

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. RYSZARD HERTZ i STEFAN STERLING, O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej. Str. 1101. II. STANISŁAW CYKOWSKI, Kleszcze porodowe wysokie. (Dalszy ciąg). Str. 1110. *Dział sprawozdawczy.* 183. SCHMIDT, Obraz krwi we wolu i jego zmiany pod wpływem podawania przetworów jodu i z gruczołu tarczowego. Str. 1117. 184. GEORGOPULOS, O stosunku gruczołu przytarczowego do układu chromochłonnego. Str. 1118. 185. RUMPF, O obecności we krwi laseczników gruźlicy. Str. 1119. 186. WERTHEIMER, Badania nad czynnością soku trzustkowego. Str. 1130. 187. ARNOLDI, Wahania zawartości chloru w surowicy krwi wobec zaburzeń w wydzielaniu żołądka. Str. 1121. 188. HECHT, O dyetetycznym leczeniu chorobowo podniesionego ciśnienia krwi. Str. 1121. *Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.* Posiedzenie naukowe 12-go stycznia 1912 r. Str. 1122. *Wiadomości bieżące.* Str. 1124. Nadesłano do Redakcyi. Str. 1126. *Ogłoszenia.*

## I. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej.

Podali

Ryszard Hertz i Stefan Sterling.

### I. Wstęp. — Rys historyczny.

W r. 1900 na Zjeździe lekarzy niemieckich w Wiesbaden'ie MINKOWSKI (116) po raz pierwszy zwrócił uwagę na istnienie specjalnej postaci żółtaczki wrodzonej i dziedzicznej, cechującej się dużym obrzmieniem śledziony, obecnością urobiliny w moczu i normalnem zabarwieniem kału. Spostrzeżenie MINKOWSKIEGO dotyczyło chorego, w którego rodzinie żółtaczka była zjawiskiem dość częstym, gdyż występowała w ciągu dwu starszych pokoleń i to u ośmiu osobników. Nikt w rodzinie obarczonej żółtaczka nie przypisywał jej jednakże żadnego znaczenia, ponieważ wszyscy w rodzinie czuli się dobrze i żyli długo. Matka i dwie ciotki chorego, aczkolwiek miały żółtaczkę, doczekały się późnej starości i zmarły pomiędzy 70-ym a 80-ym rokiem życia.

MINKOWSKI widział chorego dwukrotnie, a mianowicie po raz wtóry, kiedy chory zapadł na obustronne zapalenie płuc, wskutek którego zmarł.

Przy badaniu pośmiertnem, poza zmianami charakterystycznymi w płucach, znaleziono wątrobę o nieco brunatnawem, ale nie żółtaczkowym zabarwieniu, drogi żółciowe zarówno makroskopowo, jak i mikroskopowo—normalne i drożne; w pęcherzyku żółciowym znaleziono kamień. Zawartość kiszek obfitowała w żółć. W nerkach, które już makropo-

wo wykazywały brunatne zabarwienie substancji korowej, znaleziono w nabłonkach kanalików krętych złogi ziarnistego brunatnego barwika, dającego wyraźny odczyn na żelazo; wogóle nerki obfitowały w znaczną ilość żelaza i z popiołu jednej MINKOWSKI wydobyl 0,5 grm. tego metalu. Śledziona była znacznie powiększona, wagi przeszło 1 kgl.; złogów żelaza w śledzionie nie wykryto.

Co się tyczy istoty cierpienia, to MINKOWSKI wyraził przypuszczenie, że polega ono na zaburzeniu w przetwarzaniu barwików krwi, które autor uzależniał od pierwotnego cierpienia śledziony.

Przypadki MINKOWSKIEGO pod wielu względami zbliżone były do opisanych już poprzednio (1898 r.) przez HAYEM'a (77) 4-ch przypadków chronicznej żółtaczki, które autor ten pierwotnie sprowadzał do stanu zapalnego dróg żółciowych, a następnie starał się uzależnić od syfilisu dziedzicznego.

Zaznaczamy tu zaraz, że w dwu z pośród nich, niedawno powtórnie badanych przez HAYEM'a (78) i VAQUEZ'a (183), stwierdzono wszelkie objawy, cechujące żółtaczkę hemolityczną.

A. PICK (127), który spostrzegł 3 przypadki żółtaczki hemolitycznej, przebiegające bez powiększenia śledziony, skłaniał się raczej ku przypuszczeniu, że przyczynę cierpienia stanowi niedomoga wrodzona wątroby lub też, być może, nieprawidłowa komunikacja wrodzona pomiędzy drogami żółciowymi a chłonnymi, przez które barwiki żółciowe mogą się przedostać do obiegu krwi.

Z innego punktu widzenia ujmował te przypadki BETTMANN (9). Autor ten spostrzegł jeden odosobniony przypadek żółtaczki, trwający od dzieciństwa u osobnika, pochodzącego z zupełnie zdrowej rodziny, u którego niekiedy zjawiały się nasilenia tej żółtaczki, poprzedzane zazwyczaj dreszczami i bólami w brzuchu i kończynach. Nasilenia te występowały po obfitem przyjmowaniu pokarmów, po zdenerwowaniu się i wzruszeniu, po fizycznym wysiłku, a przedewszystkiem pod wpływem zimna. Chory sam zaznaczał, że zazwyczaj w zimie bywał bardziej żółty, a wtedy mocz stawał się ciemniejszy i niekiedy zawierał sporo barwika krwi.

Przypadek ten, pod wielu względami zbliżony do przypadków hemoglobinuryi okresowej, autor porównywa do tegoż cierpienia i sądzi, że i tu ma miejsce jakaś właściwość krwi, która od czasu do czasu prowadzi do przejścia większych ilości hemoglobiny do surowicy, przyczem właściwość tę ustrój zwalcza, tak że do hemoglobinuryi nie dochodzi. B. zastosował u chorego kąpiel na ręce w wodzie lodowej i po 10-iu minutach spostrzegł hemoglobinemię i białko w moczu, jak przy napadach poronnych hemoglobinuryi okresowej. Dokonane kilkakrotnie badanie krwi wykazało zmniejszoną odporność czerwonych krwinek na bodźce mechaniczne, lecz zupełnie normalną względem hipotonicznych rozczynów soli kuchennej. Natomiast surowica chorego posiadała właściwość rozpuszczania czerwonych krwinek innych osobników.

Również KRANNHALS (95), który spostrzegł trzy przypadki żółtaczki dziedzicznej (w trzech pokoleniach), skłaniał się ku przypuszczeniom MINKOWSKIEGO i dopatrywał przyczyny choroby w zmianach krwi, która, zdaniem autora, posiada właściwość nadmiernego oddawania hemoglobiny do surowicy. Chociaż autor ten nie dokonał odpowiednich doświadczeń, któreby mu pozwoliły na niezbite potwierdzenie tego przypuszczenia, opierał się jednak na fakcie, iż surowica krwi zbieranej w rurki włoskowate u powyższych trzech chorych wykazywała po pewnym przeciągu czasu wyraźne zabarwienie na kolor różowy, czego nie spotykał we krwi, użytej do kontroli, a wziętej od osobników, cierpiących na inne rodzaje żółtaczki. Pozatem krew wymienionych chorych wykazywała w znacznym stopniu objawy niedokrwistości (w jednym przypadku liczba czerwonych krążków wynosiła zaledwie 1000000), a na preparatach barwionych spostrzegano wybitną anizocytotę i polichromatofilję.

Pogląd, wyrażony przez MINKOWSKIEGO, BETTMANN'a i KRANNHALSA w formie przypuszczenia, nabrał cech prawdy naukowej dopiero dzięki całemu szeregowi prac ze szkoły CHAUFFARD'a i WIDALA.

W r. 1907 CHAUFFARD (26) ustalił poraz pierwszy, że istota omawianych tutaj żółtaczek polega na wzmożonym rozpadzie czerwonych ciałek krwi. Badając działanie hipotonicznych roztworów soli kuchennej na krew odnośnych chorych, autor ten stwierdził zmniejszoną odporność czerwonych krwinek względem tych roztworów i w ten sposób ustalił moment klinicznie decydujący w różniczkowym rozpoznawaniu żółtaczki hemolitycznej i zastoinowej. Jednocześnie CHAUFFARD zauważył, że krew takich chorych zawiera krwinki o nierównomiernej wielkości z wybitną przewagą mikrocytów, których obecnością tłómaczył sobie zwiększoną łamliwość krwi. Wreszcie wraz z FIESSINGER'em (27) zwrócił uwagę na obfitość czerwonych krążków krwi z barwiącą się za życia ziarnistością, których obecność miała być trzecim, stałym i pewnym objawem żółtaczki hemolitycznej w odróżnieniu od żółtaczki zastoinowej.

Spostrzeżenia CHAUFFARD'a zostały wkrótce potwierdzone przez WIDALA (169, 170 i nast.) oraz jego uczniów, którzy, idąc śladem tych badań, ustalili, że czerwone krwinki chorych, dotkniętych żółtaczką hemolityczną, są bardziej łamliwe, czyli łatwiej niż krwinki ludzi zdrowych ulegają hemolizie nie tylko od działania hipotonicznych roztworów soli kuchennej, ale również od działania surowicy ludzi zdrowych, względnie surowicy królików, uodpornionych względem krwi ludzkiej. Na podstawie swych badań autorzy doszli do wniosku, że sprawy hemolityczne, jakie zachodzą w ustroju ludzi, dotkniętych żółtaczką hemolityczną, zależne są tylko od zmniejszonej odporności czerwonych krwinek; ani surowica, ani osocze tych osobników nie posiadają własności rozpuszczania krwinek własnych ani cudzych (brak auto- i izolizyn), a przeciwnie osocze posiada nawet własności do pewnego stopnia ochronne. Ten ostatni wniosek wynikał z faktu, że odporność krwi, stale zmniejszona w przebiegu żółtaczki hemolitycznej wrodzonej, wykazywała przy badaniu większą jeszcze łamli-

wość, o ile zamiast krwi całkowitej użyto do badania krwi bezosocznej i trzykrotnie przemytej (o czem poniżej).

Te same właściwości krwi autorzy spostrzegali nie tylko w przypadkach żółtaczki hemolitycznej wrodzonej, ale również w kilku przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej w wieku późniejszym, i na podstawie swych spostrzeżeń wyodrębnili trzy postaci żółtaczki hemolitycznej, a mianowicie: po pierwsze — przypadki takie, w których odporność krwi, zarówno całkowitej, jak i bezosocznej, jest w jednokowym stopniu zmniejszona; po drugie — przypadki, w których odporność krwi całkowitej jest niższa od normy, a bezosocznej jeszcze niższa, niż krwi całkowitej, i po trzecie — takie przypadki, w których krew całkowita żadnych uchyień od normy nie przedstawia, natomiast krwinki bezosoczne wykazują zwiększoną łamliwość.

Według danych powyższych autorów, zwiększona łamliwość czyli zmniejszona odporność czerwonych ciałek krwi stanowi główne kryterium rozpoznawcze żółtaczki hemolitycznej, zarówno wrodzonej, jak i nabytej, w przeciwstawieniu do żółtaczek natury zastoinowej, w których przebiegu odporność krwi bywa często zwiększona.

Należy przytem zauważyć, że w przebiegu żółtaczki hemolitycznej nabytej łamliwość czerwonych krążków krwi nie sięga nigdy tak wysokiego stopnia, jak w przebiegu żółtaczki hemolitycznej wrodzonej; o ile w przebiegu żółtaczki hemolitycznej wrodzonej hemoliza krwi całkowitej rozpoczyna się niekiedy w roztworze soli kuchennej 0.76%-ym, a krwi bezosocznej i trzykrotnie przemytej nawet już w 0.84%-ym roztworze soli (ABRAMI) (1), o tyle w przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej rzadko kiedy spostrzegamy liczby wyższe ponad 60—70.

Natomiast stopień niedokrwistości zazwyczaj bywa wybitniejszy w przebiegu żółtaczek hemolitycznych nabytych, niż w przebiegu żółtaczek hemolitycznych wrodzonych.

Zachodzą również różnice w liczbie czerwonych krwinek z barwiącą się za życia ziarnistością, których liczba bywa znacznie większa w przebiegu żółtaczek hemolitycznych nabytych niż wrodzonych.

WIDAL, ABRAMI i BRULÉ (174) zwrócili uwagę na jeden jeszcze objaw, cechujący jakoby specjalnie postać nabytą żółtaczki hemolitycznej w odróżnieniu od wrodzonej, a mianowicie na auto-aglutynację krwinek. Objaw ten, występujący po dodaniu na szkiełku zegarkowem jednej kropli przemytych krwinek do dziesięciu kropel surowicy tegoż osobnika, polega na zlepianiu się ciałek pod postacią drobniutek, widocznych gołym okiem ziarenek, opadających na dno szkiełka w postaci „tłuczonej cegły“.

Wzmiankowani autorzy spostrzegali ten objaw w czterech przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej, natomiast nie widywali go nigdy w przypadkach żółtaczki hemolitycznej wrodzonej.

Penieważ jednak, jak dotychczas, skontrolowano objaw ten zaledwie w kilkudziesięciu przypadkach innych cierpień, nie mających z omawia-

klinicznym, zależnie od przyczyn, które ją wywołały. Niekiedy przyjmuje ona przebieg ostry, mijając po kilku dniach lub tygodniach, niekiedy jednak przechodzi w stan przewlekły, trwający lata całe. Niedokrwistość, nie wywierająca żadnych wpływów ujemnych u ludzi dotkniętych żółtaczką hemolityczną wrodzoną, może tu sięgać bardzo znacznych stopnia i dawać obraz niedokrwistości złośliwej; krew takich chorych jest w ciągłej nierównowadze i samo cierpienie ulega w swym rozwoju bezustannym zmianom na lepsze lub na gorsze. Wreszcie dla odróżnienia obydwu typów żółtaczki, wzmiankowani autorzy przytaczają jeszcze ten fakt, że żółtaczka nabyta, nawet w najcięższej i najbardziej przewlekłej postaci, może zniknąć zupełnie, podczas gdy żółtaczka wrodzona trwa przez całe życie osobnika nią obdarzonego i nie daje się wyliczyć.

Wyluszczone poglądy autorów francuskich ulega jednak, na podstawie zebranego po dzień dzisiejszy materiału klinicznego, pewnej dyskusji. Musimy się jednak zastrzedz, że w wywodach poniższych będziemy rozważać tylko przewlekłe formy żółtaczki hemolitycznej, a nie będziemy poruszać tu wcale takich przypadków, w których zespół objawów, właściwy żółtaczkom hemolitycznym, występuje jako objaw wtórny, najczęściej w przebiegu zakażeń ostrych. A więc w przypadkach żółtaczki wrodzonej i dziedzicznej, opisanych przez BENJAMINA i SLUKĘ (7) oraz ASCHENHEIM'a (3), sprawa niedokrwistości nie była dla chorego tak obojętną jak przypuszczają autorzy francuscy.

W przypadku BENJAMINA i SLUKI obraz krwi przypominał zupełnie obraz, spostrzegany w niedokrwistości złośliwej, a mianowicie: wskaźnik barwienia = 1,2; liczba megaloblastów sięgała 200 w 1 mm. sz., a na preparatach znajdowano aż 7% myelocytów. Toż samo obserwowano w przypadku ASCHENHEIM'a, w którym znajdowano 10% erytroblastów i 5% myelocytów; również w przypadku KRANNHALSA liczba czerwonych ciałek spadła do 1000000 w 1 mm. sz. Wątpliwem jest zatem, aby tak wybitne zmiany w układzie krwionośnym mogły przejść niepostrzeżenie dla ogólnego stanu zdrowia, toteż chorzy ci cierpieli na cały szereg dolegliwości, które omówimy w specjalnym dziale symptomatologii. Tu tylko jeszcze podkreślić należy, że liczby powyższe, notowane przez BENJAMINA i SLUKĘ, dotyczą chorych, u których żółtaczka wrodzona odziedziczona była od trzeciego pokolenia, — wynikałoby więc z tego, że w pokoleniach następnych objawy się wzmagają, na co też słusznie zwracają uwagę BENJAMIN i SLUKA.

Zaznaczyć też wypada, że chorzy, opisywani przez autorów, badani bywają przez krótki stosunkowo przeciąg czasu i że dane, otrzymane z badania krwi, dotyczą właśnie owego cięższego okresu choroby, w którym chorzy zwracają się do lekarza; możliwem więc jest, że w przypadkach żółtaczki hemolitycznej, zarówno wrodzonej, jak i nabytej, zupełnie samoistnie następują od czasu do czasu poprawy stanu zdrowia lub też nasilenia żółtaczki, o których chorzy nawet bardzo często wspominają.

Z tego też punktu widzenia należałoby może pojmować opisywane przez WIDALĄ (177) „wyzdrowienia“ w żółtaczkach hemolitycznych nabytych, co, zdaniem tego autora, stanowić ma cechę, właściwą postaciom nabytym w odróżnieniu od wrodzonych; chociaż WIDAL obserwował poprawę tę w przeciągu 8-u miesięcy, nie jest bynajmniej wykluczonym, że po pewnym okresie może nastąpić nowy nawrót, co sam autor zresztą przypuszcza, i co rzeczywiście nastąpiło, jak to wynika z ostatniego komunikatu WIDALĄ (181). Zresztą przypadek taki, w którym po kilku miesiącach zupełnej poprawy, wszystkie właściwe żółtacze hemolitycznej objawy wystąpiły ponownie, opisali w ostatnich czasach LABBÉ i BITH (97).

Zdaniem naszym, wszelkie objawy, którymi kierowali się autorzy dla utrzymania podziału żółtaczek hemolitycznych na wrodzone, występujące, zdaniem ich, niekiedy jako cierpienie rodzinne, i nabyte, zjawiające się w późniejszych okresach życia — nie są w żadnym kierunku tak charakterystyczne, aby dozwalały rzeczywiście na podział tego rodzaju.

Nie chcielibyśmy również przywiązywać tak dużego znaczenia do chwili, w której objawy żółtaczki występują, a to z tego względu, że w niektórych przypadkach (HAYEM, CHALIER, (25) żółtaczka, występująca u kilku członków rodziny, u jednych zjawiała się od samego urodzenia, u innych występowała dopiero w wieku późniejszym. Trudno zaś przypuścić, aby w powyższych przypadkach żółtaczki rodzinnej należało się doszukiwać różnych przyczyn,—raczej przyjąć należy, że właściwa wszystkim członkom rodziny, dotkniętym żółtaczką, zmiana ustroju pod wpływem różnych bodźców w różnych dla każdego osobnika chwilach życia doprowadzić może do żółtaczki. Zresztą dane, dotyczące chwili występowania żółtaczki, trzeba brać z zastrzeżeniem, ponieważ w opisywanych przypadkach badano osoby starsze, które same nieraz nie sięgają pamięcią w czasy dzieciństwa, a rodzina również niezawsze dostarcza wskazówek pewnych; nie wolno też zapominać, iż występujący często *icterus neonatorum*, może matkę dziecka doprowadzić do mylnych wniosków, że żółtaczka wystąpiła od urodzenia — w takich przypadkach, w których żółtaczka ta minęła i dopiero później wystąpiła w tej formie, jaką tu opisujemy.

Nie dzielimy również poglądu CLAUS'a i KALBERLAHA (37), którzy, zestawiając wszystkie przed nimi (to jest do r. 1906) ogłoszone przypadki żółtaczki hemolitycznej, wskazują na fakt, że w przebiegu żółtaczek hemolitycznych nabytych wątroba znacznie częściej bywa powiększona, niż w przypadkach żółtaczki hemolitycznej wrodzonej. Pomijając, że objaw ten jest zupełnie niestały (STEJSKAŁ (152—3) niedawno ogłosił dwa przypadki żółtaczki hemolitycznej nabytej bez powiększenia wątroby), pragniemy tu jedynie podkreślić błąd zasadniczy tych spostrzeżeń, a mianowicie ten, że obejmują one wszystkie przypadki żółtaczki chronicznej, ogłoszone przez GILBERT'a (59 i nast.) i jego uczniów, zarówno jak przypadek WIDALĄ i RAVAUT'a (168) z r. 1902, których-to przypadków,

zdaniem autorów francuskich, nie należy utożsamiać z przypadkami żółtaczki hemolitycznej, z tą bowiem nie mają one nic wspólnego.

WIDAL miał możność niedawno temu ponownie zbadać tego chorego i nie znalazłszy u niego, zarówno jak w trzech innych przypadkach analogicznych, zmniejszonej odporności czerwonych krwinek, przyszedł do wniosku, że pośród żółtaczek acholurycznych, zarówno wrodzonych jak nabytych, należy odróżniać dwie postaci: jedną wywołaną przez hemolizę, drugą — przynależną do grupy chorób wątroby, które GILBERT objął mianem *cholemii*.

Do tego samego wniosku, t. j., że choleмии nie należy włączać do grupy żółtaczek hemolitycznych, przyszedł również CHAUFFARD. Zdaniem tego autora, pomimo wielu cech wspólnych z żółtaczką hemolityczną, cholemia posiada właściwy jej obraz anatomiczno-kliniczny. Różnicę pomiędzy obydwoma cierpieniami ustalić można przez badanie krwi, która w przypadkach choleмии wykazuje zarówno normalną łamliwość krwinek, jak normalną liczbę czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością.

Chcąc dać czytelnikowi choć luźne pojęcie o tem, co GILBERT nazywa *cholemią*, pozwolimy sobie poniżej przytoczyć niektóre poglądy tego autora.

„W większości przypadków zwykłej żółtaczki przewlekłej trudno, a nawet niemożliwe ustalić przyczynę choroby. Większość chorych zaznacza, że żółtaczka lub też nieznaczny stan podżółtaczkowy trwa od urodzenia i od tego czasu pozostaje niezmiennym lub też stale się wzmacnia. Rzadziej żółtaczka zostaje nabytą w wieku późniejszym i występuje bądź jako cierpienie samoistne pod postacią żółtaczki kataralnej, bądź też w związku z jakimś innym cierpieniem ostrem, jak influenza, dur brzuszny etc. Badając takich chorych dokładniej, udaje nam się jednakże ustalić, u nich samych lub w rodzeństwie, skłonność dziedziczną do schorzeń dróg żółciowych. Pomijając objawy kardynalne, jak żółtaczka, różnego rodzaju zabarwienia skóry, powiększenie wątroby lub śledziony, pamiętać należy, że i objawy drugorzędne, bole wątrobowe, swędzenie skóry, objawy dyspepsji żołądkowej lub kiszkowej, zwolnienie tętna, skłonność do krwotoków, bole głowy, senność, rozstrój nerwowy (*hysteroneurasthenia*), skierować winny uważnego badacza na myśl o ukrytej choleмии (*signes révélateurs de la cholémie latente*)“.

Autor przywiązuje dużą wagę do badań surowicy krwi na obecność barwików żółciowych i sądzi, że brak charakterystycznego zabarwienia skóry w niektórych przypadkach choleмии zależny jest tylko od niedostatecznej ich ilości w obiegu krwi. Co się tyczy istoty tego cierpienia, to polega ono, zdaniem autora, nie na hemolizie, lecz na udzielającym się dziedzicznie, specjalnem usposobieniu dróg żółciowych do zakażeń, które GILBERT uzależnia od zmian w czynności życiowej (*activité vitale*) komórek wątrobowych. Ta wrodzona skłonność do zakażeń stanowi o „skazie żółciowej“ i tłumaczy nam łączność, jaka zachodzi pomiędzy niektó-

remi cierpieniami wątroby, specjalnie pomiędzy cholemią a kamicią. Szereg objawów, które zazwyczaj uzależniamy od kamicy, jak oto: cera żółtaczkowa poza obrębem napadów kolki, skargi dyspeptyczne, skłonność do wynaczynień i krwotoków, objawy neurasteniczne i t. d., autor tłumaczy istnieniem cholemi.

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych, to we wszystkich, co prawda, nielicznych, przypadkach sekcyjnych cholemi stwierdzano zawsze istnienie zmian zapalnych w obrębie dróg żółciowych, których-to zmian nie widywano nigdy w przypadkach żółtaczki hemolitycznej. W żółtaczce hemolitycznej zmiany wybitniejsze dotyczą szpiku kostnego i śledziony.

[D. c. n.].

## II. Kleszcze porodowe wysokie.

Podał

**Stanisław Cykowski,**

były ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

(Podług odczytu, wygłoszonego na XI Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w roku 1911).

(Dalszy ciąg. — Patrz № 39).

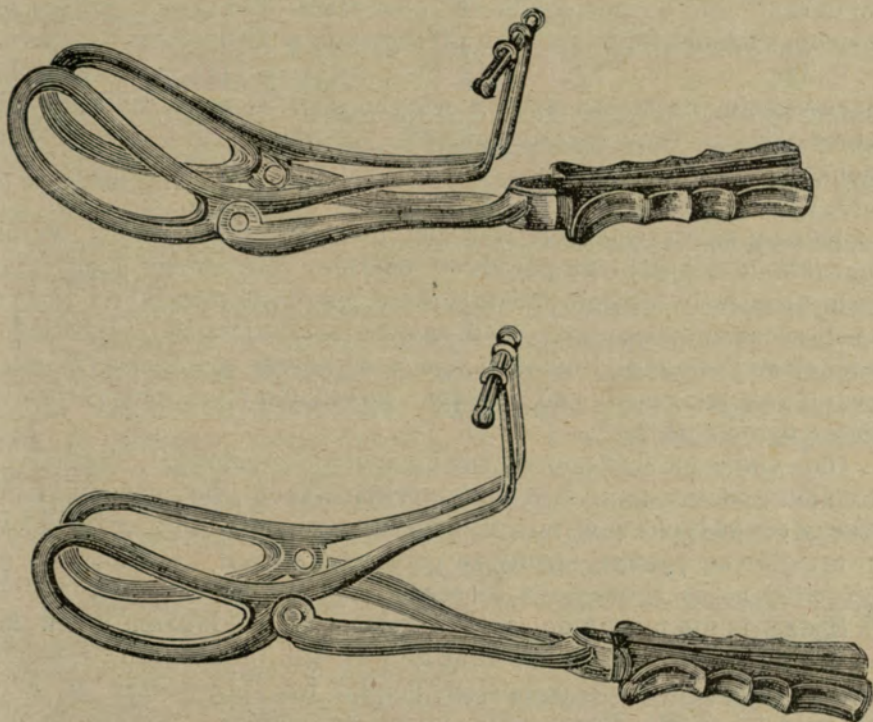
Drugi model kleszczy osiowych stanowią kleszcze BREUSS'a. W kleszczach tych, jak wiemy, każda łyżka jest przerwana stawem płytkowym, tuż poniżej okienka łyżki, w tym celu, by stworzyć ruchomość w kierunku strzałkowym.

Staw płytkowy dzieli każdą łyżkę na dwa odcinki: odcinek górny tworzy część łyżki obejmującą główkę, dolny zaś przedstawia szyjkę łyżki, zamek i rękojeść. Wspomniany staw pozwala na zmianę ustawienia górnego odcinka kleszczy względem dolnego w zakresie 135°. Do łyżek dodane są specjalne pręty, które zapewniają równoległe ustawienie łyżek. Do pociągania w kleszczach BREUSS'a służą rękojeści. Im więcej podczas pociągania wspomniane specjalne pręty odbiegają od rękojeści, tem mniejszem się staje wygięcie miednicowe w kleszczach. (rys. 3-i i 4-y str. 1111).

W zasadzie kleszcze BREUSS'a mają tę wyższość nad kleszczami TARNIER'a, że główka przez nie uchwycona może swobodnie dokonać zwrotu wśród łyżek, albowiem nie ugniatają one główki więcej, niż kleszcze zwykłe. Obecność zaś na każdej łyżce stawu płytkowego sprawia, iż różnica między kierunkiem pociągania a osią miednicową jest natych-



miast korygowana przez ruchy, w owym stawie wytwarzane, tak iż główka może obniżać się w tym tylko kierunku, jaki jej zakreśla kanał miednicowy.



Rysunek 3-i i 4-y.

Nakładanie kleszczy wysokich odbywa się w następujący sposób:

Kleszcze o budowie zwykłej nakłada się albo w wymiarze poprzecznym miednicy, albo w ukośnym, przeciwnym temu, w którym przebiega szew strzałkowy.

Jeśli przypomnimy sobie, iż już podczas pierwszego pociągnięcia kleszczy, ukośnie nałożone, przemieszczają się prawie stale w wymiar poprzeczny miednicy, to zgodzić się musimy, iż w rzeczywistości zwykle kleszcze wysokie są nakładane zazwyczaj tylko w wymiarze poprzecznym miednicy.

Jeśli główkę, wysoko stojącą, uchwycono w wymiarze czołowo-potylicowym i przeprowadzono przez wejście miednicowe, to objęta łyżkami kleszczy zwykłych główka nie mogła dokonać zwrotu i wchodzi do próżni miednicowej szwem strzałkowym znowu w wymiarze poprzecznym miednicy; toteż musimy teraz łyżki otworzyć, zdjąć i na nowo nałożyć tak, aby zwrot główki mógł się dokonać.

Łyżki kleszczy TARNIER'a i BREUSS'a nakłada się zasadniczo również w wymiarze poprzecznym miednicy.

Skoro kleszczami osiowemi przeprowadziliśmy główkę do próżni miednicowej, wtedy albo zdejmujemy kleszcze osiowe i nakładamy kleszcze zwykłe, albo zmieniamy kleszcze osiowe na zwykłe przez usunięcie przyrządu do pociągania w kleszczach TARNIER'a, czy też przez zniesienie ruchomości w stawach płytkowych w kleszczach BREUSS'a.

Podana technika nakładania kleszczy wysokich, w powszechnem będąca użyciu, nastęrcza szereg wątpliwości, które zaznaczyć należy, a które wikłają całą sprawę kleszczy wysokich — i bez tego bardzo złożoną.

A więc:

Jednym z najczęstszych wskazań do nałożenia kleszczy wysokich są powikłania w przebiegu porodu w miednicy ścieśnionej; kiedy główkę możemy znaleźć w wejściu miednicowym, szew zaś strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy. Jeśli zastosujemy kleszcze wysokie, o tej czy innej modyfikacji, i nałożymy je w wymiarze poprzecznym miednicy, czyli tak jak zasadniczo postąpić powinniśmy, to przypatrzmy się, jakie są tego skutki?

Omawiając „nizkie poprzeczne ustawienie się główki“, JORDAN i DOBROWOLSKI podkreślają, iż w takich przypadkach „nie możemy nałożyć kleszczy (zwykłych) w wymiarze poprzecznym miednicy, gdyż chwycilibyśmy główkę z jednej strony za potylicę, z drugiej za twarz, co naraziłoby płód na uszkodzenie, a kleszcze łatwo by się ześlizgnęły“.

Sądzę, iż nie można dobitniej skrytykować nakładania łyżek kleszczowych na przednio-tylny wymiar główki, niż to uczynili wspomniani autorowie, i w zupełności podzielam pogląd ich, przenosząc go w całej rozciągłości i na główkę wysoko stojącą ze szwem strzałkowym w wymiarze poprzecznym miednicy, gdzie warunki nakładania kleszczy będą oczywiście jeszcze trudniejsze i gdzie o ześlizgnięcie się kleszczy tem łatwiej.

Wprawdzie na wysoko stojącą główkę nakładamy kleszcze o łyżkach stosunkowo dość długich, lecz to bynajmniej nie zabezpiecza przed zesuwaniem się łyżek: powikłanie to zależy nie od tej lub innej długości łyżek, lecz tylko od tego, iż obejmujemy niemi główkę atypowo, zupełnie niepomysłnie.

Na miejscu tem przypomnieć muszę, iż przed niebezpieczeństwem chwytania wysoko stojącej główki kleszczami w jej wymiarze przednio-tylnym przestrzegał i RUNDO w pracy swej, ogłoszonej w roku 1896.

Uprzytomnijmy sobie teraz, jakim uszkodzeniem podlega płód, uchwycony za główkę w jej wymiarze przednio-tylnym.

FENOMENOW słusznie podkreśla, iż w tych przypadkach nastąpić może przedewszystkiem pęknięcie naczyń czaszkowych płodu z wynikiem śmiertelnym; dalej przypomnieć należy pęknięcia, załamania i złamania kości czaszki czy twarzy, jakie bardzo łatwo powstać mogą wskutek nadmiernego ucisku ze strony łyżek; w ten sposób powstać może np. złamanie oczodołu z następczem *exophthalmus*.

Powyższe dane wystarczą, by przekonać się, iż ujmowanie wysoko stojącej główki kleszczami w jej wymiarze przednio-tylnym stanowczo nie może zadowolić akuszera, obowiązane go zawsze pamiętać o dewizie—*„primum non nocere“*.

Jak tedy nakładać kleszcze na wysoko stojącą główkę, aby uniknąć omówionych uszkodzeń płodu?

FENOMENOW żąda kategorycznie, aby kleszcze osiowe nakładano stanowczo na poprzeczny wymiar główki, a więc, kiedy należy—w wymiarze prostym miednicy. Również i PINARD,<sup>1)</sup> stosując kleszcze TARNIER'a w wejściu miednicowym, wobec znajdowania się szwu strzałkowego w wymiarze poprzecznym miednicy, stale nakłada je w wymiarze prostym miednicy.

Tymczasem BUDIN nakłada kleszcze TARNIER'a w wejściu miednicowym wyłącznie w wymiarze skośnym miednicy, BREUSS zaś, mówiąc o stosowaniu swoich kleszczy na wysoko stojącą główkę i dając odpowiednie wskazówki, stwierdza w nich, iż ani mu przez myśl nie przeszło nakładać kleszcze swoje inaczej, aniżeli w wymiarze poprzecznym miednicy.

BUMM, zwolennik kleszczy TARNIER'a, również zaleca nakładać je zawsze w wymiarze poprzecznym miednicy, bez względu na to, w jakim wymiarze miedniczym znajduje się szew strzałkowy.

BRAUN, omawiając sposób nakładania zarówno kleszczy TARNIER'a, jak i kleszczy BREUSS'a, zaznacza, iż kleszcze te należy nakładać stale w wymiarze poprzecznym miednicy.

SKUTSCH, omawiając nakładanie kleszczy na główkę, znajdującą się już nawet w próżni miednicowej, przy jej „nizkiem poprzecznym“ ustawieniu się, nazywa wprost niepodobieństwem uchwycenie główki w wymiarze prostym miednicy: znaczne wygięcie miednicowe czyni takie nałożenie kleszczy niewykonalnym.

Natomiast, zdaniem Skutsch'a, możnaby tu nałożyć kleszcze i w wymiarze prostym miednicy, lecz jedynie kleszcze krótkie, a przede wszystkim — pozbawione wygięcia miednicowego. Oczywiście wszystko powyższe zastosować możemy tem bardziej i do wysoko stojącej główki.

Istotnie też nie sposób nie zgodzić się, iż obecność krzywizny miednicowej stanowczo w dużej mierze utrudnia posiłkowanie się kleszczami, wspomnianą krzywiznę posiadającymi, w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z wysoko stojącą główką i szwem strzałkowym w wymiarze poprzecznym miednicy.

Jak wykazałem, poglądy różnych autorów nawet odnośnie samej techniki wysokiego nakładania kleszczy osiowych są nader odmienne; lecz z drugiej strony nie sposób przemilczeć, iż nie brak autorów, którzy

---

1) Patrz pracę KRIWSKIEGO.

wogóle kwestyonują rację bytu kleszczy osiowych. SOŁOWJ np. nie waha się wprost oświadczyć, iż „używanie kleszczy osiowych jest całkiem zbyteczne“, gdyż dla wydobywania wysoko ustawionej główki zupełnie wystarczą zwykle kleszcze o długich ramionach, lecz, jak już wiemy, o niezbyt silnem wygięciu miednicowem.

Tak przedstawia się sprawa wysokiego nakładania zarówno zwykłych kleszczy krzywych, jak i osiowych. Przyznać musimy, iż panuje tu jeszcze wielki chaos, toteż za zakończoną sprawą tej uznać nie można.

\* \* \*

Osobiście na wysoko stojącą główkę nakładam stale kleszcze ŁAZAREWICZA, w modyfikacyi FIEDOROWA, posiadające łyżki nie krzyżujące się i zupełnie pozbawione wygięcia miednicowego.

ŁAZAREWICZ w następujący sposób uzasadnia stosowanie swoich kleszczy: główkę płodu chwytamy istotnie tylko zagiętymi czy pochyłymi ku wewnątrz końcowymi częściami łyżek kleszczowych, natomiast siłę pociągania wytwarzamy rękoma, któremi ujmujemy rękojeść kleszczy; stąd dla autora wynika wniosek oczywisty, iż kierunek siły czynnej stanowić będzie linia prosta, przeprowadzona od końca łyżek kleszczowych do rękojeści. Jeśli tak jest istotnie, to wszelkie odstępstwo od owej linii prostej, zarówno odnośnie kształtu jak i odnośnie wymiarów przyrządu, może li tylko utrudniać posiłkowanie się kleszczami z powodu powiększania zajmowanej przez kleszcze przestrzeni, jak i przez wytwarzanie sił ubocznych, działających ujemnie na ściany kanału rodnego. Z tych względów, zdaniem ŁAZAREWICZA, istnienie krzywizny miednicowej w kleszczach nie tylko jest bezcelowe, lecz nawet szkodliwe; im mocniej krzywizna ta jest wyrażona, tem więcej, pomijając inne względy, wywieramy ucisku na krocze i tem więcej samo krocze uciska na wypukły brzeg kleszczy, przez co utrudniamy prawidłowe utrzymanie główki w kleszczach.



Rysunek 5-y.

Toteż przy pomocy kleszczy swoich, pozbawionych krzywizny miednicowej, (rys. 5) autor otrzymywał doskonałe wyniki, wydobywając w odpowiednich przypadkach płody z taką łatwością, jakiej nie podobna nawet przypuścić w razie stosowania kleszczy zwykłych.

Śród zalet kleszczy tych FIEDOROW podkreśla, iż one nie uciskają zupełnie główki płodu, a wskutek tego główka może *sub tractionibus* swo-

bodnie dokonywać w kleszczach tych zwrotów, jakich dokonywa podczas porodu *sponte*; z drugiej strony RACZYŃSKI, nawiasem mówiąc wielki zwolennik kleszczy osiowych, przyznaje, iż linia kierunku, w jakim odbywa się pociąganie kleszczami ŁAZAREWICZA wysoko stojącej główki, leży bliżej osi miednicowej, aniżeli w razie użycia zwykłych kleszczy krzywych.

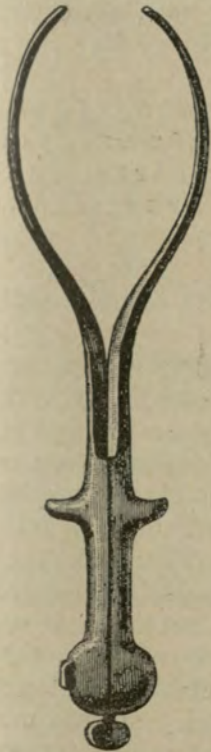
Lecz i kleszcze ŁAZAREWICZA nie są wolne od wad. Jako pierwszą—wymienić należy pewną trudność w nakładaniu tych kleszczy w wymiarze prostym wejścia miednicy zwężonej; gdy kierunki osi podłużnych łyżek kleszczowych nie odpowiadają sobie.

Wtedy, z powodu przeszkody, jaką przedstawia *promontorium*, tylna łyżka kleszczy może być nałożoną li tylko nieco z boku od wzgórka, podczas gdy przednią łyżkę z łatwością nakładamy w wymiarze prostym wejścia miednicowego, tuż za spojeniem; w podobnym przypadku oczywiście dość trudno o prawidłowe zamknięcie kleszczy.

Ujemną cechą omawianego przyrządu stanowią również wystające części na rękojeściach łyżek: obecność ich utrudnia mocne i pewne utrzymanie przyrządu w naszym ręku; wreszcie podkreślić należy i klinowe rozchodzenie się łyżek, co powoduje niekiedy niepomierne, przedwczesne i szkodliwe rozciąganie *introitus ad vaginam*.

Chcąc usunąć zaznaczone wyżej wady kleszczy „prostych“, FIEDOROW zmienił w odpowiedni sposób kleszcze ŁAZAREWICZA.

Przedewszystkiem zamek kleszczy FIEDOROW przesunął na sam koniec rękojeści (rys. 6), przyczem otwór zamkowy jest stosunkowo znacznie większy, aniżeli płytka zamkowa, weń wsuwana; dzięki powyższemu, łyżki kleszczowe dają się z łatwością ze sobą zestawie nawet wtedy, gdy łyżki te są nałożone w różnych płaszczyznach główki płodu (rys. 7); tym sposobem z łatwością możemy prawidłowo objąć główkę kleszczami temi w wejściu miednicowym, wobec poprzecznego wstawiania się główki.



Rys. 6-y.



Rys. 7-y.

Rękojeści kleszczy FIEDOROWA są zupełnie gładkie, dzięki czemu swobodnie dają się ująć całą ręką; między górnymi częściami łyżek

kleszczowych i rękojeściami ich narzędzie posiada krótką część przejściową o długości zaledwie paru centymetrów, przyczem obie łyżki kleszczy stykają się tu ze sobą zupełnie.

Dzięki powyższej zmianie w konstrukcyi kleszczy *introitus ad vaginam* bywa rozciągany podczas pociągania li tylko przez samą obniżającą się główkę płodu, lecz nie przez łyżki narzędzia.

Tak przedstawiają się kleszcze ŁAZAREWICZA—FIEDOROWA. Zapytajmy, czy kleszcze te powinny w zasadzie otrzymać prawo obywatelstwa w położnictwie, czy więc brak krzywizny miednicowej przede wszystkim z góry skazuje je na usunięcie ich poza nawias położniczego *instrumentarium*?

Jak już wiemy, niektórzy autorzy na wysoko stojącą główkę nakładają zwykłe kleszcze krzywe, lecz zastrzegają sobie, aby one posiadały dość długie ramiona i, co najważniejsze, niezbyt silne wygięcie miednicowe.

Następnie kleszcze TARNIER'a, kleszcze osiowe o długich łyżkach, posiadają mierne tylko wygięcie miednicowe; kleszcze zaś BREUSS'a mają to do siebie, iż im więcej podczas pociągania niemi główki dodane do kleszczy tych specjalne pręty odbiegają od rękojeści, tem mniejszem się staje wygięcie miednicowe w kleszczach, aż do zupełnego niemal wyprostowania łyżek.

Oczywiście, stąd krok już tylko do kleszczy, zupełnie owego wygięcia miednicowego pozbawionych. Osobiście też na kleszcze BREUSS'a patrzę, jako na formę — do pewnego stopnia — tylko przejściową do kleszczy „prostych“.

Sposób nakładania kleszczy ŁAZAREWICZA—FIEDOROWA w wejściu miednicowym jest nader prosty.

Ujmujemy jedną łyżkę w rękę, drugą rękę wprowadzamy do pochwy między główkę płodu a szyjkę macicy, *rsp.* pochwę; wprowadzamy łyżkę po jednej stronie miednicy ostrożnie, pomału, do pochwy w wymiarze poprzecznym miednicy pod kontrolą ręki, w pochwie znajdującej się, a raczej po niej tak długo, dopóki cała część okienkowata łyżki nie znajdzie się między główką a ręką w pochwie; obecnie lekko przesuujemy łyżkę kleszczową po główce płodu w kierunku ku spojeniu łonowemu tak długo, dopóki łyżka ta nie znajdzie się w wymiarze prostym wejścia miednicowego, poza spojeniem łonowem. W celu ułatwienia sobie dokonania opisanego przesunięcia łyżki po główce płodu, obniżamy nieco rękojeść łyżki, końcami zaś palców ręki w pochwie łyżkę lekko przepychamy po główce.

W ten sam sposób nakładamy drugą łyżkę, po drugiej stronie miednicy, przesuując ją z wymiaru poprzecznego miednicy w wymiar prosty, oczywiście w kierunku ku kości ogonowej.

Bardzo często udaje się tę ostatnią łyżkę, dolną, nałożyć wprost w wymiarze prostym miednicy, popod główkę płodu, lub nieco w wymiarze ukośnym z następczem przesunięciem w wymiar prosty.

Ostatecznie kleszczami ujęliśmy główkę w jej wymiarze poprzecznym, więc z boków — typowo, idealnie: boczne wypukłości główki znalazły się w wygięciu główkowym kleszczy, które dla nich istnieje.

Powyższy sposób nakładania kleszczy prostych dotyczy przypadków, gdy szew strzałkowy znajdujemy w wymiarze poprzecznym miednicy.

Jeżeli szew strzałkowy przebiega ukośnie, wtedy po wprowadzeniu każdej łyżki w wymiarze poprzecznym miednicy, przesuwamy je po główce płodu dopóty, dopóki łyżki nie ustawią się w wymiarze skośnym miednicy, i tutaj więc obejmujemy główkę w jej wymiarze poprzecznym, same zaś kleszcze ostatecznie ułożyły się w wymiarze skośnym miednicy, przeciwnym temu, w jakim przebiega szew strzałkowy.

Wogóle zaś pamiętać należy, ażeby zawsze najpierw nakładać tę łyżkę, której nakładanie jest stosunkowo trudniejsze.

A więc: jeśli szew strzałkowy przebiega w poprzek, wtedy najpierw nakładamy tę łyżkę, która ostatecznie ma znaleźć się tuż poza spojeniem łonowym, więc — łyżkę górną; jeśli szew strzałkowy przebiega ukośnie, wtedy najpierw nałożymy tę łyżkę, która ostatecznie ma się znaleźć w pobliżu spojenia łonowego, a więc znowu — łyżkę górną (czy — przednią); w ostatnim przypadku nałożenie łyżki dolnej (czy tylnej) od razu w wymiarze ukośnym miednicy nie przedstawia najmniejszej trudności.

[D. c. n.]

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 183. Schmidt. Obraz krwi we wolu i jego zmiany pod wpływem podawania przetworów jodu i z gruczołu tarczowego.

Autór badał krew 45-u Tyrolczyków chorych na wola. W 7-u przypadkach znalazł we krwi leukocytozę (nad 10000) w 29-u zaś przypadkach względną, w 21 bezwzględną leukopenię. W 33-ch przypadkach względną, w 22-u — absolutną limfocytozę. Na podstawie tych wyników utrzymuje autor, że obraz krwi KOCHERA w chorobie BASEDOW'a nie jest dla tego cierpienia charakterystycznym, lecz spotyka się nadzwyczaj często u osobników ze zwyczajnem wolem. Ponieważ KOCHER utrzymuje, że w przypadkach takich trzeba szukać zaburzenia w czynności gruczołu tarczowego w znacznie zmniejszonej lub zwiększonej działalności tego narządu (*hypo-hyperthyroidismus*), autor chciał sprawdzić, w jaki sposób reaguje krew badanych osobników na podawanie jodu oraz przetworów z gruczołu tarczowego (przetwory te, jak wiadomo działają na czynność gruczołu tarczowego). Znalazł on, że z obrazu krwi tych chorych po podaniu im tyroidyny nie można wyciągać żadnych wniosków co do czynności ich gruczołu tarczowego. Po podaniu 10-u tabletek po 0,3 gr. tyroidyny w ciągu 3-ch dni u niektórych osobników występowała leukocytoza, u innych leukopenia. U jednych liczba limfocytów zwiększała

się, u innych zmniejszała. W innych znów przypadkach powiększała się lub zmniejszała liczba t. zw. komórek jednojądrowych. U jednego osobnika dawka wywołała leukocytozę z limfopenią, u drugiego leukopenię z limfopenią. Wprawdzie na 7-u osobników, u których tyroidyna wywołała limfocytozę, 5 dawało objawy lekkiego *hyperthyroidismus*, zato u 2-u widoczne były wyraźne objawy obrzęku śluzowatego (*myxoedema*) z nienamacalnym gruczołem tarczowym. Z drugiej strony między osobnikami, u których tyroidyna zmniejszała liczbę limfocytów, było kilku z objawami wzmózonej czynności gruczołu tarczowego. Podawanie jodu także nie dało wyników decydujących o czynności gruczołu tarczowego: z tablic autora można tylko wywnioskować, że jod działa drażniaco na szpik kostny i to w ten sposób, że na razie wywołuje leukocytozę, potem leukopenię i zjawienie się we krwi postaci niedojrzałych (myelocytów). Wogóle działanie jodu na krew nie zgadzało się z działaniem tyroidyny.

Autor sądzi, że we wołu, i w innych cierpieniach gruczołów z wydzielaniem wewnętrznym istnieje pewna anomalia w składzie konstytucjonalnym, wyrażająca się nie zrównoważonym stanem tych gruczołów, z pewną tendencją do powstawania limfocytozy pod wpływem pewnych podrażnień. Przy zachorzeniu któregośkolwiek z gruczołów, (tarczowego, grasicy i innych) następuje t. zw. „*perturbatio glandularum*“, która odzywa się na obrazie krwi w postaci zmienionej liczby pewnych form białych ciałek.

W końcu obliczał autor czerwone ciała krwi wszystkich tych osobników leczonych i nieleczonych. Znalazł we wszystkich przypadkach liczbę normalną, nierzadko zwiększoną i to zarówno w przypadkach podejrzanych o zwiększoną, jak też o zmniejszoną działalność gruczołu tarczowego (*myxoedema*).

(*Zeitschrift für klinische Medicin*, t.76 z. 1—2)

Marta Erlichówna.

#### 184. Georgopoulos. O stosunku gruczołu przytarczowego do układu chro-mochłonnego.

EPPINGER i inni znaleźli, że nie można wywołać cukromoczu zapomocą wstrzyknięcia adrenaliny u zwierząt, którym wycięto gruczoł tarczowy, pozostawiając gruczoł przytarczowy. Po wycięciu ostatniego, występuje cukromocz i to nawet silniej, niż to ma miejsce u zwierząt nie operowanych. Wstrzyknięcie adrenaliny nie powiększa przemiany materii i nie prowadzi do zniknięcia we krwi komórek eozynofilowych, jak to się dzieje u zwierząt zdrowych, o ile wycięto im poprzednio gruczoł tarczowy. Objawy te występują wyraźnie, gdy zostaną usunięte gruczoły przytarczowe. Wynika z tego, że gruczoł tarczowy hamuje czynność gruczołów przytarczowych, hamującą działanie adrenaliny. Wobec tego zrozumiałe są doświadczenia FALTY, RERTELLEGO i innych. Pierwszy znalazł po wyjęciu gruczołów przytarczowych kolosalne zwiększenie rozpadu białka, drugi — zniknięcie komórek eozynofilowych. Polega to na wzmózonym działaniu własnej adrenaliny po usunięciu z ustroju narządu hamującego to działanie. Sądząc, że gruczoł przytarczowy działa też hamująco na toksyczne działanie adrenaliny, autor wywołał u psa tężyzkę przez wycięcie tych gruczołów, poczem wykonał laparotomię i usunął nadnercza. Zwierzę żyło jeszcze kilkanaście godzin po tym zabiegu; przytem sztywność, drgawki i nadpobudliwość mięśniowa znikły zupełnie.



Wynika stąd, że układ chromochłonny wydziela ciała wywołujące tężyczkę (*tetanigen*), których działanie hamuje gruczoł tarczowy. Stosunek gruczołu przytarczowego do układu chromochłonnego, wykazany w tych doświadczeniach, nie jest bezpośredni; wszystkie wyżej opisane objawy występują wskutek podrażnienia układu nerwowego przez wewnętrzną wydzielinę gruczołu przytarczowego, znikają zaś wskutek hamującego działania wydzieliny układu chromochłonnego na układ nerwowy. Dla stwierdzenia bezpośredniego stosunku między gruczołem przytarczowym a układem chromochłonnym, autor badał rozwój arteryosklerozy po wstrzykiwaniu adrenaliny, w zależności od zajmujących go gruczołów. W tym celu wycinał gruczoł tarczowy i wstrzykiwał adrenalinę. U 5-u operowanych królików nie znaleziono żadnych zmian w naczyniach pod wpływem adrenaliny lub też znaleziono zmiany nieznaczne, u 5-u użytych dla kontroli królików stwardnienie naczyń było wybitne. Autor sądzi, że po wycięciu narządu, antagonistycznego względem gruczołu przytarczowego, ostatni mógł zupełnie lub prawie zupełnie zahamować działanie adrenaliny na ściany naczyń. U zwierząt z wyciętymi gruczołami przytarczowymi znaleziono zmiany w naczyniach po zastrzyknięciu adrenaliny, lecz badania te zawodziły często autora, gdyż trudno mu było utrzymać zwierzęta przy życiu tak długo, aby zaszły wybitne zmiany w ścianach naczyń.

Chcąc poznać wpływ wydzieliny gruczołu przytarczowego na wydzielanie układu chromochłonnego, autor nie badał dla tych obliczeń krwi, gdyż na określanie adrenaliny we krwi niema metody zupełnie pewnej, ale badał ilość adrenaliny w nadnerczach królików normalnych i w nadnerczach królików z wyciętymi gruczołami przytarczowymi. W tym celu posługiwał się metodą ZANFROGINI'ego, jako najpewniejszą. Polega ona na własności adrenaliny zmieniania nadtlenku manganu na tlenki niższe, zabarwiające roztwór na czerwono. Wyniki tych obliczeń nie wykazały różnicy między ilością adrenaliny w nadnerczach zwierząt normalnych a operowanych. Anatomopatologiczne badanie tej sprawy również nie wykazało przerostu nadnercza, który mógłby przemawiać za wzmożoną czynnością tego narządu.

(*Zeitschrift für klinische Medicin*, t. 75, z. 5—6).

Marta Erlichówna.

### 185. Rumpf. O obecności we krwi laseczników gruźlicy.

UNNA, ROSENBERGER, KURASCHIGE i inni znajdowali we krwi chorych na gruźlicę, u podejrzanych o gruźlicę, a nawet u osobników pozornie niegruźliczych—laseczniki gruźlicze we krwi. Wyniki tych badań zależą od doskonałej techniki i od nadzwyczaj pilnego szukania laseczników w barwionych preparatach. Autor badał początkowo krew 18-u chorych, i u 4-ch z nich znalazł laseczniki gruźlicze. Następnie dokonał wraz z ZEISSBER'em 31 badań nad krwią osobników niegorączkujących, z małymi bardzo zmianami. We wszystkich tych przypadkach dzięki zdobytej wprawie udało im się znaleźć we krwi laseczki, barwiące się metodą ZIEHL'a. To samo wykryli potem we krwi 7-u osobników zupełnie zdrowych. Krew, w której znaleziono laseczki kwasoodporne, wstrzyknięto 35-u świnkom morskim; wyniki były zagadkowe, gdyż tylko świnki zachorowały na gruźlicę; 1 była podejrzana, pozostałe zupełnie zdrowe i nie reagowały na tuberkulinę. Kształt i zabarwienie laseczników KOCHA we wszystkich tych przypadkach były jednakowe, trudno więc przypusz-

czać, aby bakterye, które wywołały gruźlicę u tych 3-ch świnek, były inne, niż bakterye w przypadkach pozostałych. Nasuwa się drugie przypuszczenie: że w przypadkach z ujemnym wynikiem doświadczeń na świnkach laseczniki były już niezdolne do dalszego rozwoju; 3-e przypuszczenie: krew zawiera tych laseczników bardzo niewiele, jednocześnie zaś z wstrzyknięciem laseczników zwierzę zostaje uodpornione przez zastrzyknięcie świeżej nierozcieńczonej krwi. Podobne zupełnie wyniki w ten sam sposób tłómaczył LIEBERMEISTER. Krew chorych na zapalenie płuc, zawierającą pneumokoki, wstrzykiwał myszkom bez żadnego skutku, podczas kiedy kultury, otrzymane z tej samej krwi, zabijały inne myszki.

Bez względu więc na ujemne wyniki badań ze zwierzętami, autor uważa na zasadzie swojej pracy, jakoteż prac wielu poważnych autorów, sprawę obecności laseczników gruźlicy we krwi za rozstrzygniętą dodatnio, wyniki zaś ujemne innych autorów należy przypisywać jedynie niedokładnej technice i niedość długiemu szukaniu.

Technika jest następująca: 5 ctm. sz. krwi z żyły centryfuguje się po dodaniu szczawianu wapnia; osad wstrząsa się z 10 ctm sz. wody przekroplonej, poczem dodaje się kroplami antyforminy tak długo, aż płyn stanie się zupełnie przezroczysty. Następnie po dodaniu do pełna 60%-go wysokoku, centryfuguje się znowu i otrzymany osad bada się na preparatach zabarwionych metodą ZIEHL'a i MUCHA na laseczniki gruźlicy. Nacznia i odczynniki, używane do tych badań, muszą być idealnie czyste.

(*Münch. med. Wochenschrift*, 1912, Nr. 36).

Marta Erlichówna.

### 186. Wertheimer. Badania nad czynnością soku trzustkowego.

Sprawdzanie czynności trzustki zapomocą podawania choremu mięsa i tłuszczów, badanie następcze kału na włókna mięsne i tłuszcz, jakoteż badanie kału na fermenty trzustkowe trwają zwykle przez kilka dni. Opierając się na fakcie, że sok trzustkowy wlewa się do żołądka w czasie trawienia i to w zwiększonej ilości przy podawaniu tłuszczu, autor badał swych chorych (a także zwierzęta) zapomocą metody EHRMANN'a. Daje on choremu próbne śniadanie, złożone z 30-u grm. krochmalu ryżowego (produkt ten miesza się doskonale z tłuszczami), rozpuszczonego w 200 grm. wody osolonej, ogrzanego, z dodatkiem 75 grm. powoli dolewanej palminy. Tłuszcz ten nie zawiera zupełnie wolnych kwasów tłuszczowych, i dlatego nadaje się do tych doświadczeń. Po 2½ godzinach autor wydobywa zawartość żołądka i część jej wstrząsa w próbówce z mieszaniną 9-u części eteru naftowego z 1 częścią benzyny. Do wyciągu dodaje 30% roztworu octanu miedzi. W obecności kwasów tłuszczowych, powstałych z palminy pod wpływem soku trzustkowego, powstaje tłuszczan miedzi, wskutek czego mieszanina nabiera koloru zielonego. Dla określenia ilościowego kwasów tłuszczowych autor miesza zawartość z taką samą ilością mieszaniny benzolu z eterem naftowym. Tego wyciągu bierze 2.0, 1.0, 0.5, 0.25, 0.12 ctm. sz. i dodaje benzolu z naftą i eterem w ilościach wzrastających od 0—2-u ctm. sz. (0, 1.0, 1.5, 1.75, 1.88, 1.94 ctm. sz.), poczem do każdej z próbek wlewa 2.0 ctm. sz. octanu ołowiu. Dla kontroli robił autor podobne badanie, dodając palminy do zawartości żołądkowej, wydobytej po zwykłym próbnym śniadaniu. Odczyn z octanem ołowiu był wtedy słaby, lub częściej ujemny, gdyż albo do żołądka napłynęło wtedy bardzo mało soku trzustkowego, lub też fer-

ment trzustkowy został przez sok żołądkowy zniszczony. W doświadczeniach ze zwierzętami, u których operacyjnie wykluczono komunikację trzustki z żołądkiem, odczyn zawartości żołądka z octanem ołowiu po podaniu palminy był zawsze ujemny. Badanie u ludzi wykonywał autor także zapomocą zgłębnika, stale pozostającego w żołądku przez 2—3 godzin, i w ten sposób określił, że po 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godzinach odczyn z octanem jest najwyraźniejszy. Przytem badania te wykazały, że odczyn bywa ujemny bez żadnych objawów chorobnych ze strony trzustki, o ile żołądek zawiera zbyt dużo kwasu; dlatego chorym z nadkwaśnością należy podawać jednocześnie z palminą dużą dawkę Na H CO<sub>3</sub>; to samo należy czynić z każdym chorym, u którego opisany odczyn wypada ujemnie, aby uniknąć pomyłki. Z badań tych dochodzi autor do wniosku, że metoda EHRMANN'a jest pewną i prostą w wykonaniu, dlatego nadaje się doskonale do badań klinicznych.

(*Zeitschr. f. kl. Medicin* t. 76, z. 1—2).

Marta Erlichówna.

**187. Arnoldi. Wahania zawartości chloru w surowicy krwi wobec zaburzeń w wydzielaniu żołądka.**

Autor określał ilość chloru w surowicy krwi zapomocą następującej metody EHRMANN'a i WOLFFA: do kolby 300-centymetrowej wlewa 10—20 grm. surowicy, (otrzymanej z 40-u—60-u ctm. sz. krwi), do tego dodaje 0,8—1.0 grm. Ag NO<sub>3</sub>, następnie zapomocą lejka wlewa 10 ctm. sz. HNO<sub>3</sub> (c. wł. 1,4), po kilku minutach 10—15 ctm. sz. dymiącego HNO<sub>3</sub> (c. wł. 1,52), ogrzewa na piasku przez 2 do 3 godzin, aż do utworzenia się jasnego osadu, chłodzi, dolewa wody, filtruje przez sączek bezpopiołowy, płucze sączek, wysusza, spala na zważonym porcelanowym tygielku, dolewa po ostygnięciu parę kropel HNO<sub>3</sub> (c. wł. 1,4), ogrzewa ostrożnie nad przykrytym płomieniem aż do parowania, dodaje HCl (c. wł. 0,127), wyparowuje do sucha nad przykrytym płomieniem i pozostałość topi ostrożnie w płomieniu. Po ostygnięciu i wysuszeniu stopu waży go; waga, pomnożona przez 0,247, odpowiada ilości chloru. U osobników zdrowych na żołądek znalazł autor 0,33—0,38% chloru w surowicy krwi, przeciętnie 0,358% na czczo i 0,368 po jedzeniu, to znaczy, że przy pracy chemicznej w żołądku odsetka chloru we krwi nieco się podnosi. U osobników chorych na nadkwaśność przeciętna ilość chloru w surowicy jest mniejsza niż u osobników zdrowych, a mianowicie na czczo 0,3524%, po śniadaniu 0,3457%. W bezkwaśności lub niedokwaśności ilość chloru w surowicy jest o 0,02% większa niż w nadkwaśności, a mianowicie na czczo 0,3723%, po jedzeniu 0,3670%. W przypadkach badanych przez autora było jednak kilku chorych, którzy mimo bezkwaśności mieli w surowicy krwi odsetkę chloru większą nad normę. W przypadkach, w których ilość kwasu solnego w żołądku podlegała silnym wahaniom, ilość chloru we krwi była zawsze bardzo wysoka.

(*Zeitschrift für klinische Medicin*, t. 76, z. 1—2).

Marta Erlichówna.

**188. Hecht. O dyetetycznym leczeniu chorobowo podniesionego ciśnienia krwi.**

Autor leczył w sanatorium chorych z podniesionem ciśnieniem krwi, wywołanem przez następujące warunki: 1) zbyt obfite, lub zbyt

dobrze żywienie się; 2) stałe używanie napojów wysokowych; 3) wpływy psychiczne, jak ból, wzruszenia, nadużycia płciowe; 4) wzdęcie kiszek gazami, wskutek obfitego picia w czasie jedzenia, lub zbyt pośpiesznego jedzenia; 5) neurastenia; 6) przepracowanie fizyczne. Przepracowania umysłowego nie bierze autor pod uwagę, gdyż ono samo przez się nie wpływa na podniesienie ciśnienia, o ile nie towarzyszy mu, jak się często zdarza, podniecenie psychiczne i nadużycie nikotyny lub wysoków. Ciśnienie obliczał autor zapomocą przyrządu Riva-Rocci.

Leczenie polegało na usuwaniu przyczyn głównych, wyżej wymienionych, wywołujących podniesienie ciśnienia, oraz na zaprowadzeniu odpowiedniej diety. Na podstawie swych doświadczeń autor utrzymuje, że przy odpowiednim sposobie życia można we wszystkich przypadkach obniżyć ciśnienie, często nawet sprowadzić je do normy. Uregulowanie diety i wprowadzenie życia higienicznego i spokojnego są najważniejszymi czynnikami w leczeniu podniesionego ciśnienia, szczególnie w okresie, poprzedzającym zwapnienie naczyń, hipertonię (presklerozę HUCHAD'a). Dieta, wprowadzona przez autora dla wszystkich chorych, polegała na zmniejszeniu ilości podawanego mięsa, soli kuchennej, ostrych przypraw, wysokoku i płynów (ostatnie wywołują wzdęcie kiszek, przezco powiększa się również ciśnienie) oraz na podawaniu świeżych i gotowanych owoców i jarzyn. Ilość potraw mącznych i słodkich była również ograniczona, gdyż prawie we wszystkich przypadkach należało obawiać się otyłości. Poza tem radzi autor stosować przechadzki umiarkowane, gimnastykę ZANDERA, względnie ruchy gimnastyczne na powietrzu, czasem elektryzację. Za ważny czynnik w leczeniu tych spraw uważa autor pobyt w sanatorium.

(*Zeitschrift f. klin. Medicin t. 76. z. 1—2*)

Marta Erlichówna.

---

## Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

---

### Posiedzenie naukowe 12-go stycznia 1912 r.

1. PROGULSKI przedstawił przypadek skurczowego zwężenia odźwiernika u 4-miesięcznego oseska.

Jest to od lat 7-iu zaledwie drugi przypadek, spostrzeganego na klinice dziecięcej lwowskiej cierpienia, objawiającego się wymiotami po każdym ssaniu, wybitnem napinaniu się ścian żołądka, bardzo skąpem oddawaniu stolca i moczu. W obecnym przypadku obok napinania się ścian, widać wyraźne ruchy robaczkowe żołądka, a w okolicy odźwiernika można wymacać guz wyraźny. Przyczyną cierpienia jest przeszkoda mechaniczna, najczęściej przerost warstwy mięsnej odźwiernika, powstały jużto na tle wrodzonym, lub też pochodzenia nerwowego (*spasmus pylori*). Chory od miesiąca pozostaje w leczeniu klinicznym i stan jego coraz się poprawia. Leczenie polegało na skąpem, a częstem karmieniu, spokoju, okładach; z powodu dużej śmiertelności stosuje się zabiegi chirurgiczne rzadko.

W tymże tygodniu w szpitalach miejskich zmarło 18 chorych zakaźnych, mianowicie na ospę 1, płonicę 5, tyfus brzuszny 5, zapalenie płuc 5 i na biegunkę krwawą 2; w całym zaś mieście liczba zmarłych na choroby zakaźne (prócz zapalenia płuc) wynosiła 32 osoby, mianowicie: na ospę 1, odrę 2, płonicę 11, błonicę 2, różę 2, tyfus brzuszny 7, koklusz 3 i biegunkę krwawą 4.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 24-go sierpnia—2743, 1-go września—2690 i 7-go września—2696.

— W Łódzkim szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych był następujący:

od 16-go września	do 23-go września	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
ospa	1	—	—	—	—	1
szkarlatyna	4	1	1	—	—	4
dur brzuszny	1	—	—	—	—	1
dyszenterya	10	2	3	—	—	9
Ogółem	16	3	4	—	—	15

W sprawie Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia” w Zakopanem otrzymujemy następującą odezwę:

Wobec wieści, rozsiewanych ostatnimi czasy w niektórych organach prasy, a szkodzących Instytucji Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia” w Zakopanem, Zarząd, Rada Nadzorcza i naczelny lekarz Towarzystwa, nie będąc w stanie odpiierać za każdym razem nieuzasadnionych zarzutów, poczuwają się do obowiązku udzielenia ogółowi polskiego społeczeństwa poniższych wyjaśnień.

Założone przed 12-u laty Towarzystwo Domu Zdrowia nie uległo od początku swego istnienia żadnym zasadniczym zmianom, prócz stałej i konsekwentnej ewolucji w kierunku nowoczesnych wymogów sanatoryalnych. Wszelkie zatem wieści o reformach statutowych, rzekomo zmieniających polski charakter Instytucji, są absolutnie niezgodne z prawdą.

Domem Zdrowia rządzi ogół polskiej młodzieży, zorganizowanej przy wyższych uczelniach w kraju i za granicą w grupy Domu Zdrowia Pomocy Bratniej. Wysyłają one delegatów swych na doroczne Zjazdy, stanowiące najwyższą instancję Towarzystwa.

Jednomyślność uchwał tegorocznego Zjazdu, jaki odbył się 15. i 16. sierpnia w Zakopanem, pomimo różnic kierunków wśród młodzieży, świadczy wymownie o gorącym przejęciu się jej doniosłością zadań humanitarnych, które stanowią treść i cel działalności Domu Zdrowia.

Paragraf statutu, którego mocą chorzy Domu Zdrowia wysyłali swego przedstawiciela na Zjazd, 'został jednomyślną uchwałą młodzieży (a zatem i delegata pensjonarzy Domu Zdrowia) wykreślony, a to na wniosek lekarzy, przeświadczonych o szkodliwym wpływie na stan zdrowia chorych atmosfery wyborczej, panującej podczas mianowania delegata. Natomiast uchwalono nowe zmiany statutowe, zapewniające każdemu pensjonarzowi prawo zwracania się z żądaniem lub zażaleniami do wszystkich władz Towarzystwa, a więc do Zarządu, do naczelnego lekarza, do Rady Nadzorczej i do Zjazdu delegatów.

Co do zarzutów, dotyczących wadliwej gospodarki finansowej, pociągającej za sobą niedobór w budżecie na rok następny w przypuszczalnej kwocie 16000 kor., rzecz przedstawia się, jak następuje:

Tegoroczny Zjazd delegatów pomimo dotkliwego podrożenia ostatnimi czasy artykułów żywności i pomimo znacznego polepszenia warunków bytu chorych w przeniesionym obecnie na Gubałówkę, rozszerzonym i znacznie ulepszonym Domu Zdrowia (kanalizacja, centralne ogrzewanie, wodociągi, łazienki etc.), nie uznał za możliwe,

aby podwyższyć opłatę od znajdujących się nieraz w nędzy pensjonarzy. Opłata miesięczna wynosi, jak i dawniej, 100 koron, rzeczywiste zaś koszta utrzymania dochodzą do 150 kor.

Od początku istnienia Domu Zdrowia niedobory budżetowe są zjawiskiem stałym, podobnie jak prawie w każdej instytucji tego rodzaju. Bywają one pokrywane co-rocześnie z różnych źródeł: przez wkładki nowych członków, datki jednorazowe, zapisy, wogóle, dzięki ofiarności publicznej w różnych postaciach.

Wspominamy na koniec, że po jednomyślnem uchwaleniu absolutorium dotychczasowemu Zarządowi, oraz wyrażeniu gorącego podziękowania ustępującym: byłemu prezesowi Towarzystwa drowi J. ŻYCHONIOWI i ustępującym doktorstwu KUCZEWSKIEM, nastąpił również jednomyślny wybór Zarządu, Rady Nadzorczej i nowego naczelnego lekarza Domu Zdrowia.

Zadaniem tych organów będzie służyć w miarę swych sił sprawom Domu Zdrowia Bratniej Pomocy, jako instytucji ze wszech miar pożytecznej i stanowiącej tak ważną placówkę w walce z gruźlicą.

Liczymy w naszej pracy na skuteczną pomoc i życzliwe poparcie całego polskiego społeczeństwa.

Prezes Towarzystwa: Dr KAZIMIERZ DŁUSKI. Sekretarz: LEOPOLD WINNICKI. Zarząd: Dr KAROL MORAWSKI, wiceprezes, ELŻBIETA TRENKLERÓWNA, Naczelnny lekarz i dyrektor Domu Zdrowia: Dr EDMUND BRZEZIŃSKI. Rada Nadzorcza: Dr BRONISŁAWA DŁUSKA, TADEUSZ KORNIŁOWICZ, RAFAŁ KORNIŁOWICZ, Dr ANTONI KUCZEWSKI.

---

#### NADEŚLANO DO REDAKCYI.

---

1) Dr SEWERYN STERLING. Osobnicza i społeczna walka z gruźlicą. Wydanie drugie poprawione. Łódź 1912.

2) WITOLD HORODYŃSKI. Leczenie chirurgiczne przedziurawienia żołądka. Odb. z Przegl. Chir. i Ginekol. 1912.

---

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

---

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

---

#### WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEN: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20 za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20,  $\frac{1}{2}$  str. rub. 11,  $\frac{1}{4}$  str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15,  $\frac{1}{2}$  str. rub. 8,  $\frac{1}{4}$  str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

---

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

---

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.