

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. RYSZARD HERTZ i STEFAN STERLING. O przewlekłej żółtacze hemolitycznej. (D. c.) Str. 1155. II. STANISŁAW CYKOWSKI. Kleszcze porodowe wysokie. (Dok.) Str. 1166. *Dział sprawozdawczy.* 196. ADOLF ZELLER. Leczenie i wyleczenie chorych na raka środkami lekarskimi, wewnątrznie i zewnątrznie stosowanymi. Str. 1176. 197. RUDOLF KLOTZ. O stosowaniu pituitryny w zapaleniu otrzewnej. Str. 1178. 198. H. LSCOVESCO. Fizjologia czerwonych ciałek krwi; mechanizm autoregulacyjny wytwarzania krwi. Str. 1178 *Wiadomości bieżące.* Str. 1180. Nadesłano do Redakcyi. Str. 1182. *Ogłoszenia.*

## I. O przewlekłej żółtacze hemolitycznej.

Podali

**Ryszard Hertz i Stefan Sterling.**

(Dalszy ciąg. — Patrz № 40).

### O zmianach we krwi w przebiegu żółtaczki hemolitycznej przewlekłej.

Ponieważ zmiany we krwi stanowią najistotniejszą cechę choroby i rozpoznanie żółtaczki hemolitycznej na nich opierać się winno, przeto sprawie tej poświęcić musimy dział specjalny i omówić szczegółowo zmiany krwi oraz jej poszczególnych składników, zwracając zwłaszcza uwagę na zespół objawów, cechujący tylko żółtaczkę hemolityczną, mianowicie na obfitość czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością, na zmniejszoną odporność krwinek oraz na niektóre właściwości surowicy.

#### I. Morfotyczne zmiany krwi.

Liczba czerwonych krążków krwi zazwyczaj bywa nieznacznie tylko zmniejszona i waha się około 3-ch—4-ch milionów w jednym ctm. sz.; tylko niekiedy, podczas nasileń (tak zwanych *crises de déglobulisation* autorów francuskich), liczba ta znacznie się zmniejsza i spada do 1-go i poniżej miliona ciałek.

Równoległe z liczbą czerwonych ciałek krwi zmniejsza się ilość hemoglobiny do 70—50—20% normy według SAHLR'ego.

Wskaźnik barwienia HAYEM-LAACHE'go równa się 1, niekiedy bywa nieco większy, bardzo zaś rzadko niższy niż 1.

Stopień niedokrwistości, szczególnie w przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej, bywa bardzo zmienny i wybitnie się różni nie tylko u poszczególnych chorych, lecz, co stanowi cechę charakterystyczną, i u tego samego chorego również ulega dużym wahaniom w różnych okresach cierpienia. Zauważyć należy, że niedokrwistość idzie w parze z żółtaczką; im wybitniejsza jest w danej chwili niedokrwistość, tem bardziej wzmagają się jednocześnie żółtaczka.

Liczba białych ciałek krwi waha się w granicach normy i tylko w poszczególnych przypadkach spostrzegano leukocytozę, niekiedy dość wybitną (w jednym przypadku ABRAMIEGO było 31000 ciałek białych krwi, w innym znów WIDALA, ABRAMIEGO i BRULÉ'go—40 do 50 tysięcy ciałek białych krwi w 1 mm. sz.). Za zupełnie wyjątkowy musimy uważać przypadek BENJAMIN'a i SLUKI, w którym autorzy spostrzegali leukopenię. Przy obliczaniu procentowego stosunku poszczególnych form ciałek białych krwi znajdujemy często zwiększoną liczbę komórek wielojądrowych neutrofilowych, natomiast liczba limfocytów bywa odpowiednio zmniejszona (10—15%). Liczba komórek eozynofilowych jest w bardzo wielu przypadkach zwiększona (5—7%); również prawie zawsze spostrzegamy sporo myelocytów (niekiedy do 5%).

Co się tyczy zmian morfotycznych czerwonych krążków krwi, to te, nawet w okresie względnej równowagi, t. j. wtedy, kiedy liczba czerwonych ciałek krwi zbliża się do normy, są dość znaczne. Na preparatach świeżych lub też utrwalonych i barwionych spostrzegamy poikilocytozę, a przede wszystkim anizocytozę. Wielkość ciałek jest bardzo rozmaita, waha się od 4 do 12  $\mu$  i w przypadkach żółtaczki wrodzonej wynosi średnio 5 do 6  $\mu$ , zamiast 7 do 8  $\mu$ , jak to bywa normalnie lub też w przebiegu żółtaczek typu zastoinowego. Odwrotnie, w przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej spostrzegano dość często przewagę megalocytów. Zdarzają się również pojedyncze czerwone ciała z nakropieniami zasadowochłonnymi. Formy jądrowe (normoblasty, a niekiedy megaloblasty) znajdowano w bardzo wielu przypadkach; niekiedy stanowiły one 15% liczby wszystkich białych ciałek.

Liczba blaszek *Bizzozero* bywa zazwyczaj bardzo duża.

Na preparatach świeżych włóknik występuje po 3-ch—4-ch minutach.

Krzepliwość krwi żadnych uchyień od normy nie przedstawia. Skrzep kurczy się dobrze.

## II. O czerwonych ciałkach krwi z barwiącą się za życia ziarnistością.

CHAUFFARD i FIESSINGER (27) pierwsi zwrócili uwagę na obfitość czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością w przypadkach żółtaczki hemolitycznej wrodzonej. Jednocześnie WIDAL, ABRAMI i BRULÉ podali bliższe szczegóły co do natury barwiących się za życia ziarnistości w czerwonych krążkach krwi i stwierdzili ich istnienie również w kilku przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej. Autorowie francuscy upatrywali początkowo w ziarnistościach barwiących się za życia objaw właściwy tylko żółtacze hemolitycznej i uzależniali je bądź od spraw hemolitycznych wogóle, bądź też od zwiększonej łamliwości czerwonych krwinek wyłącznie. Dopiero później badacze francuscy stwierdzili, zgodnie z wynikami badań autorów włoskich (FOÀ, CESARIS DEMEL (46a) i inni) i niemieckich [(PAPPENHEIM (124)], którzy tę samą sprawę od dawna już, aczkolwiek z innego punktu widzenia, opracowywali, że czerwone krwinki z barwiącą się za życia ziarnistością nie są niczem swoistem dla żółtaczki hemolitycznej, gdyż znajdują się, co prawda, bardzo nieliczne, 1—2% w każdej krwi prawidłowej i mogą występować w ilości znacznie zwiększonej również w przypadkach niedokrwistości, zwłaszcza złośliwej.

CHAUFFARD i FIESSINGER początkowo barwili ziarnistość za życia w ten sposób, że krew, rozpostartą na szkiełku przedmiotowym i możliwie szybko wysuszoną na powietrzu, zwilżali odczynnikiem PAPPENHEIM'a i przykrywali szkiełkiem nakrywkowym.

WIDAL, ABRAMI i BRULÉ zwilżali szkiełko nakrywkowe krwią, kładli na szkiełku przedmiotowym i przy brzegu szkiełka nakrywkowego umieszczali kroplę wielobarwnego błękitu metylowego UNNY, rozcieńczonego 10-krotnie fizyologicznym roztworem NaCl; barwik, przyciągany siłą włoskowatości, przenikał stopniowo pod szkiełko pokrywkowe.

CESARIS DEMEL i PAPPENHEIM posługują się nieco inną techniką barwienia. Na szkiełku przedmiotowym, oczyszczonym i lekko ogrzanym nad palnikiem, umieszcza się kroplę wysokowego roztworu barwika — najlepiej brylantowego błękitu krezyłowego; alkohol ułatwia się szybko, pozostaje zaś barwik, rozpostarty w równomiernie cienkiej warstwie. Teraz umieszcza się na szkiełku świeżą kroplę krwi i przykrywa szkiełkiem nakrywkowym.

Wszystkie preparaty, otrzymane zapomocą jednego z powyższych sposobów, nie są trwałe, dają się badać tylko „*ex tempore*“ i nie mogą być przechowywane.

Niedogodność tę usuwa metoda, podana niedawno przez WIDALA i jego uczniów. Polega ona na tem, że albo przygotowujemy sobie zapas barwika, złożonego z 10-iu ctm. sz. wielobarwnego błękitu metylowego UNNY, 10 ctm. sz. 8.5‰-go roztworu soli kuchennej i 1 ctm. sz. 2‰-go roz-

czynu szczawianu sodowego, albo, jeszcze lepiej, przyrządzamy go sobie za każdym razem „*ex tempore*“, mieszając 1 ctm. sz. 8.5‰-go roztworu NaCl, 1 ctm. sz. 1‰-go *Natr. oxalic*, oraz 10 kropel wielobarwnego błękitu metyloвого UNNY. Do pipety włoskowatej nabieramy trochę krwi i natychmiast wciągamy do niej 10-krotną mniej więcej ilość roztworu barwika. Mieszaninę tę wydychujemy następnie do małej próbówki. Zapomocą kilkakrotnej aspiracji do pipety i wydychiwania do próbówki osiągamy dokładne zmieszanie krwi z barwikiem. Otrzymaną mieszaninę pozostawiamy na 10—15 minut w spokoju, poczem ją wirujemy. Płyn z ponad otrzymanego w ten sposób osadu zlewamy, sam osad zaś rozpościeramy w sposób zwykły na szkiełku przedmiotowym; po utrwaleniu preparatu zapomocą gorąca lub też po powtórnem zabarwieniu barwikiem MAY-GRÜNWARD'a można go przechowywać przez czas dłuższy.

Niezależnie od użytej techniki barwienia, wrażenie, jakie sprawiają obrazy, dawane na preparacie mikroskopowym przez ziarnistość barwiącą się za życia, jest prawie zawsze jednakowe. Ziarnistość ta nie wypełnia zazwyczaj całej komórki, zajmuje ona tylko część jej protoplazmy i w różnych komórkach występuje w bardzo zmiennej obfitości. Rozmieszczenie tej ziarnistości może także być rozmaite. Mianowicie tworzy ona w jednych przypadkach masę, ściśle w środku komórki zgrupowaną i przeto naśladującą niejako w stopniu dalekim jej jądro, w innych zaś przedstawia rozrzucone na jej obwodzie ziarenka, rozmaicie ugrupowane.

Nie możemy tu omówić wszystkich szczegółów, dotyczących istoty i znaczenia substancji ziarnistej, barwiącej się za życia, pragniemy tylko zaznaczyć pogląd nasz na stosunek pomiędzy tą ziarnistością a żółtaczką hemolityczną—pogląd wypowiedziany przez jednego z nas (81) w pracy, specjalnie poświęconej tej sprawie.

Czerwone krwinki z barwiącą się za życia ziarnistością, aczkolwiek występują w przebiegu żółtaczki hemolitycznej w bardzo znacznej liczbie (do 50‰), jednakże nie stanowią dla tej sprawy objawu swoistego, gdyż również obficie spotykać się mogą w niedokrwistości, zwłaszcza złośliwej, oraz występują stale w przypadkach doświadczalnej niedokrwistości urazowej. Z drugiej strony znane są przypadki żółtaczki hemolitycznej [SACQUEPÉE (146), LE GÉNDRE i BRULÉ (57)], w których przebiegu liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością była zwiększona tylko nieznacznie (3—5‰).

Liczba czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością w ścisłym pozostaje związku z towarzyszącą żółtaczką hemolityczną niedokrwistością i jest tem większa, im wybitniejszy stopień niedokrwistości (np. w nabytej postaci żółtaczki hemolitycznej przewlekłej).

Pozatem obfitość czerwonych ciałek z barwiącą się za życia ziarnistością zawsze idzie w parze z obecnością we krwi innych objawów, świadczących o odradzaniu się jej składników, obecnością myelocytów, normoblastów, anizocytozy i polichromatofilii.

Co się tyczy odporności czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością, to badania doświadczalne na królikach, u których po dożylnem zastrzykiwaniu wody przekroplonej lub po upustach krwi występowały we krwi bardzo liczne ciała z ziarnistością barwiącą się za życia, pomimo iż odporność czerwonych ciałek pozostawała niezmieniona, przemawiają za tem, że niema bezpośredniego związku pomiędzy obecnością substancji ziarnistej, barwiącej się za życia, a zwiększoną łamliwością krwinek. Przeciwnie doświadczenie CHAUFFARD'a i FIESSINGER'a, RAVENNA'y (180a) i innych przemawiają za tem, że czerwone krwinki, zawierające substancję ziarnistą, są bardziej odporne od tych, które jej nie posiadają.

### III. O odporności czerwonych krwinek.

Wobec niezwykle doniosłej wagi, jaką odgrywa badanie łamliwości krwinek w przebiegu żółtaczek hemolitycznych, będzie tu chyba na miejscu dokładniejsze omówienie tej sprawy z uwzględnieniem samej techniki badania.

Teoretyczna podstawa badania polega na następującem: za punkt wyjścia służy roztwór izotoniczny, z którego przygotowujemy cały szereg roztworów hipotonicznych o zawartości soli kuchennej w wodzie destylowanej znacznie mniejszej od zawartości jej w roztworze izotonicznym; każdy z tych roztworów zostaje skłócony z pewną stałą ilością krwi lub, według najnowszej metody, z pewną stałą ilością przemitych krwinek. Pierwsze leciuchne zabarwienie żółtawe wskazuje hemolizę minimalną czyli początkową —  $H_1$ , następny roztwór, w którym zabarwienie przechodzi z żółtego w różowe, oznacza już hemolizę wyraźną —  $H_2$ , wreszcie ten roztwór, w którym wszystkie ciała czerwone ulegają rozpuszczeniu, wskazuje hemolizę całkowitą —  $H_3$ .

W praktyce dokonywa się badania odporności krwi (według modyfikacji VAQUÉZ—RIBIERRE'a) w sposób następujący: bierze się pewną ilość małych probówek (zwykle uprzednio sterylizowanych na sucho), np. 18, i do każdej z nich nalewa się określoną ilość wody destylowanej, a następnie danego roztworu soli kuchennej (np. 0,7% NaCl lub też innego, mniej lub więcej stężonego, stosownie do przypuszczalnej odporności). Przytem ilość kropeł jednego płynu—wody destylowanej, zwiększa się w każdej następującej probówce o pewną stałą liczbę, zwykle o 2 krople, drugiego zaś — roztworu soli kuchennej, zmniejsza się o tę samą liczbę; w ten sposób otrzymujemy szereg płynów o różnym stężeniu, np.

Wody destylowanej	Roztworu izotonicznego (o stężeniu, np. 0,7‰)
do 1-ej probówki wlewa się 2 kr.	68 kr. = rozc. NaCl 0,68‰.
" 2-ej " " " 4 "	66 "
" 3-ej " " " 6 "	94 "
" 4-ej " " " 8 "	62 "
	i t. d.
do 16-ej " " " 32 "	38 "
" 17-ej " " " 34 "	36 "
" 18-ej " " " 36 "	34 " = rozc. NaCl 0,34‰.

O ile przypuszczamy, że hemoliza występuje w roztworach o znacznie mniejszym stężeniu, wtedy, dla uniknięcia zbyt ciężkiej roboty, rozpoczynamy badanie z roztworem słabszym (np. 0,6‰), niekiedy zaś, odwrotnie, trzeba za roztwór początkowy brać roztwór 0,9‰ soli kuchennej.

Po sporządzeniu odpowiednich roztworów dodajemy po kropli krwi do każdej probówki, posługując się w tym celu cienką, wyciągniętą w ogniu pipetą. Po dodaniu krwi do probówek skłócamy je mocno, a następnie po 1/2-godzinnem staniu w cieplarni, centryfugujemy w przeciagu 1—2-u minut i badamy wynik, określając  $H_1$ — $H_2$ — $H_3$ .

Powyższa metoda została w ostatnich czasach zmodyfikowana w ten sposób, iż bada się odporność krwinek bezosocznych, a to głównie z tego względu, iż, jak mylnie początkowo sądzono, już w samym osoczu mogą się znajdować substancje, działające hemolitycznie na krwinki. W tym celu bierzemy krew z żyły łokciowej, mieszamy ją natychmiast z niewielką ilością (mniej więcej 1/5 ilości zużytej krwi) cieczy, hamującej krzepnięcie<sup>1)</sup>, centryfugujemy, płyn zlewamy, a krwinki 2—3-krotnie przemywamy fizyologicznym roztworem soli. Po zlaniu cieczy nad krwinkami wpuszczamy pipetą po kropli krwinek do probówek, przygotowanych w ten sam sposób, jak dla pierwszej metody.

Opisana tu modyfikacja, polegająca na badaniu krwinek bezosocznych, choć pozornie nieznaczna, posiada jednak, zarówno ze względów teoretycznych, jak i praktycznych, doniosłe znaczenie; okazało się bowiem, iż u osobników normalnych lub w przypadkach żółtaczek natury nie hemolitycznej obydwie metody dają co do łamliwości krwinek wyni-

1) Takich płynów używamy kilka:

1) cytrynianu sodu	0,30	
NaCl	0,82	
H <sub>2</sub> O	100 —	
2) fluoratu sodu	0,32	
NaCl	0,28	
H <sub>2</sub> O	100.—	
3) szczawianu potasu	0,28	} Δ = -0,61.
NaCl	0,80	
H <sub>2</sub> O	100.—	

ki jednakowe, natomiast w niektórych przypadkach żółtaczki hemolitycznej łamliwość krwinek bezosocznych okazała się większą, niż krwinek zawieszonych w osoczu. Od czego zależy ta różnica, określić dość trudno. Przypuszczano, iż może ciecz przeciwkrzepliwa wpływa ujemnie na odporność krwinek; okazało się jednak, że niezależnie od rodzaju użytych przeciw krzepnięciu cieczy odporność stale zmniejszała się w tym samym stopniu. Te same różnice otrzymano, używając probówek, pokrytych parafiną, w których krew nie ulega krzepnięciu, lub też stosując wyciągi z pijawek. Natomiast badania wykazały, że niezmiernie ważnym czynnikiem jest absolutna izotonia cieczy, używanych przeciw krzepnięciu (co sprawdza się drogą kryoskopową) oraz czas ich zetknięcia z krwią: im dłużej pozostają krwinki w zetknięciu z cieczą, tem bardziej stają się później łamliwe, wobec czego należy unikać zbyt długiego jej działania na krew.

Spostrzeżenia powyższe nasunęły przypuszczenie, iż prawdopodobnie osocze posiada pewną siłę ochronną, antyhemolityczną, która maskować może zmniejszoną łamliwość krwinek; pozbawienie tych ostatnich osocza uwydatnia zmniejszenie odporności w niektórych przypadkach żółtaczki hemolitycznej. Że tak się ma sprawa w istocie, przekonali się WIDAL, ABRAMI i BRULÉ drogą doświadczalną; wychodząc z założenia, że, o ile łamliwość rzeczywiście zwiększa się wskutek pozbawienia krwinek osocza, wtedy dodanie do bezosocznych, a więc mniej odpornych krwinek surowicy tego samego osobnika powinno zwiększyć ich odporność, badacze ci dokonali też odpowiednich badań: w tym celu badali w odpowiednim przypadku odporność krwi całkowitej ( $H_1 = 0,64$ ,  $H_3 = 0,44$ ), następnie krwinek bezosocznych (odporność znacznie zmniejszona —  $H_1 = 0,76$ ,  $H_3 = 0,44$ ), wreszcie określali odporność po dodaniu do bezosocznych krwinek tej samej, co krwinek, ilości surowicy badanego osobnika. Okazało się, iż odporność powróciła do tych samych mniej więcej granic, co przy badaniu krwi całkowitej ( $H_1 = 0,66$ ,  $H_3 = 0,42$ ), a po powtórnej deplazmatyzacji otrzymano identycznie te same wyniki, co i po pierwszej ( $H_1 = 0,76$ ,  $H_3 = 0,44$ ). Stosując trochę odmienną technikę badania, wspomniani autorowie określili również ilość surowicy, jaką dodać należy dla wykazania jej wpływu antyhemolitycznego na odporność krwinek: ilość ta okazała się równą jednej części na cztery części czerwonych krwinek bezosocznych. Natomiast małe ilości surowicy nie wywierają jakoby wpływu; toteż BRULÉ (17) uważa nawet za zbyt częste przemywanie krwinek, a ogranicza się do zwykłego zlania całej surowicy po uprzednim odwirowaniu krwi. Najciekawszym jednak wynikiem omawianych badań jest spostrzeżenie autorów, iż nie tylko obecność surowicy chorego, lecz jakiegokolwiek bądź osobnika, a nawet surowica zwierzęca hamuje hemolizę; nie odgrywają tu więc roli, jakby to przypuszczać było można, jakieś swoiste antyhemolizyny (surowica bowiem działa również po dłuższem nagrzaniu jej do  $56^\circ$ ), lecz zapewne

jedynie surowica, jako środowisko o specjalnym, najbardziej dla krwinek dogodnym składzie chemiczno-fizycznym.

Na podstawie powyższych badań okazało się, iż zmniejszona odporność stanowi jedną z najbardziej charakterystycznych cech żółtaczek hemolitycznych. Badania autorów ustaliły, że o ile normalnie hemoliza krwi, zarówno całkowitej, jak i odwłóknionej, rozpoczyna się w roztworze mniej więcej 0,46‰—0,44‰, a kończy się w 0,38‰—0,36‰<sup>1)</sup> roztworze soli kuchennej, o tyle w przypadkach żółtaczki hemolitycznej występuje już w roztworach znacznie więcej stężonych. A więc w niektórych przypadkach żółtaczki hemolitycznej wyraźne zmniejszenie odporności krwi całkowitej ( $H_1=0,62\%$ ,  $H_2=0,52\%$ ,  $H_3=0,36\%$ ) uwydatnia się w sposób jeszcze bardziej jaskrawy po zastosowaniu metody z krwinkami bezosocznymi—w tym samym przypadku  $H_1=0,82$ ,  $H_2=0,66$ ,  $H_3=0,44$ . Jednocześnie, zestawiając liczby dla hemolizy początkowej i końcowej, zauważyć można, bez względu na zastosowaną metodę badania, nadzwyczajną rozciągłość krzywej hemolitycznej (na przykład, w ostatnim szeregu  $H_1=0,82$ ,  $H_3=0,44$ ), czego nie obserwuje się nigdy w innych stanach chorobnych. W przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej odporność krwinek ulega zazwyczaj znacznie mniejszym zmianom, tak iż badania z krwią całkowitą nie wykazują niekiedy żadnych wykroczeń poza normę (na przykład,  $H_1=0,46$ ,  $H_2=0,42$ ,  $H_3=0,38$ ) i dopiero po zastosowaniu metody z krwinkami bezosocznymi można w tym samym przypadku wykryć pewne zwiększenie łamliwości ( $H_1=0,58$ ,  $H_2=0,44$ ,  $H_3=0,38$ ).

W zasadzie objaw zwiększonej łamliwości jest stałym i charakterystycznym dla wszelkich żółtaczek hemolitycznych. Nie możemy jednak uznać, ażeby mniejsze lub większe wahania odporności w różnych przypadkach żółtaczki hemolitycznej rozstrzygać miały na korzyść podziału owych żółtaczek na wrodzone i nabyte, znane są bowiem przypadki żółtaczki hemolitycznej wrodzonej o względnie nieznacznie zmienionej łamliwości, jak również przypadki żółtaczki hemolitycznej nabytej o wybitnie zmniejszonej odporności, (na przykład, w przypadku żółtaczki hemolitycznej nabytej, opisanym przez OETTINGER'a (123),  $H_1$  krwi całkowitej=0,70,  $H_1$  krwinek bezosocznych=0,78). Ciekawy jest przy-

<sup>1)</sup> Według badań COSTA'y i FAYET'a (37a) łamliwość jest mniej więcej stałą dla każdego gatunku zwierząt i ulega bardzo nieznacznym indywidualnym wahanom. Według autorów tych odporność krwi u poszczególnych gatunków przedstawia się, jak poniżej:

	$H_1$	$H_2$	$H_3$		$H_1$	$H_2$	$H_3$
Baran	70	63	56	Wół	58	52	46
Koza	62	57	52	Świnia	56	50	44
Kot	58	54	50	Węgorz	52	46	40
Osiol	58	54	50	Pies	48	43	38
Koń	58	53	48	Św. morska	48	41	34
Królik	58	52	46	Kura	46	40	34

Odporność krwi u osobników młodych jest, zdaje się, cokolwiek większa, aniżeli u dojrzałych.



tem fakt, iż odporność krwinek nie idzie bynajmniej w parze z stopniem niedokrwistości, jakby to z teoretycznych założeń przypuszczać można było; przeciwnie, niedokrwistość może być stosunkowo nieznaczna, pomimo niezwykle zmniejszonej odporności (na przykład, w jednym przypadku, opisanym przez CHAUFFARD'a i TROISIER'a (31)  $H_1$  krwinek bezosocznych=0,92, liczba czerwonych ciałek=3400000); w innych znów przypadkach żółtaczk hemolitycznej nabytej, pomimo łamliwości względnie normalnej, występowały niekiedy objawy niedokrwistości złośliwej (na przykład, liczba czerwonych ciałek w 1 ctm. sz.=850000). A zatem zwiększona łamliwość i niedokrwistość nie zostają w widocznej od siebie zależności; w niektórych przypadkach, po zastosowaniu żelaza udawało się nawet anemię usunąć zupełnie, mimo iż łamliwość pozostawała nadal zwiększoną. Paradoksalne to na pozór zjawisko tłumaczy się jednak z jednej strony niedokładnością badania łamliwości (wyprowadzamy bowiem wnioski co do łamliwości krwinek w ustroju na podstawie wyników otrzymanych *in vitro*), z drugiej strony — liczeniem krwinek, które wykazuje nam stan niedokrwistości, lecz zupełnie nie uwytadnia spraw rozpadowych, ponieważ uwzględnia jednocześnie zachodzący w ustroju proces powstawania nowych krwinek.

W badaniach nad odpornością krwinek nie ograniczono się do określania jej względem hipotonicznych rozczywnów soli kuchennej. Zaczęto badać, jaki wpływ na czerwone ciała osobników dotkniętych żółtaczką hemolityczną wywierają surowice ludzi zdrowych i chorych oraz surowice zwierząt, uodpornionych przeciw krwi ludzkiej; przyczem okazało się, iż u osobników tych, zwłaszcza w przypadkach żółtaczk hemolitycznej nabytej krwinki rozpuszczają się łatwiej, aniżeli krwinki użyte do kontroli. Musimy tu przytem zaznaczyć, że łamliwość krwinek względem rozczywnów hipotonicznych NaCl niezawsze idzie w parze z łamliwością jej względem surowic. Znane są przypadki, w których odporność jest normalna względem pierwszych, a względem drugich — zmniejszona. Pozatem STEJSKAŁ (152) badał działanie różnych środków hemolitycznych, stafilolizyn, wibriolizyn, arachnolizyn, rozczywnów lecytyny, wyciągów z kiszki, żołądka i śledziony na odporność krwinek; w przypadkach żółtaczk hemolitycznej spostrzegał różnicę w zachowaniu się ich względem tych środków w porównaniu z krwinkami, użytymi do kontroli. Dalej HIJMANS VAN DER BERGH (85) stwierdził doniosły wpływ  $CO_2$  na odporność krwinek, a mianowicie w jednym przypadku żółtaczk hemolitycznej mieszał krwinki z surowicą i umieszczał pod kloszem, wypełnionym kwasem węglowym; w warunkach tych krwinki zmieszane z surowicą tego samego chorego ulegały hemolizie przy ciepłocie  $37^\circ$ , natomiast krwinki zmieszane z surowicą innego (zdrowego) osobnika, ulegały hemolizie już nawet przy ciepłocie pokojowej.

Pomijamy tu liczne inne badania — KRAUS'a, PÖTZEL'a, RANZI'ego i EHRLICH'a (96) nad wpływem hemolitycznym jadu kobry, M'NEIL'a (119) nad hemolitycznym działaniem saponiny, TEISSIER'a i DUVOIR'a (160)

nad wpływem CO<sub>2</sub> i t. d. — ponieważ były one prowadzone na chorych, dotkniętych innemi cierpieniami, a nie żółtaczką hemolityczną.

Kończąc ten dział, pragniemy zaznaczyć raz jeszcze, że aczkolwiek sprawa odporności wymaga jeszcze wielu uzupełnień, w każdym razie z klinicznego punktu widzenia metoda określania odporności względem hipotonicznych rozczynów soli, jako nadzwyczaj prosta i niezłożona, powinna być stosowana w każdym przypadku żółtaczki hemolitycznej, stanowi bowiem najlepszy środek pomocniczy w rozpoznawaniu tej dolegliwości oraz w odróżnianiu jej od żółtaczek innego pochodzenia.

#### IV. O hemolizynach.

Jak to już zaznaczono powyżej, surowica ludzi, dotkniętych żółtaczką hemolityczną, nie działa rozpuszczająco ani na krwinki tych chorych, ani też na krwinki innych osobników, nie zawiera zatem ani autohemolizyn ani izohemolizyn, z któremi spotykamy się w przebiegu sprawy pokrewnej, mianowicie w przebiegu hemoglobinurii okresowej. W przypadkach tej ostatniej obecność swoistych, uczulających tylko przy niskiej ciepłocie hemolizyn jest zjawiskiem stałym, a wyniki ujemne hemolizy zależne są tylko, jak to wynika z badań KUMAGAI i INOUE, HERTZ'a i MAMROTA (83), od własności antykomplementowych surowicy krwi odnośnych chorych. Dodając duże ilości dopełniacza świnki morskiej, zawsze wykazać można w surowicy krwi chorych, dotkniętych hemoglobinurią, obecność swoistych dwóchwytników hemolitycznych zarówno podczas napadu, jak i w czasie międzynapadowym. Natomiast w przypadkach żółtaczek hemolitycznych nie znajdujemy zazwyczaj hemolizyn we krwi chorych, stwierdzamy tylko nadmierną łamliwość czerwonych krwinek, do której też sprowadzamy istotę żółtaczek.

Lecz w czasach ostatnich niektórzy autorzy francuscy, jak CHAUFARD i TROISIER (28), MACAIGNE i PASTEUR, VALLERY-RADOT (108) i inni, wyodrębnili takie przypadki żółtaczki hemolitycznej nabytej (u dziecka po zakażeniu, w drugim okresie przymiotu, w przypadkach gruźlicy i t. p.), w których przebiegu odporność krwinek nie była zmienioną, natomiast w surowicy krwi znajdowano hemolizyny; tę formę żółtaczek autorowie francuscy nazywają „żółtaczką hemolizyniczną“ (*ictères hémolysiniques*). W przeciwieństwie więc do żółtaczek hemolitycznych, w których przebiegu niema hemolizyn we krwi, w przypadkach żółtaczki hemolizynicznej hemolizyny te krążą swobodnie w osoczu.

Przypadków żółtaczki hemolizynicznej opisano jak dotąd niewiele; wszystkie spostrzeżenia tego rodzaju dotyczą bądź chorych, dotkniętych ciężką postacią niedokrwistości z żółtaczką, bądź przypadków żółtaczki ostrej, wywołanej przez paciorkowce, dwoinki i t. p., a więc tylko pośrednio stoją one w związku z omawianą tu przez nas kwestyą żółtaczek hemolitycznych.

O teoretycznych rozumowaniach autorów i wnioskach, jakie wyprowadzają oni z obecności hemolizyn w surowicy chorych na żółtaczkę pomówimy obszerniej w dziale o patogenezie.

## V. Autoaglutyniny.

Badania na aglutyniny dokonywamy w następujący sposób (metoda PAGNIEZ'a): do 10-u kropeł surowicy chorego dodajemy na szkiełku zegarkowym 1 kroplę przemytych krwinek chorego i, poruszając zlekka szkiełkiem, mieszaninę kłócimy i pozostawiamy w ciepłocie pokojowej. W razie wyniku dodatniego już po 3-ch—5-u minutach spostrzegamy, że czerwone krwinki zlepiają się i opadają na dno szkiełka; płyn z wierzchu powoli się prześwieśla i staje się zupełnie przezroczystym.

Autoaglutyniny spostrzegano przeważnie w przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej.

Dane, dotyczące tej kwestyi, omówiliśmy już w słowie wstępnem.

## VI. Punkt zamarzania krwi.

STARKIEWICZ pierwszy zwrócił uwagę na obniżenie punktu zamarzania krwi w przypadkach żółtaczki hemolitycznej.

W przypadku STARKIEWICZA (149)  $\Delta$  krwi wynosiła—0,87, a po upływie paru miesięcy, kiedy chory się poprawił, była już bliższą normy (—0,63;) autor przypuszcza, że  $\Delta$  uważać można za wskaźnik stanu chorego i obniżenie punktu zamarzania krwi tłómaczy sobie jako dążność ustroju do podniesienia stężenia cząsteczkowego surowicy w celu uchronienia krążków czerwonych krwi od rozpadu. Za poglądem takim przemawia, zdaniem autora, wynik badania chemicznego surowicy krwi, w której autor znajdował spore zwiększenie zawartości chlorków.

TROISIER (163) natomiast sądzi, że obniżenie punktu zamarzania krwi nie jest zjawiskiem celowym, lecz wynikiem uszkodzenia otoczki krwinek, które stają się przepuszczalne dla soli.

[D. c. n.]

## II. Kleszcze poro

Podał

**Stanisław**

były ordynator etatowy kliniki położni

(Podług odczytu, wygłoszonego na XI Zjeździe Lekarzy  
(Dokończenie.—

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 21. G. J.	V	37	6/II o godz. 5. po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 3 palce. Pęcherza płodowego niema.	W I-ym i IV-ym porodzie urodziła sama; w II. i III. porodzie kleszcze; 2 płody żywe i 2 martwe.
Przypadek 22. M. K.	I	28	5/III o godz. 12. w nocy; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na koniec palca. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 23. B. F.	II	24	8/III o godz. 11. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherza płodowego niema.	W I-ym porodzie urodziła sama—płód donoszony, martwy.
Przypadek 24. Sz. A.	II	28	7/IV o godz. 9. z rana; ciąża donoszona. C. 38,4°; tętno 120; oddechów 28. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy prawie zupełne. Pęcherza płodowego niema.	W I-ym porodzie urodziła sama — płód donoszony, żywy.

## dowe wysokie.

**Cykowski,**

czej i chorób kobiecych w Warszawie.

i Przyrodników Polskich w Krakowie w roku 1911).  
Patrz № 41).

Początek obecnego porodu.	Wymia-ry mie-dnicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg porodu.
6/II o godz. 1 w nocy.	26. 28 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> . 17 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> . c.diag. 11.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 6/II o godz. 11. wieczorem—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> palca. Żadnych pęknięć.	M. docucony. 4200, 0 38; 39.	Prawidłowy.
4/III o godz. 8 z rana.	24. 27. 18.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 7/III o godz. 7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> wieczorem—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 4 palce. Zeszycie pochwy i krocza.	M. docucony. 3000, 0, 36; 38.	Prawidłowy. W miejscu zeszycia rychłozrost.
8/III o godz. 6 z rana.	25. 28. 17 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> .	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; zagraża pęknięcie macicy; 9/III o godz. 1. w nocy — kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy prawie zupełnem. Żadnych pęknięć.	M. docucony. 3700, 0, 38; 40.	Prawidłowy.
6/IV o godz. 8 z rana.	26. 28. 18.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; zagraża pęknięcie macicy, pierścień BANDLA powyżej pępka; 7/IV o godz. 10. z rana — kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy prawie zupełnem. Zeszycie krocza—2 szwy. (W mieszkaniu chorej nakładano kleszcze bez skutku).	M. martwy. 3600, 0, 36; 41.	Ciepłota dnia pierwszego 38° C.; odchody cuchnące; szwy zropiały; pozatem—przebieg prawidłowy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 25. Z. E.	I	20	25/v o godz. 12. w nocy; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 3 palce. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 26. K. M.	I	19	23/vi o godz. 5. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na koniec palca. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 27. W. W.	I	35	27/vi o godz. 10. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 2-ie. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 28. G. R.	II	30	15/viii o godz. 10. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 1 palec. Pęcherz płodowy zachowany.	W I-ym porodzie urodziła sama—płód donoszony, żywy.
Przypadek 29. B. K.	I	22	25/viii o godz. 6. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 1 palec. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 30. S. J.	VI	37	9/ix o godz. 1. po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 2-ie. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherza płodowego niema.	W I., II., IV. i V. porodzie urodziła sama, w III. porodzie kleszcze; 4 płody żywe, 1 martwy.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg potogu.
25/v o godz. 4 z rana.	23. 24 1/2. 18.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; zupełne osłabienie bólów porodowych; kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 3 palce. Żadnych pęknięć.	Ż. żywy. 3200, 0; 34; 40.	Prawidłowy.
22/vi w nocy.	23. 26. 17.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy, asfiksyja płodu; 25/vi o godz. 11. z rana — kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 5 palców. Zeszyście kroczka—3 szwy.	Ż. docucony. 3100, 0; 36; 38.	Prawidłowy. W miejscu zeszyścia rychłzrost.
24/vi o godz. 6 wiecz.	25 1/2. 26 1/2. 17 1/2.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 27/vi o godz. 9. wieczorem—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 3 palce. Zeszyście pochwy—4 szwy i kroczka—1 szew.	Ż. docucony. 3100, 0; 35; 40.	Ciepłota dnia drugiego 38° C.; pozatem przebieg prawidłowy. W miejscu zeszyścia rychłzrost.
14/viii o godz. 9 wiecz.	24. 26. 16.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy, asfiksyja płodu; 16/viii o godz. 1. po południu — kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 4 palce; pęcherza niema.	M. żywy. 3800, 0; 38; 40.	Prawidłowy.
25/viii o godz. 4 w nocy.	24. 26 1/2. 17 1/2.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 26/viii o godz. 1. po poł.—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy prawie zupełnym; pęcherza niema.	M. docucony. 3400, 0; 36; 39.	Odchody cuchnące; pozatem przebieg prawidłowy.
8/ix o godz. 9 wiecz.	27. 29. 18. c.diag. 10.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; asfiksyja płodu; 9/ix o godz. 3. po południu—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy przeszło na 4 palce. Kleszczami nie udało się główki obniżyć i musiało dokonać wymóżdżenia. Żadnych pęknięć.	M. martwy. 4300, 0; (bez mózgu).	Prawidłowy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 31. G. M.	IX	43	15/ix o godz. 6. wiecz.; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I, II, III, IV, V. i VIII. porodzie urodziła sama; w VI. porodzie — kleszcze; w VII. porodzie obrót; 7 płodów żywych i 1 martwy.
Przypadek 32. K. T.	I	21	25/ix o godz. 11. wieczorem; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na koniec palca. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 33. K. S.	I	24	23/x o godz. 5. po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherza płodowego niema.	
1904. Przypadek 34. M. M.	VIII	30	17/i o godz. 6. po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy prawie zupełne. Pęcherza płodowego niema.	W I-ym porodzie urodziła sama—płód donoszony martwy; w II-im i III-im porodzie—perforyacje; w IV-ym i V-ym porodzie urodziła sama—płody donoszone, żywe; roniła dwukrotnie.
Przypadek 35. S. R.	I	25	21/i o godz. 5. w nocy; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 2-ie. Otwarcie macicy na 3 palce. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 36. U. L.	VI	35	31/i o godz. 5. po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherza płodowego niema.	Zawsze rodziła sama—płody donoszone, żywe.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg porodu.
14/ix o godz. 8 wiecz.	27. 29. 19. c.diag. 11	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; asfiksyja płodu; zagraża pęknięcie macicy, pierścień BANDLA na poziomie pępka; 16/ix o godz. 12 w południe—kleszcze wejściowe; pęcherza niema. Żadnych pęknięć.	Ż. docucony. 3400, 0; 36; 39.	Prawidłowy.
25/ix o godz. 1 popołudniu.	23. 25. 17.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 27/ix o godz. 9. z rana—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy prawie zupełnym; pęcherza niema. Zeszycie pochwy—5 szwów i kroczka—4 szwy.	M. żywy. 3600, 0; 38; 42.	Prawidłowy. W miejscu zeszycia prawie zupełny rychłozrost.
21/x o godz. 8 wiecz.	27. 28. 17. c.diag. 10.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy, duże ciemię obniżone; asfiksyja płodu; 23/x o godz. 7. wieczorem—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 4 palce. Pęknięcie części pochwowej macicy. Pochwa i kroczka całe.	Ż. docucony. 3200, 0; 33.	Prawidłowy.
17/i o godz. 8 z rana.	28. 28. 18. c.diag. 10½.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; obliquitas NAEGELE'go; asfiksyja płodu; 17/i o godz. 8. wieczorem—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy prawie zupełnym. Żadnych pęknięć.	Ż. martwy. 3500, 0; 35; 40.	Prawidłowy.
20/i	25. 27. 19.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 21/i o godz. 5. popołudniu—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy prawie zupełnym. Żadnych pęknięć.	M. docucony. 3600, 0; 36; 38.	Prawidłowy.
30/i o godz. 11 wiecz.	28. 30. 20.	Główka w wejściu miednicy; szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; asfiksyja płodu; 31/i o godz. 8. wieczorem—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy prawie zupełnym. Żadnych pęknięć.	M. martwy. 5000, 0; 37; 39.	Prawidłowy.

Oprócz powyższych 2 następujące przypadki: <sup>1)</sup>

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 37. O. R.	I	15	1/viii 1902 o godz. 10. wiecz.; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 1 palec.	
Przypadek 38. J. W.	I	25	12/vii 1903 o godz. 5. w nocy. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 1 palec.	

Wskazanie do zabiegu stanowiła najczęściej grożąca zamartwica płodu, objawiająca się zmianami w tętnie i odchodzeniem smołki.

Drugie, nader ważne, wskazanie do zabiegu stanowiły objawy zagrażającego pęknięcia macicy i to wyłącznie u wieloródek: w przypadkach tych znajdowałem nader wybitne rozciągnięcie dolnego odcinka, pierścień skurczowy na poziomie pępka, a niekiedy nawet wyżej. Oczywiście, dalsze wyczekiwanie w tych przypadkach mogłoby niechybnie spowodować *rupturam uteri*.

W trzech przypadkach poród przyśpieszono z powodu wynikłej eklampsyi.

Co do ustawienia się główki, zawsze w wejściu miednicowem, kilkakrotnie stwierdzono odchylenie szwu strzałkowego: znacznie częściej występowała *obliquitas* NAEGELE'go, rzadziej — *obliquitas* LITZMANN'a.

Płodów żywych otrzymałem 29 i martwych 9.

Przyjrzyjmy się nieco bliżej niektórym z tych przypadków, w których płody zamarły.

W przypadku oznaczonym cyfrą 20, mieliśmy do czynienia z chorą, która uprzednio rodziła 3 razy: raz jeden zapomocą kleszczy, dwukrotnie zaś sama: wszystkie płody urodziły się martwe. Kleszcze nałożyłem tutaj raczej tytułem próby, będąc przeświadczony, iż płód zapewne i tym razem będzie martwy. Nałożone kleszcze podczas pociągania zsuwały

<sup>1)</sup> Patrz pracę moją: „Przyczynek do leczenia eklampsyi“.

Początek obecnego porodu.	Wymia- ry mie- dnicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg porodu.
11/vii o godz. 5 w nocy.		Główka w wejściu miednicy; eklampsja; 5/viii o godz. 11. wieczorem—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 3 palce. Zeszycie pochwy i kroczka.	Ż. żywy.	Ciepłota dnia pierwszego i drugiego 38° C.; pozatem—przebieg prawidłowy. W miejscu zeszywania rychłozrost.
		Główka w wejściu miednicy; eklampsja; 12/vii o godz. 1. po południu—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 3 palce. Zeszycie kroczka i pęknięcia obok lechtaczki.	M. żywy.	Ciepłota dnia pierwszego 39° C.; pozatem—przebieg prawidłowy. W miejscu zeszywania rychłozrost.

się i zmuszony byłem dokonać wymóżdżenia płodu. Przypadek powyższy nadawałby się właściwie do cięcia cesarskiego (ze względu na wywiady), o czem jednak mowy być nie mogło wobec przybycia chorej do kliniki za późno.

W przypadku, oznaczonym cyfrą 24, poród trwał stosunkowo bardzo długo, mieliśmy tutaj ogromne rozciągnięcie dolnego odcinka, pierścień skurczowy nawet ponad pępkiem, nadmiar wszystkiego płód ważył 3600,0—nie też dziwnego, iż kleszcze, nałożone wkrótce zaraz po przybyciu chorej do kliniki, nie zdołały uratować płodu, w stanie ciężkiej zamartwicy wydobytego. W mieszkaniu chorej również nakładano kleszcze i, po nieudanej próbie ukończenia porodu, chorą skierowano do kliniki.

Znamienne dane otrzymujemy z przypadków, oznaczonych cyfrą 30 i 36. W obu tych przypadkach właściwie fizycznem było niepodobieństwem urodzenie płodów żywych wskutek ich niezwykłej wagi: w pierwszym przypadku miałem do czynienia z miednicą ścieśnioną; kleszcze *sub tractione* zaczęły ześlizgiwać się i zmuszony byłem wymóżdżyć płód, którego waga (bez mózgu) wyniosła 4300,0. W przypadku drugim, przy użyciu nader dużej siły, z wielką trudnością zdołałem wydobyć płód — olbrzym, który ważył ni mniej ni więcej — tylko 5000,0. Już nie mówię o uwolnieniu ramion, lecz nawet wydobywanie pośladek w omawianym przypadku było nadzwyczaj trudne.



Jeśli przeciwstawimy pozostałe 5 płodów martwych 29-u żywym, to, zdaje się, możemy przyjść do wniosku, iż wyniki dla płodów otrzymałem w ogólności zupełnie pomyślne.

Słów kilka powiedzieć też muszę o uszkodzeniach matek i płodów, jakie przy nakładaniu kleszczy prostych powstawały. W dwu zaledwie przypadkach miałem pęknięcie części pochwowej; zeszycia tu nie stosowałem. Powikłanie to zdarza się, jak wiemy, i podczas porodu przebiegającego *sponte*, toteż wspominam o niem raczej dla ścisłości.

Natomiast uważam za nieodzowne podkreślić następujące: niejednokrotnie wypadało nałożyć kleszcze przy otwarciu ust macicy zaledwie na 3—3½ palca, a jednak pęknięcia części pochwowej zdarzały się wyjątkowo rzadko.

Oczywiście nie jest to zasługą tej czy innej modyfikacji kleszczy, bo te do sprawy omawianej nic nie mają, wspominam zaś o powyższem jedynie dla potwierdzenia faktu, iż prawie zawsze można uniknąć pęknięcia części pochwowej, byleby trakcyi dokonywać w sposób łagodny, powolny, bez pośpiechu i absolutnie unikać wszelkich pociągów wahałowych.

Ani razu, jak to widać z przytoczonej przeze mnie kazuistyki, nie było głębokiego pęknięcia szyjki macicy.

W 12-u przypadkach powstało pęknięcie pochwy i krocza; tylko w 2-u przypadkach wypadło nałożyć w pochwie nieco więcej szwów: w jednym przypadku 8, w drugim — 6.

Z powodu tych dwu głębszych pęknięć pochwy i innych znacznie mniejszych, to tylko powiedzieć mogę, iż dla mnie pęknięcia owe nie przedstawiają zupełnie nic osobliwego lub nieoczekiwanego, Mówimy wszak wyłącznie o kleszczach wysokich, wiemy, iż kleszczami musimy nie tylko główkę płodu obniżać, lecz jednocześnie musimy dokonywać pewnych zwrotów główki, chcąc przeprowadzić szew strzałkowy z wymiaru poprzecznego miednicy poprzez skośny w wymiar prosty, przezco naśladujemy normalny mechanizm porodu. Te właśnie zwroty, nie zaś konstrukcyja narzędzia, stanowią jedyny powód występowania pęknięć pochwy, zwłaszcza głębszych.

Zapewne, kto nakłada kleszcze tylko wyjściowe lub co najwyżej nieznacznie w wymiarze skośnym miednicy (gdy dokonywanie zwrotów jest właściwie nieomal wykluczone), ten mniej sprawi pęknięć pochwy, tylko że warunki, w jakich dokonywamy zabiegu, absolutnie nie mogą być tu identyfikowane: kleszcze wysokie — to zawsze zabieg ciężki, kleszcze wyjściowe — zabieg niewinny.

Dokonywanie wspomnianych zwrotów powoduje również niekiedy poszarpanie rany pochwowej, co przytrafiło mi się raz jeden.

W 17-u przypadkach (9 pierwiastek) nie miałem żadnych pęknięć pochwy i krocza. Oprócz powyższych nie było żadnych pęknięć w 2-u przypadkach, w których zaczęto zabieg od nałożenia kleszczy, ukończono

no zaś go wymóżdzeniem płodu; brak uszkodzeń jakichkolwiek jest tu zupełnie zrozumiały.

Ażeby zakończyć rozpatrywanie mojej kazuistyki, zaznaczę jeszcze przypadek 17-y. Tutaj wystąpił wkrótce po porodzie wylew do łącznicy prawego oka płodu; powikłanie to po krótkim czasie ustąpiło pod okładami wilgotnymi. Sądzić należy, iż w danym przypadku łyżka kleszczy była wprowadzona wadliwie, zapewne nieco za głęboko i stąd wskutek ucisku powstało opisane uszkodzenie.

Przebieg poporodowy w moich przypadkach wykazuje dokładnie załączona tablica.

Na tem miejscu chciałbym jeszcze dodać, iż w praktyce prywatnej niejednokrotnie udawało mi się kleszczami prostymi wydobyć płód prawie bez trudności w tych razach, gdy próby urodzenia płodu kleszczami zwykłemi zawiodły.

Jakie miałem wyniki po nakładaniu kleszczy ŁAZAREWICZA—FIEDOROWA na wysoko stojącą główkę — podałem wyżej; tem łatwiej posiłkować się niemi, gdy główkę znajdujemy w górnym odcinku próżni, ustawioną szewem strzałkowym w wymiarze skośnym miednicy. Główkę zawsze obejmuję z boków, a więc kleszcze nakładam tutaj oczywiście w odpowiednim wymiarze skośnym miednicy. Gdy główkę znajduję w dolnym odcinku próżni miednicowej, czyteż w wyjęciu miednicy, szew zaś strzałkowy w wymiarze prostym miednicy, zakładam kleszcze w wymiarze poprzecznym miednicy podług powszechnie przyjętych dla wszelkich kleszczy prawideł.

\* \* \*

Streszczając wszystko wyżej podane, mógłbym wypowiedzieć następujące wnioski:

Zwykłe kleszcze krzywe, w tej czy innej modyfikacyi, nie nadają się do nakładania na wysoko stojącą główkę, albowiem pociągamy niemi główkę nie w kierunku osi miednicy.

Kleszczami „osiowemi“ TARNIER'a również nie sposób przeprowadzić główkę ściśle w kierunku osi miednicy; pozatem budowa przyrządu jest zbyt złożona i wreszcie kleszcze te stosunkowo za silnie ugniatają główkę; w kleszczach „osiowych“ BREUSS'a główka może swobodnie dokonać zwrotu wśród łyżek i pociąganie niemi odbywa się w kierunku, jaki główce zakreśla kanał miednicowy.

Kwestya, w jakim wymiarze miednicy nakładać kleszcze zwykłe i osiowe w tych przypadkach, gdy szew strzałkowy przebiega w wymiarze poprzecznym wejścia do miednicy, przedstawia istny chaos: jedni żądają nakładania wtedy przyrządu koniecznie w wymiarze prostym wejścia do miednicy, inni — zawsze w wymiarze skośnym, jeszcze inni — li tylko w wymiarze poprzecznym miednicy, SKUTSCH zaś nazywa wprost

niepodobieństwem uchwycenie główki kleszczami w mowie będącemi w wymiarze prostym miednicy: znaczne wygięcie miednicowe czyni takie nałożenie kleszczy niewykonalnem.

Kleszcze ŁAZAREWICZA—FIEDOROWA, o nader prostej konstrukcyi, mogą być z łatwością nakładane w wymiarze prostym wejścia miednicowego; kleszczami temi możemy objąć w wejściu główkę typowo, z boków, w jej wymiarze poprzecznym, przez co unikniemy ześlizgiwania się kleszczy i znanych ciężkich uszkodzeń płodu; nakładanie kleszczy ŁAZAREWICZA—FIEDOROWA w wymiarze skośnym wejścia miednicowego nie przedstawia najmniejszych trudności.

Uszkodzenia części miękkich matek nie zależą od konstrukcyi przyrządu, jeno od warunków, w jakich zabiegu dokonywać musimy.

Otrzymane przeze mnie dzięki stosowaniu tych kleszczy wyniki dla matek i płodów są zupełnie pomyślne i usprawiedliwiają posilkowanie się kleszczami temi.

### PIŚMIENNICTWO.

- 1) ŁAZAREWICZ. Wnów' usowierszenstwownannyje parallelnyje priamyje szczipcy. Żurnal akuszerstwa i ženskich bolezniej. 1887.
- 2) FIEDOROW. Nieskolko słow o preimuszczestwach priamych parallelnych szczipców prof. ŁAZAREWICZA. Żurnal akusz. i žensk. bol. 1888.
- 3) FIEDOROW. Materyaly k woprosu o terapii rodow pri uzkom tazie. Dyss. Warszawa. 1891.
- 4) BRAUN STANISŁAW. O operacyach polożniczych. 1891.
- 5) JASTREBOW. Usłowia dla nałożenia akuszerskich szczipców. Petersburg. 1894.
- 6) RUNDO. Jaki powinien być mechanizm porodu przy zakładaniu kleszczy. Gazeta Lekarska. 1896.
- 7) RACZYŃSKI. Ob akuszerskich szczipcach. Żurn akusz. i žensk. bol. 1902.
- 8) KRIWSKI. K woprosu o szczipcach TARNIER. Żurn. akusz. i žensk. bol. 1903.
- 9) SKUTSCH. Polożnietwo operacyjne. Tłóm ros. 1903.
- 10) CYKOWSKI. Przyczynek do leczenia eklampsyi. Ginekologia. 1904.
- 11) SOŁOWJ. Postępowanie wyczekujące podczas porodu przy miednicy ścięsnionej w granicach conjugata vera 7—11cm. Tygodnik Lekarski. 1908.
- 12) BOCHEŃSKI. Wskazania i warunki operacyi kleszczowych. Dyskusya w Tow. ginek. lwowskiem—z udziałem prof. MARSA, CZYŻEWICZA i innych. Tygodnik Lekarski. 1908.
- 13) JORDAN i DOBROWOLSKI. Nauka o polożnietwie. 1908.
- 14) FENOMENOW. Operatiwnoje akuszerstwo. 1910.

### DZAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**196. Adolf Zeller.** Leczenie i wyleczenie chorych na raka środkami lekarskimi, wewnątrznie i zewnątrznie stosowanymi.

We wstępie do pracy niniejszej powiada prof. CZERNY, że wyniki otrzymane przez ZELLER'a i PAILLARD'a w leczeniu nie tylko raków skóry, ale i głębszych nacieczeń rakowych ucha, szczęki górnej, wargi, sutki i części pochwowej macicy, środkami najzwyczajniejszymi i w warunkach najpierwotniejszych praktyki prowincjonalnej, bez zabiegów operacyjnych, zasługują w najwyższym stopniu na uwagę i powinny zachę-

cać, zwłaszcza lekarzy praktycznych, do naśladowania. Środki te nie są nowe: składa się na nie kombinacja ciasta (*pasta*) arsenikowego (naśladownictwo dawnego *pulvis Cosmii*) z podawaniem wewnętrznem kwasu krzemowego (*Acidum silicicum*). Prof. CZERNY sądzi, że właśnie ciastu arsenikowemu należy się w tych razach lwia część skuteczności, gdyż usuwanie guza pierwotnego czyto przez operację, czy na drodze fizykalnej lub chemicznej pozostaje tymczasem najważniejszą częścią pomyslnego leczenia raka.

ZELLER metodą swą leczy już lat 17. Z początku stosował tylko kwas krzemowy wewnątrznie; w 8-u przypadkach raków skóry i miękkich części otrzymał: w 4-ch przypadkach wyleczenie, a w jednym — 3-letnią ciszę. Następnie zaczął stosować *Acidum silicicum* podskórnie lub śródmięśniowo pod postacią zastrzykiwań roztworu organicznych przetworów krzemu (*Siliciumester*), albo też wewnątrznie *Liquor Kali i Natrii silicici*. Próby z tymi środkami przekonały, że przetwory krzemowe są w stanie wstrzymać rozwój raka, również zmniejszyć guzy rakowe, nie dają jednak wyleczenia zupełnego; na większe zaś guzy, dotknięte rozpadem wpływu już prawie nie wywierają. Na takie guzy zaczął więc stosować ciasto arsenikowe i jednocześnie dawał chorem wewnątrznie proszki soli krzemowych. Ciasto ma przeszkadzać wytworzeniu się ptomain w rozpadających się guzach, a sole krzemowe mają niszczyć jeszcze żywe części nowotworu, zwłaszcza wypustki jego.

W ten sposób leczył 57-u chorych; z tych miał 44 wyleczenia i 3 przypadki śmierci. 10-u chorych pozostaje jeszcze w leczeniu. Materiał ten dotyczy starszych chorych, włóścian, dotkniętych rakami, na powierzechni ciała usadowionymi. Z nich 25 było ciężkich.

Sposób stosowania metody ZELLER'a jest następujący. Naprzód oczyszcza się benzyną guz i jego okolice. Następnie nakłada się grubo na guz ciasto arsenikowe, które autor nazywa *Cinnabarsana*. Skoro ciasto wyschnie, małe guzy zostają przykryte opatrunkiem kolidionowym, większe zaś wrzodziejące — gazą w 8-ro złożoną i warstwą waty. Opatrunek przymocowuje się do skóry zapomocą leukoplastu. Stosownie do działania całą tę procedurę powtarza się po 8—14-u dniach. Jednocześnie podaje się chorem wewnątrznie już od początku 3 razy dziennie po 1/2 grm. soli krzemowych (t. zw. *Nacasilicum*) w proszku z wodą. Proszki te podawać należy chorem, pomimo wyleczenia, jeszcze co najmniej przez rok cały. Na trawienie nie wpływają ujemnie, a przeciwnie — poprawiają je. Ciasto nie sprawia prawie żadnego bólu, jeśli guz jest mały, natomiast często wywołuje bole bardzo gwałtowne, trwające dni całe — jeśli guz jest większy. Na tkankę rakową ciasto działa bardzo silnie, na normalną zaś skórę lub błonę śluzową oddziałuje bardzo powolnie. Z początku guz obrzęka i znacznie się powiększa, zmieniając się na narośl gąbczastą barwy czekoladowej; tkanka normalna pod działaniem ciasta zmienia się na mazistą barwy żółtej. Wypustki rakowe, o ile nie zostały zniszczone przez arsenik, rozpoznac łatwo po barwie mocno czerwonej, brunatno-ciemnej, poziomkowej. Mięsaki zabarwiają się od ciasta na różowo. Gruczoły limfatyczne pozostają jasne o ile są zdrowe; gruczoły nowotworowo zmienione przyjmują barwę czekoladową. Skoro tkanka rakowa znekrotyzuje się i wypadnie, to na miejscu guza pozostanie owrzodzenie z dnem mazistem, żółtem, które pokrywa się ziarniną i prędko się goi. Wytworzy się blizna gładka i bardzo ładna.

Co do tego, czy w przypadkach ZELLER'a miało się rzeczywiście do czynienia z rakiem, to autor zapewnia, że w 20-u przypadkach był w możności rozpoznania swe potwierdzić badaniem drobnowidowem, w po-

zostałych zaś 37-u polegać musiał w tym względzie na znanych objawach klinicznych raka, zupełnie zresztą pewnych.

[Podajemy wiadomość o metodzie leczniczej ZELLER'a na odpowiedzialność prof. CZERNY'ego, dyrektora Instytutu badania raka w Heidelberg'u, w którym-to Instytucie ZELLER większą część swych obserwacji i badań wykonał. CZERNY, jak już wiemy, bardzo zachęca do jej wypróbowania. Czy jednak słusznie? Czy nie zbawiennie — dopóki nie zostanie poznana prawdziwa istota raka — nie próbować wcale półśrodków, ale od razu, wcześniej przystępować do radykalnego usuwania nowotworu zapomocą noża? P r z y p. s p r a w.].

(*Münchener medicinische Wochenschrift*. 1912, Nr. 34 i 35).

Z.

### 197. Rudolf Klotz. O stosowaniu pituitryny w zapaleniu otrzewnej.

W zapaleniu otrzewnej następuje ogólny paraliż naczyń zwłaszcza w obrębie nerwu trzewnego (*splanchnicus*), a wskutek tego gwałtowny napływ krwi do rozszerzonych od *maximum* naczyń brzusznych. To zaś pociąga za sobą ogólny spadek ciśnienia krwi, osłabienie czynności serca i zapad, a stan taki jest wielce niebezpieczny i może stać się nawet powodem śmierci. Niebezpieczeństwu zaradzić jednak mogą takie środki, które podnoszą ciśnienie krwi w naczyniach, już to działając wprost pobudzająco na ośrodki naczynioruchowe, już też działając pośrednio przez wywołanie skurczu mięśni gładkich w naczyniach obwodowych. Prócz tego środki te pobudzają działalność serca, jako *tonica*. Środkiem, który czyni zadość wszystkim tym wymaganiom, jest niezawodnie wyciąg z przysadki mózgowej (z tylnego jej płatu), noszący ogólną nazwę *pituitryny*.

Pituitryna podnosi trwale, lecz w stopniu umiarkowanym, ciśnienie krwi w naczyniach, a jednocześnie pobudza perystaltykę kiszek i działa moczopędnie; w ten więc sposób działa zupełnie celowo przeciwko następstwom szkodliwym zapalenia otrzewnej, mianowicie przeciwko poczynającemu się spadkowi ciśnienia krwi i poczynającemu się porażeniu kiszek, a wreszcie uwalnia organizm od jadu przez nerki.

Autor w dwu przypadkach zapalenia otrzewnej otrzymał wynik pomyślny. W obu ułatwiono odpływ wysiękowi zapomocą przedrenowania jamy otrzewnej, a przeciwko ciężkim objawom powtarzającego się kilkakrotnie zapadu zastosowano z powodzeniem wstrzyknięcia pituitryny.

Rozumie się, że z dwu tylko przypadków nie można jeszcze wprowadzić ostatecznego wniosku o skuteczności pituitryny w zapaleniu otrzewnej, w każdym jednak razie w przypadkach kooperacyjnego zapalenia otrzewnej radzi autor postępować w sposób następujący: skoro tylko rozpoznanie zapalenia otrzewnej ustalono, należy natychmiast brzocho na nowo ostrożnie otworzyć i jamę brzuszną przedrenować bez względu na to czy jest wysięk, czy go nie ma. Jeśli stan chorego jest ciężki, to przed otwarciem brzocho należy podnieść siły chorego, wstrzykując mu dożylnie pituitrynę. Zapady zaś, pojawiające się po operacji, leczyć trzeba zapomocą wlewań dożylnych roztworu soli kuchennej z pituitryną.

(*Münch. med. Wochenschrift*, 1912, Nr. 38 i *Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.* 1912 r., t. 36, zeszyt dodatkowy).

Z.

### 197. H. Iscovesco. Fizjologia czerwonych ciałek krwi; mechanizm autoregulacyjny wytwarzania krwi.

Według najbardziej rozpowszechnionego poglądu odtwarzanie krwi po obfitych jej utratkach nie odbywa się w samej krwi, ale wyłącznie

w narządach krwiotwórczych, t. j. w śledzionie i wątrobie, a przede-  
wszystkiem w szpiku kostnym, którego normoblasty przeobrażają się  
w krwinki; niektórzy badacze nawet sądzą, że wątroba i śledziona, pomi-  
jając przypadki wyjątkowe, są jedynie organami, gdzie się odbywa  
niszczenie starych ciałek czerwonych, oraz są zbiornikami żelaza, a tylko  
czerwony szpik stanowi narząd krwiotwórczy.

Autor stara się dowieść, że czerwone ciała krwi nie są tylko obo-  
jętymi przenośnikami tlenu, ale tworami o samodzielnem poniekađ ist-  
nieniu i o ściśle określonych właściwościach fizyologicznych. A więc  
krwinki w stanie normalnym fiksować mogą hemoglobinę, o czem się  
autor przekonał, umieszczając na czas pewien w probówkach z rozczy-  
nem hemoglobiny pewną liczbę zapomocą wirówki odosobnionych krwinek,  
których zawartość hemoglobiny określał przed i po doświadczeniu. Czer-  
wone ciała krwi mogą pochłaniać i inne jeszcze substancje, a przede-  
wszystkiem lipidy.

Autor niedawno dowiódł, że jeżeli królika zatruwać będziemy sto-  
pniowo małemi dawkami chlorku fenyldhrazyny, powodującego wybi-  
tną hemolizę tak, iż liczba krwinek się zmniejsza o połowę, a nawet  
o dwie trzecie, to pozostałe ciała z biegiem doświadczenia wzbogacać  
się będą w hemoglobinę i lipidy. Jeżeli dalej karmić będziemy zwie-  
rzęta dużemi ilościami cholesteroliny lub lipidów, to ich krwinki zawi-  
erac będą te substancje w zwiększonej ilości. Doświadczenia powyższe  
objaśnić mogą nam fakt, dlaczego w anemiach hemolitycznych wzra-  
sta odporność krwinek, zależna, jak wiadomo, od liczby pewnych za-  
wartych w nich lipidów. Prócz tego ciała czerwone częstokroć po-  
większają w tych warunkach swe wymiary.

Dalej według autora krwinki wyrabiają same w sobie hemoglobinę,  
która nigdzie w ustroju się nie wytwarza; inne narządy tylko w pewnych  
warunkach (np. w anemiach hemolitycznych) wchłaniać mogą i przera-  
biać tę część hemoglobiny, którą nie zdażą fiksować czerwone ciała  
jak powyżej powiedziano.

Masa krwinek codziennie ulega zagładzie (według obliczeń 30-ta  
część całkowitej liczby, a więc średnio 25 trylionów) pod wpływem roz-  
maitych czynników; otóż powstającymi stąd resztkami mógłby organizm  
uleść zatruciu; na szczęście jednak pozostałe krwinki, jak już wiemy,  
pochłaniają znaczną część hemoglobiny i lipidów; część hemoglobiny  
zatrzymuje wątroba i śledziona; część wreszcie lipidów chwyta układ  
nerwowy.

Prócz tego ciała krwi czerwone wyrabiają specjalny, przez autora  
wysobniony lipid (t. zw. lipid EIA), działający pobudzająco na układ  
krwiotwórczy: jeżeli na króliku wykonywać częste upusty krwi, to mniej  
więcej po 25-u dniach w normalnych warunkach następuje regeneracya  
krwi; gdy jednak królikowi takiemu jednocześnie będziemy zastrzyki-  
wali ów lipid, to regeneracya krwi odbywa się daleko prędzej i energicz-  
niej. Działaniem tego lipoidu objaśnić sobie możemy fakt, iż w ane-  
miach hemolitycznych daleko prędzej odtwarza się krew tak pod wzglę-  
dem liczby krwinek, jak i zawartości w nich hemoglobiny—niż w ane-  
miach krwotocznych. Spostrzeżenie powyższe objaśnia nam ten fakt,  
iż w niektórych postaciach bezkrwistości zastrzyknięcie pewnej ilości  
krwi całkowitej lub hemolizowanej daje wyniki bardzo pomyślne, pod-  
czas gdy iniekcje surowicy okazują się bezskuteczne.

Autor dochodzi do wniosku, że czerwone ciała, wytworzone w na-  
rządzie krwiotwórczym, po dostaniu się do obiegu żyje życiem samoist-  
nem, może elektywnie wchłaniać rozmaite substancje, może wytwarzać

pewne, dla ekonomii ustroju bardzo ważne, ciała (np. ów lipid EIA), słowem—zachowuje się tak, jak jednokomórkowy gruczoł o wydzielaniu wewnętrznym.

(*La Sem. médic.* 1912, Nr. 39).

A. Lande.

## Wiadomości bieżące.

— D. 17. b. m. profesor LUDWIK RYDYGIER rozpoczął 26-y rok działalności profesorskiej. Z tej okazji Redakcja składa czeigodnemu Jubilatowi najserdeczniejsze życzenia.

— W dniu 6-ym b. m. kol. KSAWERY WATRASZEWSKI obchodził trzydziestolecie pracy swojej na stanowisku naczelnego lekarza szpitala Św. Łazarza. Szanownemu Jubilatowi „Gazeta Lekarska” zasyła serdeczne życzenia dalszej owocnej pracy.

Z powodu jednoczesnego jubileuszu kolegów WATRASZEWSKIEGO i ŻERY Redakcja „Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych” poświęciła ostatni zeszyt swego czasopisma obydwu jubilatowi. Zeszyt zawiera krótkie życiorysy jubilatów, ozdobione ich wizerunkami, oraz prace kolegów KOPYTOWSKIEGO, R. BERNHARDT'a, WOJCIECHOWSKIEGO, PSTROKOŃSKIEGO, RACINOWSKIEGO, WERNICA, F. MALINOWSKIEGO i GIEDROYCIA.

— Naczelnym lekarzem miejskiego Zakładu Położniczego przy ul. Karowej mianowany został dr WŁODZIMIERZ POPIEL. Zakład, zbudowany na 70 łózek, otwarty zostanie w przyszłym miesiącu.

— W dniu 11-ym b. m. w lokalu Towarzystwa Farmaceutycznego Warszawskiego odbyło się uroczyste posiedzenie członków Towarzystwa i zaproszonych gości z powodu czterdziestolecia jego istnienia.

Warszawskie Towarzystwo Farmaceutyczne powstało w r. 1872 głównie dzięki staraniom LILPOPA, F. SZTEYNERA, ED. ANDERSA i W. KARPIŃSKIEGO. Zawdzięczając wielkiej ofiarności nielicznych początkowo swych członków, Towarzystwo już po niewielu latach doszło do posiadania własnej biblioteki, gabinetów farmakognostycznego, mineralogicznego, fizycznego; uzyskało zbiór przyrządów i przetworów chemicznych, zielnik botaniczny, zbiór preparatów anatomicznych i t. p. Zbiory botaniczne Towarzystwa, powstałe głównie staraniem i ofiarnością F. KARA, należą do najbogatszych w kraju.

Od r. 1874 Towarzystwo posiada własny organ „Wiadomości Farmaceutyczne”, redagowane kolejno przez J. MROZOWSKIEGO, K. WENDE, W. WIOROGÓRSKIEGO (zmarłego nagle podczas obchodu jubileuszowego Towarzystwa, dla którego tyle zasług położył), J. KUŚMIERSKIEGO i wreszcie dra St. WEILA, obrazujący usiłowania naukowe członków Towarzystwa. Pod egidą Towarzystwa wydano pozaatem szereg podręczników i prac naukowych książkowych (Historia farmacji w Polsce — K. WENDY, Słownik synonimów farmaceutycznych — W. WIOROGÓRSKIEGO, Rośliny lekarskie — BIEGAŃSKIEGO i inne). Niemal od początku swego istnienia Towarzystwo organizowało odczyty naukowe oraz wykłady dla uczniów farmacji, ogłaszało konkursy na prace naukowe i brało udział w kongresach naukowych.

Powstała przy Towarzystwie „kasa wsparcia podupadłych farmaceutów oraz wdów i sierot po nich pozostałych”, jest zarządzana przez specjalny Komitet.

Od r. 1899 Towarzystwo nabyło na własność obecną swoją siedzibę — dom przy ul. Długiej Nr. 16. Pozyskanie własnego lokalu pozwoliło Towarzystwu na wcielenie w czyn dawnego projektu założenia własnej pracowni analitycznej, która pomyślnie rozwijała się pod kierunkiem początkowo M. BIALOBRZESKIEGO, a od r. 1900 — M. STĘPOWSKIEGO i E. KOPERSKIEGO. W r. 1906 Towarzystwo bezinteresownie oddało pracownię tę na użytek Tow. Kursów Naukowych, które zorganizowało w niem licznie uczęszczane wykłady pp. MIŁOBĘDZKIEGO i SOSNOWSKIEGO. Od r. 1909 pracownią zarządza dr St. WEIL.

Niepoślednią zasługę Towarzystwa stanowią w różnorodnej postaci ujawniające się usiłowania jego ku rozbudzeniu ruchu umysłowego pośród młodzieży farmaceutycznej (konkursy naukowe, wycieczki botaniczne i t. p.). Nie ostatnie miejsce zajmują też tu energiczne starania władz Towarzystwa w sprawach zawodowych właścicieli aptek i ich pracowników.

Czterdziestoletnią działalność Towarzystwa koronuje wreszcie doniosły dla aptek fakt założenia w r. b. jubileuszowym specjalnego Towarzystwa ubezpieczeń od ognia dla aptek p. f. „Farmakon“.

Skreślone powyżej w krótkości dane z dotychczasowego życia organizacji zawodowej naszych właścicieli aptek aż nadto świadczą o jej żywotności i pozwalają niechybnie wróżyć jej dalszy pomyślny rozwój.

W imieniu organizacji lekarskich naszego miasta składali Towarzystwu Farmaceutycznemu życzenia koledzy W. GAJKIEWICZ i K. RZĘTKOWSKI. Do życzeń ich „Gazeta Lekarska” dołącza również od siebie serdeczne — *ad multos annos*.

— Z inicjatywy Polskiego Komitetu do badania i zwalczania raka Komisya zarządzająca pracownię Towarzystwa Naukowego zgodziła się w zasadzie na utworzenie przy zakładanym obecnie Instytucie biologicznym pracowni do badania nowotworów.

Niezwłocznemu założeniu tej pracowni, jak się dowiadujemy, stoi na przeszkodzie przede wszystkim brak środków pieniężnych. Wobec niezmiernej wagi, jaką mają dla medycyny badania nad nowotworami w celu bliższego ich poznania i wynalezienia radykalnych metod leczniczych, uważamy tę decyzję Towarzystwa Naukowego Warszawskiego za nader doniosłą dla medycyny polskiej i radzibyśmy widzieć jej urzeczywistnienie w jak najprędszym czasie.

W celu prowadzenia badań nad nowotworami, a zwłaszcza nad rakiem, utworzono już w wielu miastach za granicą, kosztem dużych ofiar, wspaniałe pracownie, w których znacznie posunięto już naprzód naukę o powstawaniu i leczeniu nowotworów.

Sądzymy, że i u nas ogół lekarzy uzna za niezbędne założenie podobnej pracowni i postara się poprzeć w tym celu Tow. Naukowe Warsz. w ten lub w inny sposób.

— Przewodniczący Komitetu Polskiego do badania raka, kol. M. REJCHMAN złożył tysiąc rubli na utworzenie pracowni do badania nowotworów przy Tow. Naukowym Warszawskim.

— W ostatnich czasach treść i forma ogłoszeń lekarskich w pismach naszych codziennych zaczyna coraz jawniej przekraczać ramy, przez najpobłażliwszą nawet etykę lekarską dozwolone. Coraz więcej też zaczynamy pośród siebie odkrywać znakomitości, których przyjazd z zagranicy lub wyjazd na studia albo na kongresy zagraniczne obwieszczają rzeszom kuryery w tekście. To, co się teraz dzieje w zakresie reklamy lekarskiej u nas, dochodzi już niewątpliwie do kresu tolerancji. Zwłaszcza górują pod tym względem ogłoszenia lekarzy syfilidologów, w których ku zbudowaniu naiwnych chorych wyliczone są nieledwie wszystkie metody leczenia chorób skórnych i wenerycznych, jakie ma nauka współczesna. Mamy tu więc i najrozmaitsze rodzaje masażów („seksualny (?) masaż”), i najpiękniej utytułowane metody zastosowania światła, ciepła etc, mamy też i „606” i „914”; mamy wreszcie zachwalanie niesmaczne metod dyagnostycznych. Gabinet lekarza zamienia się coraz to szybciej w budę jarmarczną, do której wnętrza wrzaskliwa reklama ściąga naiwnych...

Czujemy się w obowiązku przypomnieć na tem miejscu ogółowi kolegów, że nie istniejące dziś już Stowarzyszenie Lekarzy Polskich opracowało przepisy o ogłoszeniach lekarskich, które zgromadzenie ogólne członków Stowarzyszenia w d. 21. kwietnia 1910 r. przedyskutowało i przyjęło. Chociaż Stowarzyszenie Lekarzy Polskich dziś już nie istnieje, to jednak wszelkie uchwały jego nie utraciły swej mocy. § 7-y tych przepisów brzmi: „wzbroniona jest lekarzom... wszelka reklama, uwłaczająca godności stanu lekarskiego”, § zaś 8-y wyjaśnia, że „za taką reklamę uważa się:.. c) umieszczanie... ogłoszeń o specjalnych metodach leczniczych lub metodach rozpoznawczych, chociażby



jawnych". Tyle mówią przepisy, które nas wszystkich obowiązują. Niestety zaznaczyć trzeba, że lekarze, uprawiający powyżej przytoczoną reklamę, są wobec naszych stowarzyszeń poza „sferą osiągalności”, przeważnie bowiem do żadnych zrzeszeń lekarskich polskich nie należą. Nie pozostaje nam więc nic innego, jak tylko piętnować najsurowiej takie naigrawanie się publiczne z etyki lekarskiej, i jak najczęściej zaznaczać, że uczciwy ogół lekarzy warszawskich uważa za karygodne takie reklamiarstwo. Co się zaś tyczy wzmianek w tekście pism politycznych, to i te są przedmiotem osobnego punktu w „przepisach”: § mianowicie 10-y owych przepisów głosi: „za reklamę ukrytą, uwłaczającą czci lekarza... uważa się starania o wzmianki osobiste w tekście pism codziennych”. Kto zna technikę powstawania owych wzmianek, ten wie, że po największej części są one wynikiem „starania”, które tak potępia przytoczony § 10-y. Tem więc przykrzejsze wrażenie robią owe wzmianki, jeżeli dotyczą lekarzy, którym z różnych powodów godziłoby się dbać lepiej o swe dobre imię.

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

	od 30-go września	do 7-go października.	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
ospa	2	1	—	—	—	3	
szkarlatyna	11	2	2	—	2	9	
dur brzuszny	1	—	—	—	—	1	
dyszenterya	7	2	3	—	—	6	
Ogółem	21	5	5	2	—	19	

Zarząd fabryki chemicznej J. D. RIEDEL prosi nas o zaznaczenie, że reklamowany w pismach środek przeciwgruźliczy „Pinol Riedel” nie jest wyrabiany przez tę fabrykę. Wynalazcą tego środka jest niejaki RIEDEL, mieszkaniec gub. Saratowskiej, nie lekarz i nie chemik.

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 OGŁOSZEŃ: 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, 1/2 str. rub. 11, 1/4 str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, 1/2 str. rub. 8, 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, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossebeerstr. 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.