicowego, choć przez to wyzbywamy się możliwości korzystania w danej chwili z pomyślnych warunków do dokonania obrotu.

Jeśli teraz w czasie śledzenia przebiegu porodu—średnio w ciągu 3-ch godzin — spostrzeżemy nieprawidłowe wstawianie się przodującej części

plodu, jeśli obok tego i bole będą nieprawidłowe, wtedy powinniśmy dokonać obrotu zapobiegawczego, korzystając ze względnie pomyślnych warunków dla płodu [ruchomość główki obok resztek wód płodowych].

Granice zwężenia *conj. verae*, w jakim dokonanie obrotu zapobiegawczego jest możebne, stanowi 7 ctm.; dodać jednak należy, iż zarówno w miednicach płaskich, jak i ogólnie zwężonych, wobec *conj. verae* poniżej 8 ctm. głównie zaś poniżej 7,5 ctm. dokonanie zabiegu powyższego przedstawia wiele technicznych trudności i zagraża życiu płodu. W tych razach przystępujemy do zabiegu więcej ze względu na matkę.

W miednicach ogólnie zwężonych śmiertelność płodów po obrotach zapobiegawczych sięgała 43,5%, natomiast metoda wyczekiwania wykazała—wobec stosunkowo mniejszej wagi płodu, tylko 33,3%; przeciwnie—w miednicach płaskich obrót z 30% śmiertelności płodów daje pomyślniejsze wyniki, aniżeli metoda wyczekiwania o 38,9% śmiertelności płodów.

[D. c. n.].

II. Spostrzeżenia doświadczalne nad laktobacylliną.

Podał

Prof. dr Edmund Biernacki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 16).

A więc najpierw co do eterosiarczanów w moczu, to tutaj, zgodnie ze wskazówkami HAYEM'a i innych, można było stwierdzić dążenie do obniżenia ich ilości przy kwasie mlecznym daleko wyraźniej, niż przy laktobacyllinie. W doświadczeniu I było więc przeciętnie na dobę eterosiarczanów [BaSo₄] w okresie kontroli 0,0856 grm., w okresie z kwasem mlecznym [2,5 grm. *pro die*] $-0,0818$ grm., po odstawieniu kwasu $-0,1930$ grm. W doświadczeniu III: przed $-0,225$ grm., podczas $-0,1665$ grm., po $-0,0873$ grm. Doświadczenie II było wykonane zaraz po doświadczeniu z ługiem; wypadło wtedy przy kwasie więcej: zamiast 0,0726 grm. [przy ługu] $-0,1914$ grm., które po odstawieniu kwasu spadły do 0,0753 grm.

Bardziej charakterystyczne i określone były dane co do przyswajanie pokarmów. Zapewne—na trzy doświadczenia z kwasem mlecznym, w dwu stwierdzić można było, podobnie jak przy laktobacyllinie, poprawę przyswajania, wyrażającą się w mniejszych ilościach azotu i tłuszczu w kale w okresie z kwasem mlecznym, niż w okresach kontroli bez kwasu [np. w doświadczeniu I: przed kwasem—na dobę w kale 0,7105 grm. azotu i 1,6329 grm. tłuszczu, przy kwasie $-0,6618$ grm. azotu i 1,3306 grm. tłuszczu, pod odstawieniu kwasu $-0,7322$ grm. azotu i 1,3415 grm. tłuszczu i t. d.]. A jednakże jednocześnie spadek dobowej ilości substancji suchej w kale [która składa

się z popiołów, azotu, *resp.* białka, tłuszczu i węglowodanów, *resp.* drzewnika] był bardzo niewielki—ledwie o 2—3%: w dośw. I z 12,67 grm. do 12,4 grm., w doświadc. III z 15,92 grm. do 15,44 grm.—czyli, w przeciwstawieniu do laktobacyliny ze spadkiem substancji suchej kału o 15—20%, przy kwasie mlecznym nie ulegało poprawie przyswajanie węglowodanów.

Po drugie—podkreślę, że we wszystkich trzech doświadczeniach podczas zadawania kwasu mlecznego następowało zgęszczenie kału [podniesienie odsetki suchej substancji np. w doświadc. I z 32,48% do 38,48%, spadek po odstawieniu kwasu mlecznego do 37,44%]. Fakt ten w doświadczeniach z laktobacyliną zaszedł w stopniu wybitnym tylko raz jeden w doświadczeniu II, natomiast w doświadc. I mieliśmy w okresie z laktobacyliną wyraźne rozrzedzenie kału.

Wreszcie ciekawy jest bardzo fakt, że wyniki z laktobacyliną nie były także identyczne z wynikami doświadczenia z mlekiem kwaśnym MIECZNIKOWA.

W zakończeniu pierwszej seryi eksperymentalnej dawałem psu przez cztery dni po 300 grm. mleka słodkiego ze 150 grm. ryżu [gotowane w 400 grm. wody z 8 grm. soli kuchennej], przez następne cztery dni po 300 grm. mleka kwaśnego MIECZNIKOWA z taką samą ilością ryżu i dodatkiem po 7,5 grm. dziennie cukru mlecznego [na miejsce zamienionego na kwas mleczny]. Przeswajanie przy mleku słodkiem: więcej kału, więcej substancji suchej w kale [na dobę 19,98 grm., przy mleku słodkiem 16,01 grm.], a w niej więcej azotu i tłuszczu. Wreszcie podobnie, jak przy podawaniu kwasu mlecznego, i przy mleku MIECZNIKOWA kał okazał się gęstszym, niż przy mleku słodkiem.

Doświadczenia bezpośrednie z kw. mlecznym, wzgl. mlekiem kwaśnym, nie dają wcale, jak widzimy, punktu oparcia do mniemania, by działanie laktobacyliny polegało na działaniu kwasu mlecznego. Pomijając jednak doświadczenia bezpośrednie, właściwie decyduje w zupełności w tym sensie fakt, iż zarówno lepszy wzrost i rozwój myszy w spostrzeżeniach BELONOWSKIEGO, jak lepsze przyswajanie pokarmu w doświadczeniach moich stwierdzało się w sposób bardzo wybitny i przy stosowaniu laktobacyliny zabitej, t. j. fermentu, od którego nie można było oczekiwać w kanale pokarmowym rozwoju fermentacji mlecznej i wytworzenia kwasu mlecznego. „Oczywiście“ —wnioskuje MIECZNIKOW [loc. cit. str. 222] ciągle w myśl swych apriorystycznych mniemań! — „w bakterjach bułgarskich znajduje się produkt, hamujący gnicie w jelitach i przez to oddziaływający pomyślnie na czynności życiowe myszy“. Na to muszę zauważyć, że właśnie w doświadczeniu z laktobacyliną zabita, stwierdziłem wyraźne wzmożenia eterosiarczanów w moczu.

Podkreślając zapewne fakt, że przy laktobacylinie następuje zmiana flory kiszkiowej, względnie jak to było w doświadczeniach BELONOWSKIEGO ¹⁾,

¹⁾ Loc. cit. Tenże. Influence du ferment lactique sur la flore des excréments des souris. Annales de l'Institut PASTEUR. Grudzień 1907, str. 991.

kał zawiera mniej drobnoustrojów gnilnych¹⁾. Zmiana flory kiszkowej—jest to jednak zjawisko, które bynajmniej niezawsze możemy uważać za wyraz i dowód „antagonizmu bakteryjnego“, jak w danym razie „zwalczenia“ bakteryi gnilnych przez bakterye mleczne; już przecież MARCELI NENCKI widywał zmianę flory tej wprost przy zmianie rodzaju pokarmu. A znów wbrew wszelkiemu oczekiwaniu STRASSBURGER i SCHMIDT²⁾ stwierdzali w kale przy zaparciu znaczne zmniejszenie liczby mikrobów gnilnych: najwidoczniej stan flory jelitowej dużo zależy i od czynników czysto fizykalnych — zmniejszenia wody w kale, jakie zachodzi przy zaparciu. A dalej zupełnie jest prawdopodobnem, że zmniejszenie liczby bakteryi przy laktobacyllinie jest może być wprost następstwem wzmożonego przyswajania pierwiastków pokarmowych: jest mniej bakteryi w kale, bo jest mniej i substratu dla nich — białka, węglowodanów. Śród takich warunków, naturalnie, może dojść i do zmniejszonej zawartości eterosiarczanów w moczu, jak spostrzegano od czasu do czasu przy laktobacyllinie; z drugiej strony wolno oczekiwać i zrozumiałem jest osłabienie pod wpływem laktobacyliny pewnych objawów chorobnych [wzdęcie, zmienne zachowanie się mas kałowych], które przy cierpieniach jelit są następstwem bezpośredniem upośledzonego przyswajania.

Do poprawy, wzmożenia przyswajania w kale pokarmowym ściąga się według wyników naszych badań punkt ciężkości w działaniu terapeutycznym laktobacyliny. Właściwie wynik ten należy sformułować inaczej—a mianowicie w sposób, któryby uwidocznił stanowisko znalezionego faktu z punktu widzenia czysto biologicznego. Chodzi istotnie o to, iż bakterye bułgarskie, bakterye mleczne, względnie ich składniki chemiczne okazują się energicznym bodźcem dla czynności narządu trawienia, czego właśnie skutkiem bezpośrednim jest wybitne wzmożenie przyswajania pierwiastków pokarmowych. Nie posiadam danych bezpośrednich ku uświadomieniu sobie mechanizmu tego „wzmożenia“; jednak wobec faktu klinicznego, faktu coraz pewniejszego, iż chorzy źle znoszą laktobacyllinę przy objawach nadkwaśności, hipersekrecyi, wrzodzie żołądka i t. p., że nawet laktobacyllina jest przeciwwskazaną w tego rodzaju cierpieniach, okazuje się bardzo prawdopodobnem, iż chodzi tutaj o wzmożenie wydzieliny soków trawiennych [żołądkowego, trzustkowego].

Z drugiej strony potwierdziłbym fakt wzmożenia przyswojenia pod wpływem bakteryi bułgarskich obok spostrzeżeń, które wskazują pożyteczność, może nawet nieodzowność dla życia obecności drobnoustrojów w kale pokarmowym. Jak wiadomo, jest to jeszcze kwestya sporna: gdy PASTEUR i DUC-

¹⁾ Por. także WEJNERT. O zmianie ilości bakteryi w kale pod wpływem stosowania w lauwatywach i w dyecie mleka kwaśnego zwykłego oraz sporządzonego sposobem MIECZNIKOWA. Przegląd Lekarski. 1907.

²⁾ SCHMIDT i STRASSBURGER. Die Faeces des Menschen. Berlin 1905. A. HIRSCHWALD, str. 283.

LAUX, SCHOTTELIUS ¹⁾, pani MIECZNIKOW ²⁾ przemawiają, względnie przytaczają przyczynki bez poparcia tej idei, MARCELI NENCKI, NATTALL i THIERFELDER ³⁾ wypowiadają się w duchu przeciwnym.

Na zakończenie podkreślę jeszcze fakt, który wypływa bezpośrednio z doświadczeń moich, względnie bezpośrednio wykazany jest w tych doświadczeniach, iż wbrew poglądom MIECZNIKOWA, a zresztą ogólnemu obecnie mniemaniu należy klinicznie odróżniać stosowanie laktobacyliny i stosowanie mleka kwaśnego, względnie kwasu mlecznego. Można by, zresztą przytoczyć przykłady kliniczne, iż działanie jednego i drugiego preparatu nie jest jednakowe: mleko kwaśne w zgodności z naszymi wynikami eksperymentalnymi okazuje w cierpieniach jelit raczej działanie „ściągające“, natomiast laktobacylina—często wyraźnie „rozwalniająca“.

III. Z ODDZIAŁU II W SZPITALU WOLSKIM.

O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia drogą operacyjną chorób wewnętrznych

(WYKŁAD KLINICZNY) *).

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

ordynator oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

O przeciwwskazaniach do operowania chorych wewnętrznych, jakie wpływają ze stanu, czy też czynności innych narządów wewnętrznych, prócz tych, które powyżej omówiliśmy, a więc wątroby, trzustki i t. p. nie mogę rozwinąć się tu szczegółowiej. Cała sprawa sprowadza się tu do następu-

¹⁾ SCHOTTELIUS. Archiv f. Hygiene 1898. Tom XXXIV i 1902. Tom LXII.

²⁾ Mme METSCHNIKOFF. Annales de l'Institut PASTEUR. 1901.

³⁾ NATTALL i THIERFELDER. Thierisches Leben ohne Bakterien im Darm. Zeitschr. f. phys. Chemie t. 21. 1896 i t. 22. 1897.

*) Wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. d. 19. XI. 1907.

jącego pytania: „czy stwierdzenie niedostateczności tych narządów stanowi przeciwwskazanie do zabiegu”? Jest to pytanie, na które dać będziemy mogli odpowiedź wtedy, gdy zyskamy metody kliniczne stwierdzania niedostateczności tych narządów wogóle. Dziś stoimy zaledwie w zaraniu tej ważnej sprawy i posiadamy metody, które dają nam odpowiedź w kwestyi pewnych poszczególnych czynności wspomnianych narządów, nie dając natomiast żadnej odpowiedzi o wydolności ich wogóle. Do takich metod należy np. stwierdzanie lewulozuryi pokarmowej w chorobach wątroby. To też wyciąganie z tych metod jakichś dalej idących wniosków praktycznych, nie mówiąc już o przeciwwskazaniach do operacyi, jest dziś co najmniej przedwczesne.

Natomiast wypada mi wspomnieć w kilkunastu słowach jeszcze o jednej sprawie, ważnej w omawianej tu dziedzinie, a mianowicie o cukrzycy. Chorzy na cukrzycę kandydaci do operacyi, budzą obawy z kilku względów. Cukrzyca mianowicie zmienia chemizm tkanek w ten sposób, że zmniejsza ich odporność na zakażenie, stąd też obawa sepsy ze wszystkimi jej następstwami. Dalej cukrzyca w wieku starszym zawsze połączona jest ze sklerozą, zwłaszcza ze sklerozą tętnic wieńcowych serca i nerek, będąc przeto podłożem dusznicy i astmy sercowej. Nadto cukrzyca towarzyszyć mogą sprawy gruźlicze płuc, na razie drobne, które jednak mają niezwykłą dążność do szybkiego rozwoju. Wreszcie cukrzyca narzuca pewien sposób odżywiania chorych, nie liczący się z żadnymi względami, co utrudniać może bardzo zarówno przygotowawczy do operacyi, jak i pozabiegowy okres leczenia i odżywiania.

Chemizmem tkanek, usposabiającym do zakażenia, jest ten, który powstaje wskutek przecukrzenia krwi (*hyperglykaemia*). Przecukrzenie zaś krwi powstaje skutkiem podawania węglowodanów ponad granice tolerancyi w tym kierunku. Chcąc przeto usunąć przecukrzenie krwi, przygotowując chorego do operacyi, należy odstawić wodany węgla, a to ze swej strony grozi wybuchem śpiączki z zatrucia kwaśnego. Mamy tu więc nielada trudności do przewyciężenia. A tymczasem u takich chorych chirurg ma często do czynienia z rozległymi sprawami ropnemi. Nie mam żadnego doświadczenia pod tym względem, o ile metoda BIER'a może być w tych razach stosowana z pożytkiem zamiast zabiegów krwawych. W każdym razie należy w tych razach podjąć usiłowania w kierunku odcukrzenia krwi zrazu ściśle dietą bezwęglowodanową, później zaś w miarę wzrastania w moczu ilości ciał acetonowych ew. amoniaku—dietą owsianą. W tych razach współudział doświadczonego klinicysty - chemika jest niezbędny, zwłaszcza w sprawie oznaczenia tolerancyi węglowodanowej w każdym poszczególnym przypadku, co już niezmiernie ułatwi zadanie traktowania takiego chorego. Co się tyczy powikłań cukrzycy gruźlicą, objawami ze strony naczyń, to w tej mierze musimy mieć na względzie prócz uwag powyższych i te jeszcze, które, omawiając przeciwwskazania ze strony płuc i serca, już poczyniliśmy.

W niektórych razach, kwalifikując chorego do operacyi, musimy mieć też na względzie możliwość wybuchu psychozy pooperacyjnej.

W tym kierunku zwłaszcza uzasadnione będą obawy o osoby, obarczone dziedzicznie, dla których wstrząs duchowy, związany z zabiegiem już wystarcza aby wyprowadzić je ze stanu nader chwiejnej równowagi duchowej. To samo dotyczy też alkoholików.

Wreszcie bardzo trudną ze względu na odpowiedzialność, poważną w kwestyi omawiania przeciwwskazań do operacyjnego leczenia jest sprawa ciąży jednoczesnej, zwłaszcza posuniętej. Jeżeli operacja bywa w tych razach wskazaniem życiowem, to wahać co oczywiście nie podobna. Stawiamy w tych razach na kartę co najmniej możliwość poronienia, chociaż nieraz udaje się uniknąć i tego. W każdym jednak razie powinniśmy wstrzymać się od jakichkolwiek bądź radykalnych operacji u kobiet, zwłaszcza w drugim okresie ciąży będących.

*

*

*

Oto wszystko, co pragnąłem powiedzieć tu w sprawie przeciwwskazań ogólnych do operacyjnego leczenia chorób wewnętrznych.

Przedmiot, jaki poruszyłem, jest tak rozległy, że chcąc wtłoczyć go w wązkie stosunkowo ramy jednego wykładu klinicznego, musiałem z konieczności być nader zwięzłym, a w wielu razach zbyt powierzchownym ze szkodą dla samej rzeczy.

Na zakończenie zaznaczyć muszę, że operacje, dokonywane w celu leczenia t. zw. chorych wewnętrznych, naogół biorąc, należą do najcięższych, dłużej trwających i ze wszech miar poważniejszych zabiegów. To też wobec nich sprawa przeciwwskazań winna być tem szczegółowiej i tem rozważniej omawiana. A w omawianiu tej sprawy wziąć winien udział nie tylko internista, dokładnie znający teorię wykonawstwa chirurgicznego, ale i chirurg, mogący w razie potrzeby z pożytkiem zastosować wszelkie metody badania t. zw. wewnętrznego, nie wyłączając badań laboratoryjnych, chemicznych, hematologicznych, sfigmograficznych i in. Obaj oni schodzą się na wspólnem polu działania, gdzie wykonawstwo terapeuty i chirurga ściśle styka się z sobą. A na polu tem tylko wtedy zdołają porozumieć się, gdy obaj w dążeniu do rozwoju swego przyjmą za zasadę: „lekarzem jestem i nic z lecznictwa nie może mi być obcym”.

Warszawa, XI. 1907.

Przyczynek do znaczenia klinicznego wydzielania się chlorków w chorobach nerkowych

(*uraemia achlorica, stadium achloricum sine albumine M. Brighi acuti*).

Podał

Prof. Antoni Gluziński.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 16].

Czy to *stadium achloricum* zawsze stwierdzić się daje, czy tylko w pewnych razach lub odpowiada ono tylko poronnym zakażeniom—nie umiem odpowiedzieć. Sądzę, że najlepsze pole do dalszych badań przedstawiałyby przypadki szkarlatyny, badane z dnia na dzień pod względem zachowania się chlorków i osadu aż do wystąpienia pełnych objawów zapalenia nerek, którego to materiału klinika moja nie posiada, należy on bowiem do kliniki chorób dziecięcych i pawilonu chorób zakaźnych.

W każdym razie na postawione poprzednio pytanie, czy nie może być pewien okres krótszy lub dłuższy, w którym niema jeszcze zwykłych klinicznych objawów [białka] ostrego zapalenia nerek, a przecież nerka już jest chora, mamy uzasadnioną podstawę odpowiedzieć, że w ostrych schorzeniach tak jest nieraz: nerka nie wydziela jeszcze białka, a już mamy upośledzenie wydzielania chlorków. Jakim zmianom anatomicznym odpowiada ten okres? Czy nie bywa nieraz, że na tym okresie sprawa się kończy, nie rozwijając się dalej—nie umiem również dzisiaj odpowiedzieć. Sprawa ta wymaga dalszych badań. Podnoszę ją jednak już dziś raz, by zwrócić uwagę na to zachowanie się chlorków w tym wstępnym okresie zapalenia ostrego nerek, na podobne ich zachowanie się w pewnych okresach *arteriosclerosis renum* i *nephritidis interstitialis*, a przytem, by zwrócić uwagę na dotychczasowe badania zachowania się chlorków w ostrem zapaleniu nerek, które wszystkie były dokonane już w okresie zjawiania się białka, t. j. w okresie, w którym nerka już podobnie, jak w moim przypadku, była więcej przepuszczalną dla chlorków, a nadto by zaznaczyć, że przytoczone zapatrywania autorów francuskich co do przyczyny zmniejszenia się wydzielania chlorków w chorobach ostrych zakaźnych, o tyle nie są uzasadnione, o ile twierdzenie ich, że nerki w tych przypadkach były zdrowe, oparte jest tylko na twierdzeniu, a nie na niezbitych faktach i nie uwzględniło zmian, które odpowiadają temu wstępnemu okresowi ostrej sprawy nerkowej.

Jakie zmiany anatomiczne odpowiadają temu okresowi wstępnemu, jakim zmianom ulegają kłębki, którym przypisujemy rolę w wydzielaniu się

chlorków—trudno, jak wspomniałem, odpowiedzieć na pewne. Analogia jednak z innymi przypadkami, które miałem sposobność spostrzegać i po śmierci histologicznie badać, może dać pewną wskazówkę. Mając baczniejszą uwagę zwróconą na zachowanie się wydzielania chlorków i stan nerek w chorobach zakaźnych, badania w tym kierunku prowadzę, mając zamiar później zestawić wyniki; dzisiaj już mam jednak podstawę powiedzieć, że w pewnych przypadkach stopień zatrzymywania chlorków idzie w parze z pewnymi cechami, świadczącymi o alteracji nerki, podnosząc z naciskiem, że nie samą zawartością białka trzeba się kierować, lecz osadem, który w postaci wałeczków szklitych i ziarnistych, ciałek krwi świadczy dowodnie o alteracji nerki. Kilka obserwacji wyjętych z szeregu rozmaitych zakażeń niech posłużą za przykład.

I. S. N., lat 27, przyjęty do kliniki w d. 14. IV. 1897. Z rodziców zdrowych—sam z wyjątkiem odry w dzieciństwie nigdy nie chorował. W styczniu 1907 *ulcus durum*, w kilka tygodni wysypka na ciele; nie leczył się. Z końcem marca obrzęki na kończynach dolnych; obrzęki te zwiększały się tak, że jak chory podaje, w pierwszych dniach kwietnia cała skóra była obrzękła i na twarzy także. Te obrzęki i duszność, jaka się zjawiała, skłoniły chorego do wstąpienia do kliniki, zwłaszcza, że utracił łaknienie i wystąpiły wymioty, jednak bez bólu głowy.

Badanie wykazało: Osobnik bładz z lekko obrzękniętą skórą ogólnie, zwłaszcza jednak na podudziach. Tu i owdzie na tułowiu brunatnawe plamy po wysypce; gruczoły limfatyczne pod szczęką na szyi, w pachwinach twarde i bolesne. W gardle lekkie zaczerwienie łuków i podniebienia miękkiego. Gruczoł tarczowy bez zmian; w płucach objawy nieżyty. Serce rozmiarów prawidłowych, nad końcem serca podmuch skurczowy obok pierwszego tonu; tętno słabo napięte, zwolnione [40—44 na min.]. Wątroba i śledziona powiększona, miękka. Stan bezgorączkowy. Mocz w ilości 1000 ctm. sz. C. g. 1017; bez białka, chlorki b. zmniejszone: 0,03% czyli 0,3 na dzień, w osadzie ciałka wypocinowe, komórki przybłonkowe rozmaitego rodzaju, wielka liczba wałeczków szklitych.

A zatem u młodego tego człowieka, który dotąd zawsze był zdrowy, następuje zakażenie syfilityczne, a w trzy miesiące potem zbiór objawów, który nie łatwo było można sobie objaśnić. Z jednej strony objawy, świadczące o niedomodze mięśnia sercowego [tony głuche, małe napięcie tętna i zwolnienie, obrzęki, najwybitniejsze na podudziu, napady duszności połączone z sinicą], z drugiej strony objawy, świadczące o upośledzeniu funkcji nerek, jak obrzęk, choć lekki, całej skóry i twarzy [dawniej miał być większy], w osadzie bardzo liczne wałeczki szklite, wybitne zmniejszenie chlorków, ale brak białka.

Ten stan moczu przypomniał mi żywo to *stadium achloricum* ostrej sprawy nerkowej w przypadku opisanym po szkarlatynie, a dalsza obserwacja kliniczna potwierdziła moje przypuszczenie.

Mocz bowiem tego chorego zachowywał się w dniach dalszych w sposób następujący [patrz tabl. na str. 386, 387].

T A B L I C A II.

Data	Ilość moczu	C. gat.	Ilość białka	NaCl %	Ilość NaCl.	Osad	UWAGA
15. IV.	1000	1017	0	0.03	0.3	Ciałka wypocinowe, moczany, wielka liczba wałeczków szklistych.	
16	655	1013	0	0.13	0.8515	Wielka liczba wałeczków szklistych, mało ziarnistych, nieliczne ciała wypocinowe i czerwone.	
17	1200	1013	śląd wyr- żny	0.35	4.2		
18	1220	1013	0.5‰	0.38	4.636	Wałeczki szkliste nieliczne (mniej niż poprzednio).	
19	1225	1012	"	0.4	4.9	Liczne ciała czerwone i białe, nieliczne wałeczki ziarniste, obłożone przybłonkami.	
20	1465	1015	0.75‰	0.45	6.5925		

Data	Ilość moczu	C. gat.	Ilość białka	NaCl %	Ilość NaCl.	Osad	UWAGA
21	1286	1016	0.7‰	0.6	7.716		
22	dzień 1224 noc 765	1017 1018	1‰ 1.3‰	0.79 0.87	9.6696 6.6553	Ciałka czerwo- ne dość liczne, mniej liczne białe, dość li- czne wałeczki szkliste, częścią ziarniste, nie- które obłożone komórkami przybłonkowe- mi.	Śmierć.

Z tablicy tej widzimy, że w dalszych dniach zjawia się coraz większa ilość białka, ilość moczu się zwiększa; w miarę wzrostu białka przepuszczalność dla chlorków staje się coraz wyraźniejsza, w osadzie, podobnie jak w przypadku po szkarlatynie, liczba wałeczków z biegiem czasu maleje tak, że nieporównanie ich więcej było w dniach, gdy białka nie było, a chlorki były bardzo zmniejszone. Chory wśród coraz większego ostro rozwijającego się osłabienia serca po 8-u dniach pobytu w klinice kończy życie.

Rozpoznanie, jakie za życia postawiłem, brzmiało: *Lues secundaria* (?) *subsequen. nephritide parenchymatosa acuta. Myocarditis subs. dilat. cordis. Tumor hepatis et lienis.*

W rozpoznaniu schorzenia nerek skłaniałem się do rozpoznania zapalenia na tle zakażenia syfilitycznego, opierając się na cechach moczu, obrzęku skóry, który częściowo odnieść mogłem tylko do zaburzeń krążenia; a pierwsze 3 dni pobytu chorego w klinice byłyby znowu tem *stadium achloricum*, które spostrzegałem w zapaleniu nerek szkarlatynowem. Uderzała tylko względnie mała ilość białka, wiemy bowiem, że w zapaleniu nerek na tle syfilisu wtórzanego ilość białka jest zwykle znaczna.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało [dr Nowicki]: *Nephritis non haemorrhagica acuta diffusa. Degeneratio myocardii et hepatis parenchymatosa. Tumor lienis recens.* Badanie nerki dało obraz następujący: Kłębki słabo nastrzykane, przybłonki torebki BOWMANN'a gdzieśgdzie ulegają złuszczeniu i rozpadowi, światło torebki wolne i wąskie. Przybłonki kanalików

napęczniałe i wciskające się do światła kanalików o ziarnistej pierwoszczy, przeważnie blade się barwiącej. W niektórych przybłonkach jądra się nie barwią i widoczny jest ich rozpad. Z wyjątkiem zaledwie kilku kanalików, wypełnionych ciałkami czerwonymi [wałeczki krwawe], inne zawierają skąpą zawartość ziarnistą lub są puste. Tkanka podścieliskowa w korze zmian nie okazuje, w istocie rdzennej gdzieś ogniska szkliste i kilka dość rozległych wybroczyn krwawych, jakby komunikujących z krwią, znajdującą się w samych kanalikach.

Naczynia krwionośne i to pnie większe obficie krwią powypelnione, włosowate nie wszędzie. W samych ścianach naczyńiowych zmian zauważyć nie można.

Wnioski. Obraz zmian drobnowidzowych odpowiada zwyrodnieniu mięszowemu pierwocin przybłonkowych, które już gdzieś uległy martwicy i rozpadowi. Przekrwienie i wogóle zmiany wsteczne [regresywne] silniej występują w istocie rdzennej nerki—tu też przychodzi już do wybroczyn i tworzenia się wałków krwawych, co prawda—jeszcze bardzo nielicznych, w każdym razie świadczących o pewnych zmianach [alteracji] naczyńiowych.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 —

36. Ryszard Weigert. O wpływie odżywiania na gruźlicę.

Według bardzo rozpowszechnionego przekonania odporność ustroju zależy w znacznej mierze od jego składu chemicznego, na który można przypuszczalnie wpływać drogą odpowiedniego odżywiania. Jakże jednak odżywianie jest rzeczywiście najodpowiedniejsze w danym wypadku, co do tego praktyk kieruje się zwykle intuicyją; najczęściej zalecane bywa tuczenie, a wzrost wagi ciała uważa się za kryterium poprawy stanu ogólnego. W rzeczywistości jednak widzimy, że samo tuczenie bynajmniej nie powstrzymuje np. niszczącego wpływu gruźlicy, a takie choroby, jak szkarlatyna, pochłaniają najwięcej ofiar właśnie z pomiędzy tłustych dzieci. Sprawa w każdym razie nie przedstawia się jasno, a jednak związek pomiędzy jednostronem odżywianiem a pewnymi chorobami można chyba uważać za pewnik, że przypomniemy tu choćby tylko skorbut albo chorobę BARLOW'a.

Pedjatria daje wogóle wiele przykładów tego związku. Wiadomo, że dzieci, wychowane głównie na mącznym pożywieniu, są najwrażliwsze i najmniej odporne; jeżeli przytem zyskują na wadze, zależy to tylko od zatrzymywania w ustroju znacznych ilości wody, i dlatego otyłość jest tu tak nietrwała. Pomiedzy wodnistością a odpornością ustroju zdaje się istotnie zachodzić wyraźna zależność; zasługuje na uwagę np., że śmiertelność jest największa w tym wieku, kiedy ustrój zawiera najwięcej wody [71,8%]—pomiedzy noworodkami—i zmniejsza się w miarę dojrzewania równolegle z odsetką wody, wynoszącą w ustroju dorosłego człowieka około 69%. Choć doświadczenia *in vitro* nie mogą naturalnie decydować w sprawie tak zawiłej, muszą jednak budzić zainteresowanie doświadczenia Rysz. WEIGERT'a, wykazujące wrażliwość bakterji na wodnistość pożywek; liczne bakterje rozwijają się mianowicie mniej

lub więcej dobrze we wszystkich warstwach pożywki żelatynowej, zawierającej nie mniej, jak 68,1% wody, gdy przy 67% rozwój wstrzymuje się widocznie, a przy 59% trwa tylko na powierzchni, albo ustaje zupełnie. Ponieważ ta najmniej wodnista pożywka zawierała tylko 1,7% popiołu, a bakterye mogą znosić i mocniejsze roztwory soli [BUCHNER, v. LINGELSHAIM i inni], widocznie więc brak wody był tu główną przyczyną utrudnionego rozwoju.

Wobec tych faktów jest rzeczą niezmiernie ciekawą, że ustrój nagromadza wodę właśnie przy odżywianiu się przeważnie białkowo-węglowodanowem. RYSZ. WEIGERT dowiódł tego z całą ścisłością, poddając rozbiorowi chemicznemu zwłoki młodych psów karmionych śmietanką, względnie chudą maślanką z dodatkiem mączki i cukru. Ciała zwierząt, żywionych węglowodanami zamiast tłuszczu, zawierały zawsze znacznie więcej wody, niż ciała rówieśników karmionych śmietanką; dla przykładu przytoczymy cyfry 75,37 i 60,73,—72,015 i 58,893,—70,51 i 63,52%.

Po tych przygotowawczych pracach RYSZ. WEIGERT wykonał doświadczenie, sięgające wprost do jądra sprawy; chodziło tu już o niedwuznaczne wykazanie wpływu jednostronnego odżywiania białkowo-tłuszczowego, względnie białkowo-węglowodanowego na odporność względem określonego zakażenia—gruźlicy. Doświadczenie to wykonano na młodych świniach, jako zwierzętach, które dają się tuczyć zarówno dobrze tłuszczami, jak węglowodanami przy odpowiedniej ilości białka, i nawet wtedy, gdy są już chore na daleko posuniętą gruźlicę. Zwierzęta, żywiono mlekiem niezbieżanem z olejem sezamowym albo odwarem z siemienia lnianego na mleku, wzgl. chudą maślanką z cukrem i mąką pszenną, albo odwarem z otrębów pszennych i kartofli na maślanie zaprawionej, jak poprzednio. Po 2—3 miesiącach takiej diety, gdy zwierzęta były przeszło dwa razy cięższe niż z początku, zakażano je gruźlicą, zastrzykując pod skórę grzbietu 5 cm. sz. zawiesiny z rozartych tkanek perlicowych w fizyologicznym roztworze soli.

Była to bezwątpienia dawka bardzo wielka, po której musiały uleść gruźlicy wszystkie zwierzęta; gdy jednak po kilku tygodniach poddawano sekcji ich zwłoki, znaleziono najcięższe i najrozleglejsze zmiany gruźlicze u zwierząt żywionych przeważnie węglowodanami [dodajmy, że w 6-u przypadkach na 10 sekcye były dokonywane przez weterynarzy, którzy nie byli zupełnie uprzedzeni o warunkach doświadczenia, mogli więc wydać sąd ściśle obiektywny]. Dla przykładu wystarczy rozpatrzyć wyniki sekcji u zwierzęcia Nr 9, tuczonego tłuszczami i zwierzęcia Nr 10, tuczonego węglowodanami. W pierwszym przypadku znaleziono liczne ogniska pneumoniczne w obydwu płucach, nacieczenia w gruczołach oskrzelowych, zserowacenie w kilku gruczołach oskrzelowych i kiszkowych, kilka drobnych zserowaciałych ognisk w śledzionie. W drugim przypadku płuca były zniszczone we wszystkich częściach przez serowate ogniska różnej wielkości; zserowacenie zajęło liczne gruczoły oskrzelowe i kiszkowe; wątroba i śledziona były usiane mniejszymi i większymi ogniskami, a w pobliżu miejsca wstrzyknięcia zaczęło rozwijać się próchnienie kręgów, które doprowadziło już do ucisku rdzenia.

Uznając, że sprawa tak ważna wymaga liczniejszych jeszcze i bardziej urozmaiconych doświadczeń, RYSZ. WEIGERT uważa się za uprawnionego do wniosków następujących, które zresztą, jak sam mówi, mają być raczej wskazówkami dla dalszych badań.

1. Tuczanie jakiegokolwiek rodzaju samo przez się nie może powstrzymać przebiegu gruźlicy.

2. Przyjęty ze względów ekonomicznych przez klasy uboższe zwyczaj żywienia się głównie węglowodanami [obok wystarczającej ilości ciał białkowych] przygotowuje dla szerzenia się gruźlicy grunt podatniejszy, niż znaczne względnie używanie tłuszczów, możliwe wśród klas zamożniejszych.

3. Przy żywieniu chorych na gruźlicę trzeba liczyć się z tą niemiłą, zastępując węglowodany pożywienia przez tłuszcz, o ile jestto możliwe bez wpadania w błąd jednostronności.

(Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 38).

J. Rzepko.

37. Ern. Oberwarth i Lidya Rabinowicz. O zakażeniu przez wchłanianie laseczników gruźlicy z przewodu pokarmowego.

Że laseczniki gruźlicy, wprowadzone *per os* do przewodu pokarmowego, mogą dostawać się do gruczołów oskrzelowych i płuc, jest to rzeczą od dawna wiadomą; nie podobna tylko dowieść, że zakażenie dróg oddechowych nie odbywa się tu zapomocą aspiracji. Wprowadzano też laseczniki gruźlicy wprost do żołądka przez laparotomię, a po niewielu godzinach można było już je znaleźć w płucach; i tu jednak mogły nastąpić wymioty i aspiracja. Autorowie po raz pierwszy wykonali przy czynnej chirurgicznej pomocy prof. BICKEL'a doświadczenie, przy którym wprowadzono laseczniki do żołądka bezpośrednio, ale po zupełnem przerwaniu komunikacji żołądka z gardzielą. Ośmiu prosiakom zrobiono przedewszystkiem gastrostomię; cztery zdechły po kilkunastu dniach z wyniszczenia, a narządy ich nie zawierały wcale laseczników gruźlicy, jak stwierdzono zapomocą szczepień na morskich świnkach. Czterem pozostałym w parę tygodni po pierwszej zrobiono drugą operację, polegającą na tem, że przełyk na szyi przecięto wpoprzek, i oba końce wszyto w skórę w pewnem oddaleniu od siebie. Jedno z tych zwierząt zdechło znowu po kilku dniach; pozostałym trojgu piątego dnia po ezofagostomii wprowadzono do żołądka przez przetokę żołądkową 1, 2—3 gr. wysuszonej 4—6-tygodniowej hodowli bulionowej gruźlicy bydłcej w fizyologicznym roztworze soli, zamknięwszy przedtem dobrze kolodyonem przetokę przelykową. Aby zwierzęta nie mogły zlizywać swoich wypróżnień, które, jak stwierdzono, zawierały długo laseczniki gruźlicy, trzymano je w zagrodach tak wąskich, że zupełnie nie mogły się ruszać, a wypróżnienia usuwano jak najczęściej ze specjalnej ryzny. Prosiakowi A trzeba było po pięciu dniach dać więcej swobody, bo bardzo osłabł; dzięki temu dożył do trzech tygodni po zakażeniu. Prosiaka B dobito chloroformem czwartego dnia po zakażeniu; prosiaka C zabito w ten sam sposób w 22 godziny po zakażeniu. Po najstaranniejszem oczyszczeniu skóry i opaleniu szczecin otwierano z początku klatkę piersiową, potem jamę brzuszną, każdy wyjęty narząd kładziono do oddzielnego wyjałowionego naczynia i następnie szukano laseczników zapomocą mikroskopu, hodowli i szczepień na morskich świnkach [w zawiesinie w fizyol. roztworze soli]. Zapomocą szczepień stwierdzono istotnie obecność laseczników gruźlicy w płucach i gruczołach kiszkowych prosiaka A, w płucach, wątrobie, nerkach i gruczołach limfatycznych przywątrobnych prosiaka B, we krwi, płucach i gruczołach kiszkowych prosiaka C; z części tych narządów udało się również wyhodować laseczniki gruźlicy, mikroskopowo natomiast nie znaleziono ich nigdzie. W każdym razie nie ulega odtąd wątpliwości, że laseczniki gruźlicy, wprowadzone do żołądka prosiaków, już po 22-u godzinach mogą przechodzić do krwi i płuc, a następnie w tkankach mogą żyć długo, nie zdradzając w niczem swej obecności, zachowując zresztą zdolność do dalszego rozwoju [przez trzy tygodnie w danem doświadczeniu]. Nie potrzeba zaznaczać, jak wielkie znaczenie mogą mieć fakty podobnego rodzaju w powstawaniu suchot płucnych u człowieka.

(Berl. klin. Woch., 1908, Nr 6).

J. Rzepko.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe dnia 27-go marca 1908 r.

I. Prof. BIERNACKI wygłasza: Spostrzeżenia doświadczalne nad laktobacylliną. W trzech doświadczeniach, wykonanych na dwu psach w ten sposób, że przez cztery dni obserwowano przemianę materji przy zwykłym pokarmie, przez następne cztery z dodatkiem po $\frac{1}{2}$ gr. laktobacylliny [w proszku] dziennie, przez ostatnie cztery znowu bez laktobacylliny. Przy podawaniu laktobacylliny zmniejszała się ilość kału, a zawartość suchej substancji wynosiła o 15%—20% mniej, również zmniejsza się zawartość azotu i tłuszczu. Laktobacyllina zatem okazywała wpływ wybitnie podniecający na przyswojenie w jelitach. Zawartość etero-siarczanów w moczu nie wykazywała określonych wahań. Prelegent robił nadto doświadczenia z kwasem mlecznym w ten sam sposób, jak z laktobacylliną. Zauważył, że przy kwasie mlecznym wzmoczenie przyswajania było znacznie słabsze [o 2.8%]. Podobnie nie identyczne działanie iz laktobacylliną było przy podawaniu mleka kwaśnego. Wzmoczenie przyswajania uważa prelegent za punkt ciężkości przy podawaniu laktobacylliny, działanie jej natomiast jest inne, niż kwasu mlecznego.

Dyskusya:

Prof. PRUS nie uważa za dostateczne badanie kontrolowe, przeprowadzone przez prelegenta. Co do samej laktobacylliny, to wszystkie prace do niej się odnoszące nie przemawiają mu do przekonania.

Prof. SIERADZKI: Badania powinny być uzupełnione doświadczeniami bakteryologicznymi. Laktobacyllina działa niewątpliwie dobrze w przypadkach większego kiśnienia w jelitach.

Prof. BECK musi wziąć w obronę prelegenta przed zarzutem prof. PRUSA co do niedokładnych badań kontrolowych; innego sposobu kontrolowania bowiem nie zna. Co do różnicy w działaniu między laktobacylliną a kwasem mlecznym, to zwraca na nią uwagę sam MIECZNIKOW. Kwas mleczny już w żołądku i dwunastnicy ulega wessaniu i może być nawet szkodliwym. Laktobacyllina działa przedewszystkiem w dolnych odcinkach, wydzielając w drobnych ilościach kwas mleczny.

Prof. BIERNACKI przypomina, że metodykę badania dostatecznie przedstawił w pracy swej nad tłuszczami. Wyjaśnia jeszcze raz swe postępowanie przy badaniach. Zaznacza, że badania bakteryologiczne już robiono, więc ich nie tykał; wreszcie podnosi, że mleko MIECZNIKOWA wydaje się być odpowiedniejszym przy biegunkach, powoduje bowiem stężenie kału.

II. Kol. NOWICKI wygłasza odczyt: „Ocena krytyczna mało dotąd znanego protokołu rozbioru zwłok króla Jana Sobieskiego.”

Prelegent poświęca na wstępie kilka słów wykonywanym w Polsce rozbiorem zwłok i celom z tem połączonym. Przytacza w krótkości opis sekcji Stefana Batorego, następnie odczytuje tłumaczenie na polskie tekstu protokołu sekcji króla Sobieskiego. Tekst przytoczony, dotąd nie ogłoszony drukiem, jest odpisem z dokumentu zakupionego na licytacji w Monachium, a będącego własnością p. BERSONA w Warszawie. Prelegent tłumaczy prawdopodobne jego pochodzenie. Technika wcale dokładna, uwzględniono prawie wszystkie narządy, jedynie ich opis pozostawia wiele do życzenia. Co do części literackiej należy podnieść przeplatanie protokołu czasem dość naiwnymi na temat znalezionych zmian referenami, jak np. na temat zauważonej suchości mózgu: „co, jeśli tak było przez naturę urządzonem, któż dziwić się będzie, że król takim blaskiem umysłu się odznaczał, że cokolwiek

mówił, mówił rozumnie, że wreszcie głowa jego mieściła ducha wyższego rzędu." Lub np. przy omawianiu całokształtu sekcyi przy końcu protokołu podnoszącego, że kilka przyczyn skojarzyło się „na zgubę króla godnego nieśmiertelności, skoro śmierć zarówno uderza w królewskie wieże, jak i lepianki nędzarzy." Naiwne jest dopatrywanie się podobieństwa w kamieniu nerkowym do tarczy, na której jest korona królewska. Sekcyę, zdaniem prelegenta, robiono na zwłokach, które poczęły ulegać gniciu. Kto ją robił, czy sami lekarze podpisani, czy też balwierze „ludzie nieuczciwi"—trudno rozstrzygnąć. Sekcyę zaczęto od narządów jamy brzusznej, potem badano narządy klatki piersiowej, na końcu zaś jamy czaszkowej. Opierając się na danych, w czasie sekcyi zauważonych, uważano za przyczynę śmierci króla schorzenie nerek, „skoro zaiste nerki zwyrodniały, surowica przestała się wydzielać z ogólnej masy krwi, w czasie i w miejscu przez naturę ustanowionem, skąd powstała dyskrazja krwi, nadmierne wezbranie surowicy, obrzęki skóry i następcza puchlina brzucha." Prelegent podnosi to stosunkowo zgodne z dzisiejszemi zapatrywaniami określenie powstawania obrzęków przy schorzeniu nerek. Opierając się na zmianach sekcyjnych i na szeregu notatek cytowanych przez siebie, a odnoszących się do życia i ostatnich chwil bohatera z pod Wiednia, prelegent przychodzi do wniosku, że król Jan III, dotknięty skazą moczanową, cierpiał na przewlekłe zapalenie nerek z następczymi obrzękami; w dniu śmierci zaś wystąpiły dwa ataki mocznicowe, uważane przez historyków mylnie za apopleksyę.

WITOLD NOWICKI.

Wiadomości bieżące.

— Wykłady z wodolecznictwa. Staraniem prezydium wydziału balneologicznego W. T. H. odbędzie się szereg wykładów z dziedziny wodolecznictwa. Pierwszy wykład „O kąpielach powietrzno-słonecznych i werandowaniu" mieć będzie kol. A. PUŁAWSKI, dyrektor zakładu w Nałęczowie dnia 25-go kwietnia r. b. Drugi wykład „O kąpielach morskich" kol. A. SOKOŁOWSKI dnia 6-go maja r. b. Trzeci wykład „O kąpielach solankowych" kol. WŁ. JANOWSKI w dniu 13-go maja r. b. Następne wykłady, których termin ostatecznie jeszcze nie ustalono, mieć będą: A. CIAĞLIŃSKI—„O kąpielach elektrycznych", kol. T. DUNIN—temat ogólny z wodolecznictwa; kol. A. ELSBERG „O kąpielach siarczanych"; kol. ED. FLATAU „O kąpielach z gorącego powietrza"; kol. J. JAWORSKI „O kąpielach błotnych"; kol. J. PRUSZYŃSKI „O wewnętrznem użyciu wód mineralnych polskich".

Wykłady odbywać się będą w sali Tow. Hyg. Początek o godz. 8-ej wieczorem. Wstęp mają i koledzy nie będący członkami W. T. H.

— Dnia 21—25 odbył się w Wiedniu Kongres międzynarodowy laryngologów i otyatrów. Delegowanym naszego Towarzystwa lekarskiego był kol. HERYNG, który miał odczyt o metodach inhalacyjnych.

— Broszura popularna kol. ŁĄGOWSKIEGO, nagrodzona na konkursie im. SOKOŁOWSKIEGO p. t. „Co to jest gruźlica [suchoty] i jak się od niej chronić należy", wyszła w tłumaczeniu rosyjskiem.

— Walne zgromadzenie Towarzystwa opieki szpitalnej nad dziećmi w Krakowie, zawiadującego szpitalikiem im. Św. Ludwika i kolonią leczniczą dla dzieci w Rabce, zamianowało profesora dra JAKUBOWSKIEGO kuratorem obu tych zakładów celem uczczenia jego 30-letniej pracy i zasług w tych instytucjach.

— Wyszedł z druku I zeszyt kwartalnika p. t. „Zeitschrift f. Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete", wydawanego przez dra FELIKSA BLUMENTHAL'a z Wiesbadenu. Współwydawcami są kierownicy klinik laryngologicznych; pomiędzy nimi figurują nazwiska prof. JURASZA i dra A. SOKOŁOWSKIEGO.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowaleckiego, Warszawa, Maszyciel

Xeroform

Środek zupełnie nietrujący, stosowany na rany jako proszek do przysypywania, posiada działanie wysuszające i odwaniające, sprzyja wytwarzaniu naskórka i nie wywiera wpływu drażniącego tak na rany, jak i na ich otoczenie. Doskonale nadaje się do opatrunków suchych, które mogą być rzadko zmieniane. Posiada działanie swoiste w eczema madidans, ulcus cruris i combustiones.

Creosotal

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

Salit

plynny związek salicylowy. Tani środek usmierzający ból, stosowany na zewnątrz w chorobach pochodzenia goścowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stanie nierozcięzionym. Nie wywiera wpływu ubocznego na narządy wewnętrzne.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzone na Wystawie Lwowskiej medalem złotym
wszelkie



1) Iniekcje Subcutaneae
Sterelizatae

w opatentowanych ampułkach

2) Opatrunki wyjałowione
przy temperaturze 125° i 2-ch atmosferach
ciśnienia pary przepływowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700

próby gratis i franco



Zakład

parowy JANA ZAWADZKIEGO

Dezynfekcyjny

za rogatką Mokotowską, ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08

Zarząd przy Aptece Mokotowska 43, telef. 2700.

ENESOL

Arsenian salicylowy rtęci (nowa sól arsenowo-rtęciowa, rozpuszczalna, odpowiednia do wstrzykiwań)

Własności Enesolu

1-o Własności trujące nadzwyczaj słabe (70 razy słabsze niż własności trujące $HgCl_2$), które pozwalają przepisywać rtęć i arsenik w dużych dawkach bez ogólnych objawów nietolerancji.

2-o ENESOL jest niebolesny przy wstrzykiwaniu: wstrzykiwania nawet w dużych dawkach są bardzo dobrze znoszone.

3-o Działanie lecznicze ENESOLU może być porównane z najlepszymi rozpuszczalnymi solami rtęciowymi. Łączy w sobie specyficzne działanie rtęci z działaniem dynamicznym arseniku.

ENESOL wydaje się w bańkach 2 cm^3 , zawierających 0,03 Enezolu na 1 cm^3 (0,06 na bańkę).

Laboratoryum Clin

F. COMAR & FILS & Cie, 20 ulica des Fossés S-t. Jacques, Paris.

Sprzedaż we wszystkich aptekach w Warszawie i Królestwa Polskiego.

Pozwolenie Nr. 7338.

Membroid Santal Savaresse



Jedynie kapsułki z błony zwierzęcej, zabezpieczającej je od pęknięcia w żołądku. Olejek wydziela się dopiero w jelitach. Chory nie odczuwa odbijań i mdłości - niema odrazy do leczenia. Zaburzenia w trawieniu wyłączone.

Olejek jest bezwzględnie czysty, destylowany w Anglii w laboratoryum

Evans Sons Lescher Webb
L-tđ, Londyn Liverpool &
New-Jork

Kapsułki Savaresse'a mieszczą się w pudełkach cynowych po 24 szt.; w każdej kapsułce znajduje się po 10 kropeł olejku santalowego.