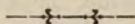


GAZETA LEKARSKA.

I. WSPÓŁCZESNA HEMATOLOGIA KLINICZNA ZE STANOWISKA PRAKTYCZNEGO.

Skreślił

Józef Piotrowski.



W ostatnim dziesięcioleciu badania krwi uzyskały prawo obywatelstwa we wszystkich niemal poważniejszych klinikach zagranicznych. Prąd ten jest właściwie tylko nowym zwrotem ku staremu kierunkowi; spojrzawszy bowiem w przeszłość, przekonywamy się, że krew, jako jeden z „kardynalnych soków“ zwierzęcych, zajmowała lekarzy od niepamiętnych czasów, tak, iż historia hematologii jest poniekąd historią całej medycyny. Po bankructwie odwiecznej patologii humoralnej w zeszłym stuleciu nastąpił okres zupełnego rozczarowania i nieufności ogółu ku wszystkiemu, co się tyczyło patologii krwi i ani neo-humoralizm, ani głosy poważnych badaczy [NASSE, PIORRY, C. SCHMIDT, BECQUEREL, RODIER i CL. BERNARD] nie zdołały podźwignąć z upadku zdyskredytowanej nauki. Zwrot na pole badań realnych, jaki obecnie widzimy, przygotowywał się, acz zwolna, od dość dawna. Cofano się jednak od zbierania pozytywnych danych z powodu trudności zadania, niedokładności wyników i ogólnego sceptycyzmu. Najlepszym jednak dowodem, że już przed kilkudziesięciu laty w sferach naukowych rozumiano i uznawano ważność badań krwi, mogą służyć słowa, jakie wypowiedział stary J. VOGEL ¹⁾ „*Die Veränderungen der Blutmischung, welche wir bis jetzt sicher kennen, bilden offenbar mit einen kleinen Teil derer, die in der Natur vorkomen, und meiner Ueberzeugung nach muss die eifrige Bearbeitung dieses wichtigen Gebietes eine der Hauptaufgaben der nächsten Zukunft bilden*“. I teraz jeszcze moglibyśmy to samo powtórzyć mimo to, iż coraz większa falanga pracowników wyzyskuje to odłogiem leżące pole, głównie dzięki ułatwionym, a przedewszystkiem uproszczonym metodom badania. Literatura przedmiotu wzrosła już do niesłychanych rozmiarów. Główni współcześni przedstawiciele nowego kierunku badań są: HAYEM, HENOCQUE, MALASSEZ, GOWERS, EHRLICH, NEUSSER, LIMBECK, HAMBURGER, GRADWITZ, BIERNACKI, BIZZOZERO, MARAGLIANO i inni.

Prócz wielkiej monografii HAYEM'a ²⁾, z dzieł, usiłujących przedstawić

¹⁾ Handbuch der spec. Path. und Therapie, red. VIRCHOW. 1854, T, I, str. 373.

²⁾ Du sang Paryż. 1889.

11 1770

pewien całokształt omawianego przedmiotu [głównie na tle osobistych badań autorów] wypada nam tu zaznaczyć REINERT'a ¹⁾, LIMBECK'a ²⁾, GRAVITZ'a ³⁾ i SCHMALTZ'a ⁴⁾]

Na tem miejscu nie zajmują nas te badania laboratoryjne, które wymagają poświęcenia się im ze strony fizyologa-chemika, lub bakteryologa; nie wchodzimy również w patologię przemiany materyi, jakkolwiek ta ostatnia była i jest w ścisłym związku z hematopatologią. Pozostawiając na uboczu współczesne badania teoretyczno naukowe, zapytujemy się ze stanowiska lekarza-praktyka, jakie już otrzymano rezultaty i czego się na przyszłość spodziewać należy.

Niektórzy, niepomni na doświadczenie przeszłości, marzą o tem, by z badań krwi mieć niezawodne wskazówki do rozpoznania i rokowania w danym przypadku. Mimo wszelkich metod i całego rozkwitu hematologii musimy się jednak wyrzec stanowczo budowania jakichś systematów nozograficznych na hematologicznym gruncie. Przeciwnie, zapatrując się na krew, jako na organ, pośredniczący w przemianie materyi, a stojący w ścisłym związku z wszystkimi narządami, nie powinniśmy się dziwić, że daje mniej wyraźnych objawów, niż jakikolwiek inny narząd.

Bardzo wielu znowu, dotychczas jeszcze uważa wykonywanie jakiegokolwiek badania krwi w praktyce lekarskiej za zbyt techniczne, lub też rezultaty za zbyt niedokładne i w ogóle nie przedstawiające bezpośredniego realnego pożytku. A jednak, jak to poniżej zobaczymy, materyał, jakiego nam dostarcza klinika z badań krwi, bezwarunkowo może już znaleźć pewne zastosowanie praktyczne.

Przedewszystkiem, przyznając pewną niedokładność naszym podręcznym sposobom badania, musimy przypomnieć, że w ogóle nasze metody ilościowe, kliniczne, nie grzeszą dokładnością, a jednak wystarczają, gdy chodzi nie o przyrodniczo-naukowe, lecz o praktyczno-lekarskie interesy. Również przyznajemy, że w większości przypadków, przy dzisiejszym stanie nauki, zabieg klucia palca choremu nie przedstawia praktycznej korzyści. W każdym jednak ważniejszym, jak i w każdym wątpliwym przypadku krew powinna być zbadaną przynajmniej w tym kierunku, w jakim, zgodnie z doświadczeniem lat ostatnich, można się spodziewać pewnych danych patologicznych.

Rozpatrzmy więc, jakie możemy mieć dane z podręcznego badania krwi w kierunku rozpoznania, rokowania oraz co do przebiegu i leczenia chorób.

Przedtem jednak musimy położyć nacisk na to, żebyśmy uważali badanie krwi za współrzędne z innymi metodami obiektywnego badania, np. sondowanie żołądka, wypukiwanie i t. d.; z tego wynikają bowiem następujące konsekwencye: badanie krwi tak samo, jak każda inna metoda, wymaga

1) Die Zählung der Blutkörperchen und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie. Lipsk. 1891.

2) Grundriss einer klinischen Pathologie d. Blutes. 2-e wyd. Jena. 1896.

3) Klinische Path. des Blutes Berlin. 1896.

4) Krankheiten d. Blutes. [Bibliothek des Arztes].

osobistej wprawy i doświadczenia zarówno w technice, jak i w ocenie zebranych danych. Następnie, jak w ogóle przy rozpoznaniu przynajemy raz jednej, drugi raz innej metodzie pierwszeństwo, zależnie od natury przypadku, najczęściej jednak uzupełniając i kombinując je z sobą, tak samo rzecz się ma i tutaj. Badanie krwi nigdy nam nie zastąpi badania innych narządów. A jeżeli przy badaniu klinicznym nie opuszczamy choć pobieżnie żadnego z tych ostatnich, jeżeli badamy skrupulatnie mocz, dlaczego mielibyśmy nie zwracać uwagi na krew samą?

Zmian bezwarunkowych, patognostycznych i w hematologii prawie nie mamy, nawet dla t. zw. chorób krwi. Żaden drobnowidzowy obraz sam w sobie nie ma nic decydującego o jakiegokolwiek klinicznej formie niedokrwistości. Negatywny rezultat badania krwi nie pozwala nam jeszcze bezwzględnie wyłączyć malaryi, lub zaszczadzenia. Również możebnem jest, że z samego badania krwi trudno, a nawet czasem niepodobna odgraniczyć leukocytozę, sarkomatozę i leukemię.

Z drugiej strony prawdą jest, że nieraz możemy postawić dyagnozę tych i wielu innych stanów i bez badania krwi, jak np. możemy mówić o gruźlicy lub o zapaleniu nerek i bez oglądania płwociny lub moczu. Najczęściej jednak w naszym myśleniu obracamy się wśród większych lub mniejszych prawdopodobieństw i nie powinniśmy nigdy zaniechać sposobu, który przez wykazanie *ad oculos* może nadać rozpoznaniu albo zupełną pewność, albo przynajmniej prawdopodobieństwo tegoż zwiększyć.

Z odpowiedniego badania krwi jesteśmy w stanie wprost etyologicznie rozpoznać takie stany chorobowe, jak: malarya i jej typy, *recurrens*, hemoglobinemii i methemoglobinemia, zatrucie CO, wreszcie leukemia. Co się tyczy dwóch pierwszych, to zarówno na świeżych, jak i na barwionych preparatach dadzą się odszukać znane, specyficzne pasożyty. Nie wchodzimy tu w bliższe szczegóły tych ciekawych faktów, stanowiących jeden z największych tryumfów nowoczesnej hematologii, by nie rozszerzać zbytnio niniejszego szkicu¹⁾. Należy nam jeszcze dodać następujące dane, mogące służyć pomocą w rozpoznaniu: w czasie napadu gorączki malarycznej nie spostrzegano nigdy w naszym klimacie leukocytozy we krwi, natomiast zwiększoną liczbę komórek eozynoflowych.

Co do *spirochaete Obermeieri*, to w razie trudności odszukania, radzą zatrzymać preparat [w cieple] przez parę godzin, co wystarcza, by ich liczba o tyle wzrosła, żeby były widoczne na każdym polu²⁾.

Hemoglobinemię uważamy za niezaprzeczenie dowiedzioną, jeśli surowica krwi, wydobytej za pomocą szprycki, bańki, lub pijawki, ma zabarwienie ru-

¹⁾ DĄBROWSKI. O plasmodjach malarycznych. Pam. W. T. Lek.

LEWKOWICZ. Ueber den Entwicklungsgang u. die Einteilung d. Malaria-Parasiten. Centrbl. f. Bacteriologie. 1897, Nr. 4.

MANNABERG. Malaria-Parasiten. Wiedeń. 1893.

RENCKI. Przyczynek do biologii postaci półksiężycowych pasożyta zimnicy złośliwej. Przegl. Lek. 1897, Nr. 8.

²⁾ LIMBECK. L. c. str. 296.

binowe. Trzeba jednak uważać, aby szkło było zupełnie suche. Methemoglobinę, najważniejszą toksyczną zmianę hemoglobiny, odkrywamy przez stwierdzenie [w neutralnym roztworze] wąskiego paska absorbcyjnego między czerwoną a pomarańczową barwą w najzwyczajszym spektroskopie („à vision directe“).

Dla ujawnienia CO-Hmgb. wystarcza zagrzanie krwi z 10% NaOH, przy czym O-Hmgb. staje się zielono-brunatną, a CO-Hmgb. zatrzymuje swój kolor wiśniowy, czy karminowy [HOPPE-SEYLER¹⁾]. Zanim przejdziemy do leukemii i innych chorób krwi, w których dostępne nam badanie tej ostatniej nie wykrywa już, jak to zaznaczyliśmy, nic specjalnie charakterystycznego, musimy zobaczyć, jakie w ogóle zmiany krwi możemy skonstatować i przy jakich stanach patologicznych.

Najprostsze i podręczne metody badania krwi są: liczenie bądź to czerwonych, bądź też białych ciałek, ilość barwnika [hemoglobinometrya], drobnowidzowe badanie świeżej krwi i barwionego preparatu. W drugim rzędzie musimy postawić ciężar właściwy, zdolność krzepnięcia, wreszcie zasadowość.

Jak widzimy, uproszczenie metod nastąpiło głównie w kierunku morfologicznym i rozumie się, sprowadziło to przewagę badań w tymże kierunku, który jednak dla rozpoznawania spraw zawyłych jest niedostatecznym. Dla tego też wielu znowu się zwraca ku czynnikom chemicznym i, być może, w przyszłości będziemy posiadali proste sposoby bardziej wszechstronnego badania krwi.

Zjawiska hyperotomii, *resp.* izotomii, natury krzepnięcia, siły bakteryologicznej i t. p., jakkolwiek same przez się bardzo interesujące, dotychczas bezpośrednich praktycznych zastosowań nie dały, dla tego musimy je pominąć milczeniem.

Nie będę się zatrzymywał nad samymi metodami i przyrządami dzisiejszego klinicznego badania krwi, jako ogólnie znanymi. Zresztą czytelnik znajdzie potrzebne informacyye w specjalnych podręcznikach, lub też w instrukcyach, dodawanych przez fabrykantów do każdego przyrządu. Tylko kilka uwag chciałem tu zamieścić.

Do liczenia czerwonych ciałek uważam za najodpowiedniejszy płyn Torsion'a [NaCl 1,0 grm., *Natrii sulfur.* 8,0, wody destylowanej 160 ctm. sz., gliceryny 30 ctm., ewentualnie można dodać Methylviolett 5 B. odrobinę $\frac{1}{4}$ decigr. gdyż najlepiej zachowuje ich formy i inne właściwości oraz najrównomierniej je rozdziela. Następnie trzeba baczyć, by platforma, okalająca kamerę THOMAZEISS'a, była suchą, a szkiełko przykrywkowe szczelnie przylegało. Do liczenia białych ciałek bierzmy rozcieńczenie 1:10, a dla czerwonych 1:100, jeśli mamy spodziewać się ich znacznego zmniejszenia, w innym razie 1:200. Czasem i dla białych używamy rozcieńczenia 1:20. Przeliczenie leukocytów w 16 polach kwadratowych dla celów praktycznych najzupełniej wystarcza, jak również przeliczenie 5—10 pól □ dla oznaczenia cyfry erytrocytów, przy-

¹⁾ L. c. str. 43.

czem cyfry ich rzeczywiste otrzymujemy od razu ¹⁾: Uprzednie dezynfekowanie palca wydaje mi się zbytecznym, o ile nakłuwacz jest aseptyczny, a palec niezbyt brudny. Wykonywałem w ten sposób nakłucia setki razy bez śladu zakażenia. Przytem obrabianie palca wyskokiem i eterem może nie być objętnem dla rezultatu badania. Przypuszczam, że w ten sposób otrzymane cyfry niższe od rzeczywistych. Główne więc nasze metody są: liczenie, barwienie i kolorymetria. Po za tem dokładniejszych badań analitycznych w życiu codziennem wykonywać, ani praktycznych wniosków z nich dotychczas wyciągać nie było możebnem. Nic też dziwnego, że materyał, zdobyty skromnymi środkami, nie przedstawia się bogato.

Przejrzawszy obfitą literaturę, musimy przyjąć następujące cyfry, jako normę. Czerwonych ciałek 5000000, u kobiet 4500000 w mm. sz.. Białych ciałek 7000 do 8000. Wahania pierwszych o milion, a drugich o 2000 w tę lub drugą stronę nie upoważniają przy jednorazowym zbadaniu do żadnych wniosków. Barwnik oznaczamy kolorymetrycznie [FLEISCHL, GOWERS] w odsetkach normy 100% [=14 Hmgb.]. Ciężar właściwy krwi [1058] i surowicy [1028] oraz zasadowość [O.5%NaOH] ulegają też znacznym wahaniom u zdrowych, szczególnie pierwszy i ostatnia ²⁾. W ogóle musimy zaznaczyć, że wiele rzeczy, uznawanych do niedawna [alkaliczność i jej wahania, zawartość żelaza, rola megaloblastów i t. d.], obecnie zakwestyonowano, lub odrzucono. Dla tego też nawet w najnowszych wydaniach podręczników patologii oraz dyagnostyki znajdujemy niedostateczne, lub wprost błędne informacje. Dotychczasowe wyniki przedstawiają się zaś, jak następuje.

Policytemię mieć możemy: w pierwszym tygodniu u noworodków, w klimacie morskim (?), w górach, t. j. przy nizkiem ciśnieniu atmosferycznem. Co do tego ostatniego, już dawno znanego faktu, to warto byłoby zestawić i porównać wzajemną zależność między wzniesieniem nad poziom morza i ciśnieniem barometrycznem z jednej, a liczbą erytocyków w mm. sz. u ludzi i zwierząt z drugiej strony ³⁾. Dalej policytemię możemy mieć po konwulsjach, w cholercie (*stad. algidum*), *coma diabeticum*, przy niektórych zatruciach [fosfor, tlenek węgla], w chorobach serca [szczególnie prawego oraz wadach zastawki dwudzielnej], w okresie dłużej trwającej dyskompensacyi, wreszcie czasem przy błonicy.

Policytemia zdaje mi się być w pewnym związku z zaburzeniami gospodarstwa wodnego w ustroju z jednej strony, z drugiej zaś ze stosunkowem wzmoczeniem ciśnienia krwi. Chciałem przytem zwrócić uwagę na badania w tym ostatnim kierunku za pomocą t. zw. sfigmomanometru BASCH'a [Wie-

1) Oznaczmy przez n znalezionej sumę czerwonych ciałek w 5-1u polach kamery [=80 kwadracików], wówczas liczba ich w mm. sz. wynosi $\frac{n \cdot 200 \cdot 4000}{80} = n \cdot 10000$. Tak samo dla leukocyków otrzymany $\frac{n \cdot 10 \cdot 4000}{10 \times 16} = \frac{10000 \cdot n}{64}$. Przy rozcieńczeniu 1:20, otrzymamy $\frac{n}{32} \cdot 10000$.

2) A. BIERNACKI. Zatrucie kwasem i zasadowość krwi. *Medycyna*. 1896, Nr. 15.

3) GRAWITZ i LIMBECK, str. 222

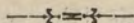
deń], z którym też łatwo osiąść wprawę^{1) 2)}. Ważność obserwowania zmian ciśnienia w chorobach ogólnych i krwiobiegę zdaje się nie ulegać wątpliwości: sfigmomanometr mógłby oddać poważne usługi w rozpoznaniu, rokowaniu, lub wskazaniach terapeutycznych. [D. n.]

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU EWANGELICKIM W WARSZAWIE

II. DWANAŚCIE PRZYPADKÓW CIĄŻY ZAMACICZNEJ. UWAGI.

Podał

D-r Fr. Stepkowski.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Spostrzeżenie VI. *Haematosalpina sinistra, rupta.*

L. K., lat 30 licząca, przybyła na oddział 28. IX. 1894 r. Pierwszą miesiączkę dostała w 15-ym roku życia. Zamężna od 10-iu lat. 6 razy zachodziła w ciążę: 4-ro dzieci rodziła czesnych i w końcu odbyła dwa poronienia, pierwsze w 4-tym miesiącu, a drugie w 3-im przed 7-iu tygodniami i od tego czasu czuje się chorą. Przed tem ostatniem poronieniem miesiączkowanie wstrzymało się przez 6 tygodni. Zewnętrznych objawów ciąży brak i przez ściany brzuszne nie osobiwego zanważyć nie można. Badanie przez pochwę wykazuje: macica nie powiększona, *laterodextroversio*, mało ruchoma i ku górze uniesiona; poza macicą wyczuwa się ciało okrągławej formy, wielkości pomarańczy, nieruchome, niebolesne, dość miękkie; dolny odcinek jamy DOUGLAS'a wypukła się nieco do pochwy i daje pod palcem uczucie trzeszczenia, jakby krwi skrzepłej. Zgłębnik wykazuje jamę macicy pustą.

Po otwarciu jamy otrzewnej okazał się guz lewego jajowodu; jama DOUGLAS'a wypełniona nieznaczną ilością skrzepów krwi, które tak mocno przystawały do dna jamy, że odrywać ich było rzeczą dość ryzykowną. Wygarnięto zatem, o ile można było, tylko powierzchowne warstwy tępą łyżeczką NEUGEBAUERA, guz następnie wycięto po przedniem podwiązaniu. Maciczny koniec lewego jajowodu mało zmieniony wynosił 2 ctm., następnie druga część rozszerzona, stanowiąca guz, miała 8 ctm. długości i 6 ctm. szerokości. W środku guza od dołu jest otwór, jako miejsce pęknięcia. Po przecięciu guz okazał się wypełnionym skrzepami i płynną, ciemną krwią; płodu nie znaleziono. Trzecia część zewnętrzna jajowodu lewego wynosiła do 3 ctm.. Prawy jajnik i jajowód prawidłowe; lewy jajnik zwyrodniały.

Dnia 29. X. Chora wyzdrowiała.

1) BASCH. 15 Jahre Blutdruckmessung. Wien. med. Woch. 1896, Nr. 15.

2) FEDERN Ueber Blutdruckmessung am Krankenbette ibid. Nr. 51.

Spostrzeżenie VII. *Graviditas extrauterini, tubaria, dextra, rupta. Haematocele suppurativa.*

Z. C., lat 36 licząca, przybyła do szpitala 3. III. 1895. Zameżna od 10-iu lat, rodziła czworo dzieci; ostatni poród przed 4-ma laty; podczas ostatniej ciąży miała krwotok, trwający kilka tygodni. W styczniu 1895 r. miesiączki nie miała; 10-ego lutego i przez następne 3 dni dostała jakoby prawidłową miesiączkę, czwartego zaś dnia zjawił się krwotok i trwa aż do obecnej chwili.

Przez ścianę brzuszną wyczuwa się poza macicą guz wielkości pięści dorosłego człowieka. Guz ten nieruchomy, o powierzchni dość gładkiej, twardy, bolesny przy ucisku, z kośćmi miednicy w związku nie jest, wypukła nieco tylne sklepienie i daje objaw jakby głębokiego chelbotania. Macica nieco powiększona, ku górze i przodowi przez guz odepchnięta. Siniego zabarwienia wejścia do pochwy, ani wydzielania się siary z gruczołów sutek zauważyć nie można.

Nagle 14. III. występuje znaczne pogorszenie: bladeść nadzwyczajna twarzy, zaćmienie w oczach, dreszcze, tętno 120, znaczna bolesność w dolnej części brzucha. W kilka dni później zanotowano: cała jama małej miednicy wypełniona krwią, macica teraz wyczuwa się jakby leżała pośrodku guza. Chora, nie zgadzając się na proponowaną operację, wypisała się z oddziału, jednak czując się coraz gorzej w domu, przybyła powtórnie do szpitala 29. V. i teraz błagała o operację. Objawy ropnicowe, ciepłota wieczorna 40,6° C.. Następnego dnia otworzono jamę otrzewnej: *in parametrio dextro* był jeden ogromny ropień, drugi *in parametrio sinistro*, trzeci powyżej tego ostatniego pomiędzy kiszki. Ropa ogromnie cuchnąca, zrosty znaczne z sąsiednimi tkankami. Po wypuszczeniu ropy, przemyciu jamy otrzewnej 2% roztworem kwasu borowego, założono worek Mikulicza z gazy jodoformowej i ścianę brzuszną zaszyto. Ze względu na ciężki stan chorej powątpiewaliśmy, czy uda nam się uratować ją jeszcze. Następnego dnia chora niespokojna, majaczy, tętno 100, ciepłota 38,5° C.. Ponieważ przypuszczano, że te objawy mózgowie zależą od otrucia jodoformem, zawartym w gazie, więc gazę tego dnia wyjęto. podniesienie ciepłoty trwało jeszcze przez 2 tygodnie i powoli ciepłota opadła do normy. Chora widocznie poprawiać się zaczęła i wypisaną została 3. VIII jako zupełnie zdrowa.

Spostrzeżenie VIII. *Graviditas extrauterina, tubaria, dextra, rupta.*

S. R., lat 36 licząca, przybyła do szpitala dnia 6. XII. 1894 r.. Zameżna od 18 lat. Rodziła 7-ro dzieci, z których troje żyje. Raz tylko poroniła w 3-im miesiącu. Ostatni poród przed 7-iu laty. Miesiączkowanie zawsze miała prawidłowe. Przed 8-iu tygodniami miesiączka zatrzymała się, trwało to 6 tygodni, a od 2-eh tygodni chora krwawi ciągle. Przez ścianę brzuszną wyczuwa się guz poza macicą, wielkości główki noworodka, bolesny, nieruchomy, dość twardy; macica widocznie powiększona, miękka przez guz przyparta do spojenia łonowego i ku górze podniesiona. Badanie przez pochwę: przez tylne sklepienie wyczuwa się guz, dający uczucie głębokiego chelbotania i wyraźne „*Schnee-Knitter.*“. Ciepłota prawidłowa. Dnia 23. XII. guz był tylko

wielkości pomarańczy. W takim stanie chora wypisała się z oddziału na własne żądanie.

D. 5. I. 1895 r. chora przybyła powtórnie do szpitala ze znacznem pogorszeniem. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny, wstrząsające dreszcze. Przystąpiono natychmiast do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej i uwolnieniu od zrostów kiszki, przedstawił nam się guz ściśle zrośnięty ze ścianami jamy DOUGLAS'a. Około 400 grm. krwi ciemnej, skrzepłej, cuchnącej wydalono z jamy DOUGLAS'a; ponieważ zaś doszczętnie nie udało się oczyścić jej tępą łyżeczką, więc przeprowadzono do pochwy pasek gazy jodoformowej. Ciepłota wieczorem 38,2° C., następnego zaś dnia prawidłowa, gazę wyjęto 11. I. Chora wypisana uzdrowiona 16. I. 1895 r..

W pozostałych czterech przypadkach, jak wspomniałem, była robiona *koeiotomia vaginalis* w celu usunięcia wylewu krwi i jaja płodowego, bez względu na stan, w jakim się znajdowało, traktując sprawę jako ropień.

W większości przypadków guz, jaki wyczuwamy poza macicą w ciąży jajowodowej i co określamy jako *haematocele retrouterina*, jest właściwie *haematosalpinx* + wylew krwi do jamy DOUGLAS'a lub bez takowego. Tam, gdzie przez tylne sklepienie wyczuwamy chęłbotanie lub skrzepy krwi, nie dowodzi to jeszcze koniecznie pęknięcia jajowodu ciężarnego, ponieważ znajdujemy skrzepy w jamie DOUGLAS'a i przy ciąży jajowodowej jeszcze zachowanej. Oprócz krwotoków, spowodowanych pęknięciem jajowodu ciężarnego, krwotoki mogą powstać po śmierci płodu wskutek oddzielania się jaja płodowego od ściany nierozzerwanego jajowodu i ta oto krew przez jajowód przechodzi do jamy brzusznej, wytwarzając skrzepy około brzuszego wylotu jajowodu, a także w dole DOUGLAS'a. Gdy ściana jajowodu ciężarnego pęka, następuje, rozumie się, krwawienie ze ściany rozerwanego jajowodu. Lecz to krwawienie z rozerwanych naczyń tej ściany, zwykle przytem ścięnczałej, nie bywa tak silne, żeby mogło nam objaśnić te znaczne ilości krwi w jamie otrzewnej. Daleko większe i poważniejsze krwawienia powstają wskutek oddzielania się łożyska od ściany rozerwanego jajowodu, posiadającego przytem słabą kurczliwość; ponieważ zaś łożysko oddziela się powoli, więc i krwawienie trwa długo. Takie oddzielanie się łożyska może na pewien czas ustać, to znów powrócić, powodując krwawienie. W ten właśnie sposób, zdaje się, powstają wtórne krwotoki do jamy otrzewnej. Jeżeli rozwój składowych części ściany ciężarnego jajowodu idzie ręką w rękę z rozwojem ciąży, t. j. jeżeli włókna mięsne, tkanka łączna i t. d. rozrastają się w dostatecznym stopniu, w takim razie pęknięcia może nie być, a zatem i krwotoków i płód dojść do końca, co się jednak rzadko zdarza. Zwykle tak bywa, że włókna mięsne nie rozrastają się w dostatecznym stopniu, a ściana, cieniejąc coraz bardziej pod wpływem parcia ze strony rozrastającego się jaja, pęka wreszcie. Może zdarzyć się jednak, że ściana nie rozrywa się, tylko włókna powoli rozstępują się do tego stopnia, że tworzą otwór, pokryty zaledwie ścięnczałą otrzewną; otwór taki może mieć brzegi gładkie, równe, cienkie. Taki właśnie otwór znaleźliśmy w pierwszym

naszym przypadku: brzeg otworu był utworzony z samej tylko otrzewnej, włókna mięsne rozstały się zupełnie, a skrzep krwi, tkwiący w otworze, wygładził z czasem brzegi rozerwanej otrzewnej. Zapewne w razie gdy sprawa odbywa się w ten sposób, objawy kliniczne pęknięcia bywają daleko słabiej wyrażone, krwawienie, z natury samej sprawy chorobowej, będzie słabsze i cała sprawa może maskować ciężą niepękniętą.

W ciąży zamacicznej poprzedza zwykle krwawienia i krwotoki zatrzymanie się miesiączki. Na 12 naszych przypadków 10 razy anamneza stwierdziła takie zatrzymanie się: raz jeden zatrzymała się miesiączka przez 3 tygodnie, raz przez 5, 3 razy przez 6 i jeden raz przez 16 tygodni. W dwóch przypadkach [sposprzeżenie I i II] miesiączka zupełnie się nie zatrzymała i charakter jego nie był zmieniony.

Jeśli słuszne jest mniemanie [choć nie wszyscy podzielają to zdanie], że krwawienie w ciąży zamacicznej schodzi się ze śmiercią płodu, w takim razie śmierć ta w naszych przypadkach następowała pomiędzy 3-cim a 8-ym tygodniem.

Prawie we wszystkich przypadkach, w których krwawienie trwało przez czas dłuższy, dało się stwierdzić pęknięcie jajowodu ciężarnego. Możliwe z tego wyprowadzić prawdopodobny wniosek, że w przypadkach, w których krwawienie trwa przez czas dłuższy, można z dużym prawdopodobieństwem przypuścić, że jajo rozwijać się przestało.

Bardzo charakterystycznie zachowuje się macica w stosunku do guza pozamacicznego, przynajmniej we wczesnych okresach i szypułkowej postaci ciąży jajowodowej. We wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadkach macica była zawsze przez guz odsunięta ku przodowi i na stronę: prawą lub lewą; często także wysunięta ku górze. To położenie macicy spotykałem tak często, że już ten jeden objaw nasuwał mi myśl o ciąży zamacicznej. Sam zaś guz bywa zwykle poza macicą w linii pośrodkowej i tylko nieco zbacza na prawo lub lewo. Stosunek wzajemny pomiędzy guzem a macicą jest tego rodzaju, że ta ostatnia wydaje się jak mała, wystająca część guza, leżąca z przodu i przesunięta w jedną lub drugą stronę. Na 77 przypadków ciąży jajowodowej, podanych przez MARTIN'a i ORTHMAN'a, 5 razy znaleziono tyłozgięcie i 3 razy było tyłopochylenie. Jest rzeczą jasną, że omawiane położenie macicy w ciąży jajowodowej wtedy tylko przychodzi do skutku, gdy niema w przydatkach macicy guzów lub innych cierpień, któreby mogły nadać inny kierunek macicy.

W ciąży zamacicznej macica bywa zwykle powiększona. Na 12 naszych przypadków takie powiększenie dało się zauważyć 9 razy: macica była powiększona, jak w 6-ym—8-ym tygodniu ciąży, przytem miękka, rozpulchniona. W początkowych okresach ciąży zamacicznej, macica powiększa się wskutek przerostu jej ścian, wielkość jej zatem jest taka sama, jak gdyby jajo w niej się rozwijało; później zaś, po śmierci płodu, macica pozostaje dużą, jako następstwo niedostatecznej przemiany wstecznej macicy (*subinvolutio*), spowodowanej przez guz jajowodu ciężarnego. OTT¹⁾ porównywa ten stan macicy do zwyczajnego

¹⁾ v. OTT. Beiträge zur Kenntniss der ectopischen Formen der Schwangerschaft. Leipzig, 1895.

poronienia, gdy w jej jamie pozostały resztki jaja płodowego. Podczas gdy w poronieniu zwykłym macica ma możność uwolnienia się zupełnie od jaja płodowego, w ciąży zamacicznej zamarłe jajo wraz ze skrzepami krwi pozostaje w jajowodzie, nie mogąc się z niego wydalić. Z tego to powodu macica pozostaje dużą, miękką, przekrwioną i krwawi niekiedy przez czas bardzo długi.

W czwartym spostrzeżeniu naszym ciąża rozwijała się międzywiązadłowo, t. j. pomiędzy listkami więzu szerokiego. Część górna worka płodowego była otrzewną, dolna zaś jego powierzchnia była w łączności z luźną tkanką łączną zaotrzewnową. Ponieważ jajo zapłodnione zostało w części jajowodu, leżącego blisko macicy, więc worek płodu już w krótkim czasie był w połączeniu z macicą i zepchnął ją na prawo i uniósł do góry. Celem uniknięcia tak obfitego krwawienia, jakie mieliśmy w tym przypadku, należałoby podwiązać więz szeroki przez obklucie między macicą i workiem płodowym, następnie obklucie więz szeroki pod guzem, a wtedy możnaby myśleć o wycięciu worka. Przytem daleko wygodniej w tych razach operować w położeniu TRENDLENBURG'a. W późniejszych jednak okresach ciąży takie wycięcie worka staje się prawie niemożliwym z powodu ściślejszego związku z macicą, obfitego rozwoju naczyń coraz głębszego wpychania się worka w miednicę małą; wtedy operowanie jest połączone z wielkimi trudnościami.

W 2-ch przypadkach otworzono jamę brzuszną z powodu ropnicy i rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej. Obie chore wskutek szybkiej interwencji — ocalono.

Co się tyczy wieku chorych, ilości odbytych porodów, poronień i przebytych dawniej chorób narządów rodzajnych, najlepiej wyjaśni tablica następująca:

| Numer porządkowy. | Wiek. | Jak dawno zamężna. | Ilość czynnych porodów. | Przed ilu laty ostatni poród. | Ilość poronień. | Przebyte choroby. |
|-------------------|-------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------|--|
| 1 | 38 | 17 | 1 | 15 | — | Cierpiała po porodzie na zapalenie w jamie brzusznej. |
| 2 | 29 | 13 | 3 | 3 | — | — |
| 3 | 24 | 5 | 3 | 1 | — | — |
| 4 | 35 | 17 | 6 | 2 | 1 | — |
| 5 | 42 | 20 | 6 | 2 | 1 | Cierpiała po porodzie na zapalenie w jamie brzusznej. |
| 6 | 30 | 10 | 4 | 4 | 2 | — |
| 7 | 36 | 10 | 4 | 4 | — | Po ostatnim porodzie 3 tygodnie leżała w łóżku z powodu bólów brzucha. |
| 8 | 86 | 18 | 7 | 7 | 1 | — |
| 9 | 29 | 8 | 3 | 2 | — | Po pierwszym porodzie przez 6 tygodni leżała w łóżku |
| 10 | 29 | 10 | 2 | 5 | 3 | — |
| 11 | 32 | 12 | 4 | 6 miesięcy | — | — |
| 12 | 36 | 18 | 7 | 7 | 1 | — |

Z tablicy tej można wyprowadzić następujące wnioski:

1) Najmłodsza chora miała lat 24, najstarsza — 42. Najmłodsza zamężna od 5 lat, najstarsza od 20-u lat.

2) Wszystkie chore były wieloródki; największa ilość porodów 7, najmniejsza 1. Przytem dwie miały po 7-ro dzieci; dwie po 6 ro; trzy po 4-o; trzy po 3-je: jedna — 2-je i jedna — 1-dno.

3) Pierwsza ciąża ani razu nie była zamaciczną.

4) Tylko w 4-ch przypadkach można było w anamnezie wynaleźć przebyte cierpienia po porodzie lub poronieniu.

5) Pomiędzy ostatnim porodem i ciążą zamaciczną najkrótszy czas wynosił 6 miesięcy, najdłuższy 15 lat [2 razy 7 lat; 1 raz — 5 lat; 2 razy—4 lat; 1 raz — 3 lata, 3 razy—2 lata i 1 raz — 1 rok].

Rzeżączki ani w jednym przypadku nie dało się wykryć.

Na 12 chorych połową ronila po 1—2 i 3 razy, jednakże wszystkie te poronienia były między porodami lub po nich, a nigdy przed pierwszym porodem czasowym. Już z tego objawu, jakoteż z odbytych w początku prawidłowych i czesnych porodów, możnaby wyprowadzić wniosek, że przyczyny, powodujące ciążę zamaciczną, są raczej nabyte, niż wrodzone. Na 12 naszych przypadków tylko 4 razy dało się odnaleźć w anamnezie przebyte cierpienia poporodowe lub po poronieniu, t. j. 33,3%. U innych zaś autorów, zajmujących się tą kwestyą, odsetka jest znacznie większa. Jednakże ten objaw nie jest wystarczającym do wyjaśnienia etyologii ciąży zamacicznej.

Wiele wszak kobiet przechodzi cierpienia zapalne po porodzie, a ciążę miewają zawsze tylko maciczną. Cierpienia zatem jak: *perimetritis*, *perisalpingitis*, *salpingitis*, kolankowe zagięcia jajowodów, aczkolwiek zapewne odgrywają pewną rolę w etyologii ciąży zamacicznej, to jednakże kwestyi nie rozstrzygają.

Każda ciąża, zanim stanie się maciczną, bywa wpród jajowodową, ponieważ, jak to wykazali Bischoff, His, jajko zaraz po wyjściu z jajnika zostaje zapłodnione przez nitki nasienne w *infundibulum*: od tej chwili zaczyna się ono rozwijać w jajowodzie, nim dojdzie do macicy. Zatem jest to poniekąd objaw fizyologiczny; zwykle jednak przesuwa się jajko zapłodnione do macicy, w ciąży zaś jajowodowej w jajowodzie się dalej rozwija. Podróż jajka z jajnika do macicy, według Bischoff'a, trwa u kobiety 8 dni. Ponieważ zaś koniec maciczny jajowodu w poprzecznym wymiarze ma 2—3 mm., a zapłodnione jajo w drugim tygodniu ma wymiar 3—6 mm., zatem dłużej nad 8 dni wędrówka przez jajowód trwać nie powinna. Powstawanie więc ciąży jajowodowej wyjaśniać by dostatecznie powinna wędrówka zapłodnionego jajka i przyczyny ją powodujące. Snadnie wytłómaczyć by można było tę powolną podróż cierpieniem błony śluzowej jajowodów i błony surowiczej je pokrywającej.

Zauważono, że kobiety zachodziły w ciążę zamaciczną po przebytych cierpieniach narządów płciowych, gdy już na zdrowiu znacznie się poprawiły, gdy produkty zapalne zaczęły się wsysać i czynności fizyologiczne wróciły do prawidłowego stanu, np. miesiączka. Należy zatem przyjąć, że poprzedzająca ciążę zamaciczną niepłodność była objawem choroby narządów płciowych, jak:

perioophoritis, perisalpingitis, salpingitis; dalej, że ciąża zamaciczna jest oznaką poprawy stanu narządów rodzajnych i wessania się wysięków zapalnych. Ruchliwość jednakże jajowodu jest tak jeszcze osłabiona, że jajo nie może we właściwym czasie przewędrować do macicy.

Niejednokrotnie mieliśmy możność przekonania się, że i bez operacyi jest możliwe wyleczenie w ciąży zamacicznej. Chore zjawiały się do ambulatoryum nieraz ze znacznymi guzami poza macicą, miękkimi, chęłbocącymi, które trudno było przyjąć za co innego wobec danych anamnestycznych i obiektywnych. Otóż u tych chorych po 2—3—4 miesiącach guzy owe znacznie się zmniejszały, lub też zupełnie zanikały. WINCKEL jest nawet zdania, że wessanie do tego dojść może stopnia, iż jajowód nawet staje się drożnym. Ze statystyki, podanej przez SCHAUTA'ę ¹⁾ do 1890 r., okazuje się, że z 626 przypadków ciąży zamacicznej nie leczyło się zupełnie 241 i z tej liczby umarło 166, t. j. 68,8%, wyzdrowiało zaś 75, t. j. 31,2%. Samo przez się rozumie się, że kwestya jest jeszcze sporną, o ile to wyleczenie może być zupełnem i czy w przyszłości nie będą zagrażać życiu chorej następstwa przebytego cierpienia w postaci zropienia worka i jego sposoczenia, co się nieraz zdarzyć może nawet po kilku latach.

Według SCHAUTA'y tam, gdzie udzielono chorym pomocy operacyjnej — w 385 przypadkach, powróciło do zdrowia 294, t. j. 76%, umarło zaś 91, t. j. 24%. Liczby te mówią same za siebie i objaśnienia nie potrzebują. SCHAUTA na 49 przypadków ciąży zamacicznej miał tylko 4 przypadki śmiertelne, t. j. 8,2%. LEOPOLD na 55 tylko — 9 przypadków śmierci.

Nie ulega wątpliwości, że cięcie górne [ścian brzusznych] najlepiej się nadaje do doszczętnego wyleczenia ciąży zamacicznej, na co zresztą zgadza się większość ginekologów. Operując od góry, przedewszystkiem robimy wszystko pod kontrolą oczu; następnie można najstaranniej wyciąć pęknięty jajowód tylko od góry, przytem jajnik i jajowód drugiej strony, jeśli są schorzałe, łatwo nam dojrzeć i usunąć, gdy tymczasem przy operowaniu przez pochwę bardzo łatwo je przeoczyć, w razie zrostów nadzwyczaj trudne jest przy operacyi pochwowej oryentowanie się w stosunkach topograficznych, oddzielanie zaś tych zrostów jest jeszcze trudniejsze.

Operować przez tylne sklepienie radzą tylko przy ropieniu i rozkładzie zawartości *haematocèle*. Granice operowania przez pochwę możnaby nieco rozszerzyć, mianowicie w tych razach, jeśli guz w dole DOUGLAS'a nie twardeje, a całymi tygodniami pozostaje napięty, elastyczny, macica zaś wciąż jednostajnie ku przodowi uciśnięta. Należałoby, sądzę, operować przez tylne sklepienie w celu wydalenia skrzepów krwi i w tych przypadkach ciąży zamacicznej pękniętej, gdy przeszło już 4—6 tygodni od pęknięcia, ponieważ: 1) zbyt długie wyczekiwanie grozi obawą zropienia guza w jamie DOUGLAS'a; 2) leczyć wyczekującą, a więc chorą przez dłuższy przeciąg czasu zatrzymać w łóżku, jest bardzo trudno; 3) niebezpieczeństwo otwarcia jamy DOUGLAS'a przy obecnym stanie techniki operacyjnej jest bardzo niałe. We wszystkich

¹⁾ F. SCHAUTA. Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. Leipzig u. Wien. 1896.

przypadkach, w których stosowaliśmy tego rodzaju leczenie, byliśmy zawsze zupełnie zadowoleni. Po opróżnieniu skrzepów krwi z jamy DOUGLAS'a, a nie-raz i z przeciętego jajowodu ciężarnego, wessanie pozostałej krwi szło nadzwyczaj raźnie. W dwa tygodnie po operacyi chore mogły opuścić szpital i uważać się za wyleczone. Badanie w 2—3 tygodnie po operacyi ujawniało macicę w lekkim tyłopochyleniu, na dnie DOUGLAS'a nieznaczne nacieczenia w postaci zgrubień a przerośniętego, schorzałego jajowodu niekiedy zupełnie wyczuć nie mogliśmy.

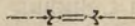
Za łaskawe pozwolenie korzystania z materiału szpitalnego składam na tem miejscu szanownemu kol. FR. NEUGEBAUROWI serdeczne podziękowanie.

III. PRACE PROFESORA NENCKIEGO Z DZIEDZINY CHEMII.

[Według odczytu mianego w sekcyi chemicznej d. 6 lutego 1897].

Opracował

W. Trzeński.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Ostatnią grupą prac Prof. NENCKIEGO, która nam pozostaje do rozpa-
trzenia są badania nad barwnikami ustrojowymi.

W moczu NENCKI wykrył barwniki grupy indygowej i urozozeinę. O in-
dygowych barwnikach moczu mówił już szczegółowo kolega PRUSZYŃSKI. Uro-
zeina ¹⁾ została wykryta przypadkowo w moczu dyabetyka, zabarwionym na
różowo po dodatku kwasu solnego. Występuje ona w bardzo wielu patologicznych
moczach: w *diabetes*, *chlorosis*, *osteomalacia*, *nephritis*, *typhus abdominalis*, *carcinoma*
oesophagi, *ulcus ventriculi* i *perityphlitis*. Z moczu, zakwaszonego kwasem solnym,
lub siarczanym, urozozeina wyciąga się alkoholem amyłowym; różowy jej roz-
twór w alkoholu amyłowym daje widmo charakterystyczne; odbarwia się—
alkaliami, lub pyłem cynkowym; z roztworu urozozeina ciągnie na wełnę.

Z barwników tkankowych badane były w pracowni Prof. melaniny i czarny
barwnik włosówi naczyńiówki (*chorioides*). Z wątroby i śledziony chorego na mię-
saka czernicowego (*melanosarcoma*) J. BERDEZI M. NENCKI ²⁾ wydzielili barwnik fi-
matorusynę (*Phymatorussin*) składu wyrażonego wzorem: $C_{42}H_{36}N_7S_3O_{13}$. Barwnik
ten został wyługowany 1%-owym ługiem potazowym z mięsaków, uwolnionych
od tłuszczu i cholestearyny przez ekstrakcyę alkoholową. Fimatorusyna roz-
puszcza się w alkaliach, amoniaku i sodzie i z alkalicznych roztworów strąca
się kwasem solnym; roztwory jej alkaliczne odbarwiają się chlorem. Z mięsa-

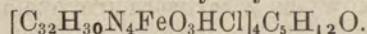
¹⁾ M. NENCKI u. N. SIEFR. Ueber das Urorosein, einen neuen Harnfarbstoff. Jour. f. pract. Chem. 26. 1882, str. 333—336.

²⁾ J. BORDEZ u. M. NENCKI. Ueber die Farbstoffe der melanotischen Sarkome. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. 1885, str. 346.

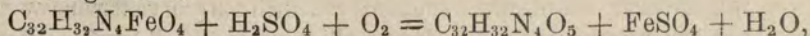
ków koni w ten sam sposób wydzieloną została hipomelanina, bardzo podobna do fimatorusyny, lecz nieco trudniej rozpuszczająca się w ługach i trudniej odbarwiająca się chlorem. Skład jej odpowiada wzorowi: $C_{42}H_{38}N_7SO_{17}$. Oba te barwniki odznaczają się wysoką zawartością siarki i dla tego wyprowadza NENCKI ich pochodzenie z ciał białkowych, a nie z barwnika krwi [fimatorusyna zawiera siarki około 20%, hipomelanina około 3%]. Fimatorusyna, topiona z ługiem potażowym, daje amoniak, skatol, lotne kwasy tłuszczowe, nitryle, kwas pruski, siarkowódór, lotny kwas organiczny, zawierający siarkę, i ciało podobne do fenolu. Hipomelanina zaś w tych warunkach daje kwas mrówkowy, bursztynowy i pruski, wyższe nitryle i kwas hipomelaninowy. Z naczyńówki oka wołu i świni P. SIEBER'owa ¹⁾ wydzieliła barwnik czarny, nierozpuszczalny w wodzie, alkoholu, chloroformie, eterze i bardzo mało rozpuszczalny w alkaliach i kwasach mineralnych. Barwnik ten naczyńówki nie zawiera ani siarki, ani żelaza. Barwnik czarnych włosów ludzkich wydzielonym został przez ługowanie włosów alkoholem, eterem, sodą, a następnie ługiem potażowym i strącenie z alkalicznego roztworu kwasem solnym. Barwnik ten ma skład i własności bardzo zbliżone do hipomelaniny i kwasu hipomelaninowego. Barwnik czarny sepii [worka atramentowego sepii] rozpuszczalny w ługach, nazwany kwasem sepijowym, stoi też w blizkiem powinowactwie do kwasu hipomelaninowego i NENCKI i SIEBER ²⁾ uważają ten ostatni za wodan pierwszego. Patologiczne melaniny ludzkie nie są bynajmniej identyczne między sobą, bo z rozmaitych mięsaków i ze skóry zabarwionej w *morbus Addisoni* nie udało się ługami wyciągnąć fimatorusyny.

Lecz z tej gromady prac NENCKIEGO największe dla nauki znaczenie mają klasyczne poszukiwania nad barwnikami krwi.

Stosowanie alkoholu amyłowego do wyciągania z moczu urozeiny doprowadziło NENCKIEGO na pomysł próby wyciągnięcia tym samym alkoholem barwnika krwi. Pomysł ten w skutkach był bardzo szczęśliwy i pozwolił otrzymywać w sposób względnie łatwy kryształy heminy. W tym celu NENCKI i SIEBER'owa ³⁾ czerwone ciała krwi gotują z alkoholem amyłowym i do wrzącego roztworu dodają kwasu solnego; wówczas z roztworu krystalizuje hemina w postaci związku z alkoholem amyłowym. Związek ten ma skład:



Z heminy przez rozkład ługami powstaje hematyna według wzoru: $[C_{32}H_{30}N_4FeO_3HCl]_4C_5H_{12}O + 4NaOH = [C_{32}H_{32}N_4FeO_4]_4 + C_5H_{12}O + 4NaCl$, t. j. na skutek odzepienia od heminy alkoholu amyłowego i kwasu solnego i przyłączenia natomiast cząsteczki wody. Z hematyny działaniem kwasu siarczanego skoncentrowanego otrzymali NENCKI i SIEBER'owa hematoporfirynę według wzoru:



¹⁾ N. SIEBER. Ueber die Pigmente der Chorioidea und der Haare. Archiv f. exper. Pathol. und Pharm. 1885, str. 362.

²⁾ NENCKI i SIEBER. Ber. d. deut. chem. Gesell. XXI [r. 1888], str. 483.

³⁾ M. NENCKI und N. SIEBER. Untersuchungen ueber den Blutfarbstoff. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. XVIII, str. 401.

t. j. na skutek odczepienia atomu żelaza i utlenienia i w ten sposób prosty wyjaśnili stosunek hematoporfiryny do hematyny i heminy. Przez redukcję heminy cyną i kwasem solnym NENCKI i SIEBER'owa otrzymali heksahydrohematoporfirynę $[C_{32}H_{30}N_4FeO_3HCl + 2H_2O + HCl + H_2 = C_{32}H_{33}N_4O_5 + FeCl_2]$, która z alkaliami daje ciało zupełnie podobne do urobiliny. Przejście więc barwnika krwi, heminy, na barwnik żółci, urobilinę, polega na stracie żelaza i hydratacyi $[C_{32}H_{30}N_4FeO_3 + 4H_2O + 2HCl = C_{32}H_{40}N_4O_7 + FeCl_2]$. W ten sposób prosty NENCKI wyjaśnił stosunek dwu tych barwników i wypowiada przypuszczenie, że bilirubina wątroby jest substancją macierzystą dla heminy, jest jej poprzednikiem, a wątroba jest prawdopodobnie tem miejscem, gdzie owa przemiana bilirubiny na heminę, polegająca na kondensacyi [odczepieniu wody], odbywa na wzór wielu innych kondensacyi, zachodzących w wątrobie [powstawanie cholestearyny, kwasów cholalowych, mocznika, glikogenu].

W dalszych poszukiwaniach nad heminą NENCKI i SIEBER'owa¹⁾ przez ogrzewanie krystalicznego związku heminy z amyłowym alkoholem w 130°—135° otrzymują heminę, wolną od alkoholu amyłowego, stwierdzają jej wzór $C_{32}H_3, ClN_4FeO_3$ i z takiej heminy otrzymują hematynę wzoru $C_{32}N_4FeO_4$; następnie spostrzegają łatwą rozpuszczalność heminy i hematyny w bezwodniku octowym, co, jak wykazują w następnej pracy²⁾, jest skutkiem reakcyi acetylowania, wstąpienia rodnika acetylu do cząsteczki heminy, względnie hematyny. Że przy tem acetylowaniu pozostaje w cząsteczce heminy chlor nieusuniętym, to według NENCKIEGO dowodzi, że chlor w cząsteczce heminy jest związanym z węglem, lub żelazem, a nie w postaci cząsteczkowego połączenia kwasu solnego z heminą. W tej też pracy NENCKI poprawia pierwotny wzór hematoporfiryny o 2 atomy wodoru, ponieważ zaobserwował, że przy jej powstawaniu z hematyny, reakcyja utlenienia nie zachodzi, a przebieg reakcyi wyraża się wzorem: $C_{32}H_3, FeN_4O_3 + H_2O - Fe = C_{32}H_3,4 N_4O_5$.

W dalszych poszukiwaniach nad tym przedmiotem NENCKI i SIEBER'owa³⁾ otrzymują hematoporfirynę z heminy inną drogą, a mianowicie działaniem na heminę roztworu bromowodoru w kwasie octowym lodowatym. Otrzymana tą drogą hematoporfiryna ma inny skład, niż hematoporfiryna, otrzymana działaniem kwasu siarczanego i jest bogatszą od tej ostatniej o elementy wody. Wzór jej: $C_{16}H_{18}N_2O_3$. Jest ona łatwo rozpuszczalną w alkaliach, sodzie i kwasach i łatwo zmienną pod wpływem ciepła; rozpuszczona w kwasach, lub alkoholu daje charakterystyczne widma absorbcyjne. Wagę cząsteczkową hematoporfiryny próbował NENCKI z ROTSCHY'm⁴⁾ oznaczyć metodą RAOULT'a przez za-

¹⁾ M. NENCKI und N. SIEBER. Untersuchungen ueber den Blutfarbstoff. Ber. d. deut. chem. Gesell. XVIII. [1885], str. 392.

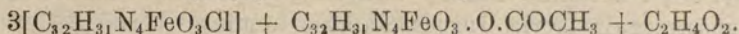
²⁾ M. NENCKI und N. SIEBER. Ueber das Hämin. Arch. f. exper. Pathol und Pharm. XX, str. 325—332.

³⁾ M. NENCKI und N. SIEBER. Ueber das Hämatoporphyrin. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. XXIV, str. 430—446.

⁴⁾ M. NENCKI und A. ROTSCHY. Zur Kenntniss des Hämatoporphyrins und des Bilirubins. Monatsh. f. Ch. 10, str. 568—573.

mrażanie roztworu hematoporfiryny w fenolu i otrzymał liczby bliskie 286, dla pokrewnej hematoporfirynie bilirubiny liczbę też do tej zbliżoną, a JOHN J. ABEL tą samą drogą dla hydrobilirubiny [w roztworze fenolowym] oznaczył wagę cząsteczkową, zgodną z formułą MALY'ego $C_{32}H_{40}N_4O_7$ ¹⁾.

Wzory, ustanowione przez NENCKIEGO i SIEBER'ową dla heminy i hematyny, kwestyonowane były przez M. CLOETTA. Z tego powodu w pracowni Profesora M. BIAŁOBRZESKI przerobił pracę zarówno NENCKIEGO, jak i CLOETTA'y i wynalazł źródło błędu tego ostatniego. Metodę NENCKIEGO otrzymywania heminy BIAŁOBRZESKI ulepszył przez wprowadzenie przemywania chloroformem kryształów heminy i otrzymał dla niej te same analityczne dane, co NENCKI i SIEBER'owa. W ługach pokrystalicznych po heminie odnalazł dwa ciała barwne: jedno rozpuszczalne w eterze, drugie w nim nierozpuszczalne; oba te ciała zawierają procentowo chloru, azotu i żelaza mniej, niż hemina NENCKIEGO. Z heminy BIAŁOBRZESKI ²⁾ otrzymał hematynę identyczną z hematyną NENCKIEGO, przyczem spostrzegł, że hemina jest ciałem niestalem i rozkłada się nawet wodą. Hemina, otrzymana według przepisu SZALFIEJEW, zawiera kwas octowy i jej skład chemiczny odpowiada wzorowi:



Z kryształów heminy SZALFIEJEW otrzymuje się hematyna tego samego składu, co hematyna NENCKIEGO. Co do heminy M. CLOETTA'y, to najpierw hemina, otrzymana według jego przepisu przez BIAŁOBRZESKIEGO, miała inny skład, niż CLOETTA podał, a następnie BIAŁOBRZESKI, postępując według tego przepisu, otrzymywał heminy rozmaitego składu zależnie od mniejszej lub większej ilości kwasu siarczanego, użytego w reakcyi. A i własności heminy NENCKIEGO różnią się od własności heminy CLOETTA'y: hemina NENCKIEGO jest rozpuszczalną w alkaliach, a nie rozpuszcza się w chloroformie, hemina zaś CLOETTA'y wprost przeciwnie nie rozpuszcza się w alkaliach, a rozpuszcza w chloroformie. Że hemina CLOETTA'y nie jest ciałem jednorodnem, udało się BIAŁOBRZESKIEMU dowieść bezpośrednio: chloroformowy jej roztwór strącał eterem i stwierdził analizami, że ciało, strącone eterem, miało skład inny, niż ciało, pozostałe w roztworze. W ten sposób BIAŁOBRZESKI odparł zarzuty CLOETTA'y i potwierdził wyniki poszukiwań NENCKIEGO i SIEBER'owej.

Poszukiwania NENCKIEGO nad barwnikiem krwi doprowadziły go do kilku nowych spostrzeżeń nad hemoglobina. Hemoglobina ³⁾ najpierw nie zawiera wcale ani chloru, ani fosforu, nie jest zatem, jak to początkowo NENCKI przypuszczał, związkami chlorku, lub fosforanu hematyny z globulina. Następnie, chcąc otrzymać sole hematyny wprost z czystej hemoglobiny, NENCKI

¹⁾ J. ABEL. Bestimmung des Moleculargewichtes der Cholsäure, des Cholesterin und des Hydrobilirubins nach der RAOULT'schen Methode. Sitz. ber. d. Kais. Ak. d. Wiss. in Wien. XCIX, Marzec.

²⁾ M. BIAŁOBRZESKI. Ueber die chemische Zusammensetzung der nach verschiedenen Methoden dargestellten Hämins a. Hämalins. Ber. d. deut. ch. Gessel, XXIX, str. 2877.

³⁾ M. NENCKI und N. SIEBER. Untersuchungen über den Blutfarbstoff. Ber. d. deut. chem. Gesell. XVIII, str. 392—399.

w celu ścięcia [skoagulowania] hemoglobiny zalał ją czystym, 93%-owym alkoholem i spostrzegł, że w tych warunkach hemoglobina przechodzi w ciało krystaliczne, nierozpuszczalne w wodzie, alkoholu i eterze, lecz składu identycznego z oksyhemoglobina. Nową tę odmianę hemoglobiny nazwał NENCKI parahemoglobina. Fakt przejścia oksyhemoglobiny w odmianę stalszą, parahemoglobina uważa NENCKI za zjawisko polimeryzacji, analogiczne do polimeryzacji związków cjanowych i aldehydów, do przejścia protoplazmy żywej w protoplazmę martwą. Wygłasza z tego powodu NENCKI zdanie: „z punktu widzenia chemicznego śmierć tkanki i koniec jej funkcji jest niczem innym, jak przestawieniem atomów w cząsteczce białka protoplazmatycznego i przejściem jego w stan równowagi stałej“. W poszukiwaniach nad parahemoglobina, dokonanych wspólnie z LACHOWICZEM ¹⁾, NENCKI wykazał, że kryształy parahemoglobiny należą do systemu kwadratowego i załamują światło podwójnie, że wodne alkalia i kwasy rozkładają parahemoglobina na hematynę i białko, że alkoholowy amoniak tego nie czyni, że zatem współdziałanie wody jest koniecznym warunkiem tego rozkładu. Prócz wody w tym rozkładzie bierze udział i tlen powietrza, który się przy tem pochłania. Otrzymać związki trwałe, analogiczne do parahemoglobiny, dla methemoglobiny i hemoglobiny tlenkowej [związku hemoglobiny z tlenkiem węgla] nie udało się. Analogicznie do parahemoglobiny oksyhemoglobina i hemoglobina tlenkowa [związek hemoglobiny z tlenkiem węgla] pochłaniają tlen przy rozkładzie ich na hematynę i białko pod wpływem alkaliów, lub kwasów. Dowiódł tego i oznaczenia pochłanianych w tej reakcji ilości tlenu dokonał w pracowni NENCKIEGO MAX LEBENSBAUM ²⁾. Do chemii hemoglobiny należy też jeszcze publikacja M. NENCKIEGO i N. SIEBER'owej o hemoglobinie krwi żyłnej ³⁾. Spostrzegli oni, że oksyhemoglobina w roztworze wodnym i w atmosferze wodoru pod wpływem paru kubików krwi gnijącej odtlenia się na hemoglobina fioletową, która się strąca alkoholem absolutnym w postaci pięknych pryzmatycznych kryształów. Kryształy te załamują podwójnie światło, dają w widmie jedną smugę absorbcyjną. Pod wpływem tlenu powietrza ulegają zaraz utlenieniu. NENCKI proponuje kryształy hemoglobiny krwi żyłnej nazywać flebinami w odróżnieniu od kryształów hemoglobiny krwi tętniczej, którym nadaje miano arteryn ⁴⁾.

Prace Profesora NENCKIEGO nad barwnikami krwi dały mu pobudkę do ogłoszenia rozprawy, pełnej wielce głębokich pomysłów, wypowiedzianej w naszej Sekcji w d. 26 września r. 1896, a następnie opublikowanej w *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft* tomie 29-tym, str. 2877 pod tytułem: O stosunku biologicznym barwnika krwi do barwnika liści. Zestawia w niej Pro-

¹⁾ BR. LACHOWICZ und M. NENCKI. Ueber das Parahämoglobin. Ber. d. deut. chem. Gesell. XVIII, str. 2126—2131.

²⁾ M. LEBENSBAUM. Ueber die Menge des bei der Spaltung des Hämoglobins in Eiweiss und Hämatin aufgenommenen Sauerstoffs. Sitzber. d. Kais. Akad. d. Wissens. Wien. XCV. März 1887.

³⁾ Ber. d. deut. chem. Gesell. XIX. 1886, str. 129.

⁴⁾ Ber. d. deut. chem. Gesell. XIX. 1886, str. 410.

fesor badania swoje nad barwnikami krwi z badaniami SCHUNCK'a i MARCHEWSKIEGO nad chlorofilem i podnosi doniosłość tych ostatnich dla nauk biologicznych, ponieważ: „one rzucają światło na najodleglejsze momenty historii rozwoju świata organizowanego i wskazują na wspólność pochodzenia świata roślinnego i zwierzęcego. Teorya DARWIN'a o pochodzeniu gatunków opiera się na zmienności form w zależności od warunków bytu i walki o byt. Lecz różnice między rozmaitymi organizmami wyrażają się nie tylko w formie i budowie narządów, lecz i w składzie chemicznym związków, z których są zbudowane żywe komórki. Od natury tych związków zależy charakter wymiany materii, a od tej wymiany zależy forma komórek i jej dyfferencyacja na oddzielne narządy. Innemi słowy, kształt kompleksu komórek, stanowiących oddzielne narządy, warunkuje się sposobem wymiany materii, który sobie wypracowały oddzielne narządy w walce o byt odpowiednio do tych, lub innych warunków zewnętrznych. Ze zmianą warunków bytu zmienia się nie tylko forma, ale jednocześnie i skład chemiczny komórek i wymiana ich materii. Dla tego to dla głębszego zrozumienia historii rozwoju świata organizowanego należy porównywać nie tylko formy, ale i skład chemiczny komórek i ich wymianę materii“. W rozwoju tych poglądów NENCKI robi przegląd porównawczy warunków wymiany materii w państwie roślinnem i zwierzęcem i zestawia fakty, że są organizmy, rozkładające kwas węglany bez współdziałania chlorofilu, jak również, utleniające ciała organiczne bez współdziałania hemoglobiny, i zestawia rozmaite barwniki świata organizowanego, mające znaczenie fizyologiczne. Są one wszystkie niewątpliwie wytworami przemiany jednej i tej samej substancji macierzystej, dziełem rozwoju materii w rozmaitym kierunku. Pokrewieństwa między barwnikami zwierzęcymi [krwi, żółci i pigmentów melanotycznych] dowiódł NENCKI swemi pracami i wykazał ich związek z proteino-chromogenem STADELMANN'a, a zatem i ciałami białkowemi. Niewątpliwie i w komórce roślinnej z białka przez hydrolizę powstaje grupa chromogenna, z której dopiero tworzy się cząsteczka chlorofilu.

Skończyliśmy przegląd prac Profesora MARCELEGO NENCKIEGO. Ilość ich wielka, a doniosłość naukowa ogromna. Znać w nich wszędzie umysł filozofa badacza, który nie tylko zjawiska natury podpatruje, ale je z sobą wiąże, łączy i wyprowadza z nich wnioski, rozjaśniające widnokregi badanej przezeń dziedziny przyrody. Tem się tłumaczy fakt, że umie Profesor MARCELI NENCKI przelać w umysły swych uczniów cześć dla nauki i wzbudza miłość dla Kierownika, który dał im zaznać rozkoszy badania i rozumowania naukowego.

ODCINEK.

CHIRURGIA PAUPERUM.

Napisal

S. Centnerszwer.

Jako wielka tryumfatorka przoduje obecnie chirurgia innym naukom lekarskim, wysokie cele mając przed sobą i do celów tych dążąc. Niechże i ona raz zejdzie do spraw drobnych, przeznaczonych dla maluczkich. Rzecz ta poświęcona tak zwanej małej chirurgii i do tego tej jej części, która dotyka niezamożnego i nieoświeconego człowieka: sprawie chirurgii ubogich.

Lekarz, przyjmujący w ambulatoryum szpitalnem, czy też w ogóle mający do czynienia z ubogimi, dotkniętymi chorobami chirurgicznymi, doznaje często uczucia przykrości, awet wstępu na widok brudnego opatrunku, jaki ranę, czy owrzodzenie przykrywa. Brudne szmaty, smarowane plastrem lub maścią, dotykają bezpośrednio cierpiącego miejsca na skórze również brudnej, nieumytej, odzianej w ubranie, też nie grzeszące czystością. Niewiele lepiej wygląda opatrunek już niby *lege artis* zrobiony: gaza, wata, przesiąknięta ropą, bandaż zaplamiony, brudny, używany wielokroć razy. Często się to widzi u chorych, którzy się sami opatrują, lub u przyjezdnych, zmuszonych dłuższą odbyć podróż. Owrzodzenie gołeni np., także niby leczone, przykrywa się kawałkiem płótna, umoczonego w wodzie karbolowej. Woda wysycha, płótno silnie do wrzodu przylega, a wstrzymując wydzielinę, wywołuje naokoło bolesne zaczerwienienie i obrzęk. Przy *mastitis* pierś grubą warstwą lepkiej maści obłożona, z wierzchu kłakami zwykłej fabrycznej waty osłonięta i chustką podwiązana. Dużo przytoczyć by można przykładów wykroczeń przeciwko elementarnym pojęciom o odpowiedniem traktowaniu. To się tyczy spraw ropnych. Gorzej się dzieje z ranami, gdzie zakażenie bezwiednie sam chory sobie sprowadza, nie domyślając się nawet, że tak łatwo można było tego uniknąć. Już lepiej wychodzi na tem, gdy ma dużą ranę mocno krwawiącą. Czy w szpitalu, czy nawet w fabryce lub razurze otrzyma właściwy opatrunek, który ranę od zakażenia uchronić może. Ale małe rany, zakłucia, nieopatrywane wcale, lub opatrzone domowymi środkami, np. płótnem, którego czystość polega na tem, że niema w niem bawełny, to otwarte wrota dla zakażenia bezpośredniego, lub później się przyłączającego. Ile tu dobrego zdziałać by mogła zrozumiana dezynfekcyja skóry i pierwszy opatrunek, tego nawet nie ma potrzeby powtarzać.

Nie idzie zatem, aby chory zwracał się z każdą drobnostką zaraz do lekarza, a szczególnie chory biedny, któremu brak i czasu i pieniędzy na taki zbytek. Idzie o to, aby leczenie, które taki chory zastosowuje sam sobie, możliwie odpowiadało celowi. Ubodzy, oprócz ciężkich przypadków, leczą się najczęściej sami, chętnie słuchając rad sąsiadów, znawców i bab, których przepisy skrupulatnie wypełniają, zmieniając je raz po raz, często nawet stosując równolegle z przepisami lekarzy lub felczerów. Ludność uboższa do leczenia się u doktora ma zwykle uprzedzenie i nieufność, w dużej części zależną od małego uwzględnienia ze strony lekarza psychologii takiego chorego.

Przedewszystkiem porada wymaga zwykle i pieniężnego wysiłku. Nawet w ambulatoryum szpitalnem, gdzie porada nie kosztuje, lub w lecznicach płatnych, gdzie bardzo niewiele, zawsze połączona jest z wydatkiem na lekarstwa i na opatrunki. Lekarz bardzo często zapisuje maść, czy okład,

o których pacjent sobie wyobraża [nieraz słusznie], że mógłby je nabyć o wiele taniej, gdyby na receptce nie było podpisu. Często też oszczędza sobie chory w ten sposób, że lekarstwo kupuje w składzie materiałów aptecznych, lub nauczony sam je sobie przygotowuje, żądając tych samych leków w aptece, tylko pojedynczo wziętych, albo podług załączonej kartki, z której nb. i podpis znikł. Jeżeli chory zwraca się do drogisty, gdy idzie o przyrządzenie leku do wewnętrznego użytku, czy można mu się dziwić, że jeszcze mniejsze ma skrupuły z zewnętrznymi lekarstwami.

Oprócz wydatku na leczenie, chory, idąc do chirurga, zawsze jest przygotowany, że się spotka z propozycją operacji, której się tak obawia. Pod tym względem nie można się lekarzowi dziwić, ale i choremu też, że, wiedząc z doświadczenia, iż, dajmy na to, ropień może pęknąć, woli czekać cierpliwie, aż to się stanie. Oprócz tego unika w ostatnim razie dość kosztownych, a nieraz i dość bolesnych opatrunków.

Dalej często wchodzi w rachubę niemożność pacyenta rozmówienia się z lekarzem o przyczynie choroby, skąd się wzięła, jak długo potrwa i jakie koleje przejdzie. Z etyologią lud łatwo sobie radzi, kumoszka z tem kłopotu nie ma, a lekarstwo zawsze pod ręką; prócz tego—lekarstwo oparte zwykle na cudownem i tajemniczem działaniu. Różę „obrzydza“, dając jej to, czego nie lubi: np. moczu lub łajno. Ustrój i takie nawet leczenie szczęśliwie zwalczyć potrafi; róża ginie, choć lekarze nie uznają takiego leczenia, w ogóle zresztą „w różę nie wierząc“. Niezawsze leczenie tak odbiega od uniwersyteckiego. W chorobach chirurgicznych zapalnego pochodzenia lud kieruje się temiz zasadami co i medycyna ze szkoły. Zna środki na rozpędzenie choroby, ostatecznie na ułatwienie zebrania się ropy, dalej na pęknięcie ropnia, wreszcie środki na wyciąganie materyi. Naturalnie przedewszystkiem idą środki na zmniejszenie bólu. Często rządzi tu zasada *post hoc*, przypadek, ale ten przypadek rodzi leki, następnie przez innych powtarzane i poszukiwane, a może tą drogą dostające się i do aptek. Tak zapewne weszła w użycie żółć wołowa, jako plaster na robaki u dzieci, albo rozchodnikowa maść, która obiecującemu brzmieniu zawdzięcza chyba swoje powodzenie u żydów.

Z podobnych prób rodzi się medycyna ludowa, oparta na empiryi, doświadczeniu, powstaje leczenie ziołami, ułatwione przez obcowanie z naturą i przyglądanie się jej, leczenie, przekazywane w spuściznie następnym pokoleniom. Idea, że na każdą chorobę istnieje na świecie lek, z góry na nią przeznaczony, też przyczynia się do podtrzymania wiary w trawy i zioła, z których wiele rzeczywiście posiada wysoce toksyczne i terapeutyczne własności. Taką jest prawdziwa medycyna ludowa.

Po za tem medycyna ta ma ogromny zapas środków, byt swój zawdzięczających starej, zapomnianej, uniwersyteckiej *ars medendi*, która po krótszem lub dłuższem panowaniu ustąpiła miejsca nowej; lecz metody i środki poprzedniej stały się powoli nabytkiem szerszego ogółu, nawet przeszły do mas. Wyrugowana ze szkoły, tuła się jeszcze po świecie pod postacią wszelakich krwii upustów, spędzenia złych soków i t. d., a w kwestyi nas obchodzącej pod postacią niezliczonej ilości plastrów, maści i ziół, w które tak bogata była wczorajsza Farmakologia w porównaniu z dzisiejszą. Cały ten arsenał środków zalega i teraz jeszcze półki aptekarskie, głównie stanowiąc ową odrębną sprzedaż gotowych leków, rozchodzących się między uboższą ludnością, sprzedaż w formie, jaka obecnie istnieje, tyle sprzyjająca szerzeniu się przesądów i zabobonów wśród ciemnej masy i tak mało licząca ze zmianami, ostatecznie i prawie od razu powstałemi w chirurgii pod wpływem nauki o drobnoustrojach i antyseptyki.

A jednak z całej tej masy środków i środeczków dałaby się doskonale ułożyć cała, że się tak wyrażę, Farmakopea zewnętrzna [wewnętrzną tu

pomijam], zastosowana do potrzeb biedniejszej ludności z uwzględnieniem zasad dezynfekcyi i antyseptyki, tak niezbędnej przy leczeniu chorób chirurgicznych.

Przypatrzmy się przedewszystkiem, jakie gotowe leki ma apteka u siebie na sprzedaż odrębną dla celów zewnętrznego użytku. Nie chcąc wyliczać wszystkich środków, przestaniemy na wymienieniu tych, które lud zna i kupuje bez recepty. Oto mniej więcej ich spis. Mało lub wcale nie używane przez lekarzy są oznaczone gwiazdkami.

- | | |
|---|--|
| <i>Acid. boricum.</i> | * <i>Lycopodium</i> [próchno]. |
| * <i>Adeps leporinus</i> [zajęczy skrom]. | * <i>Magnesia ust.</i> |
| * <i>Ad. ovilli</i> [kozłowy łój]. | * <i>Mel. rosatum.</i> |
| <i>Alumen.</i> | * <i>Ol. Cannabis.</i> |
| * <i>Althaea.</i> | " <i>camphorae.</i> |
| <i>Amyl. pulv.</i> | * <i>Ol. Jecoris aselli.</i> |
| <i>Aq. calcis.</i> | * " <i>Lini.</i> |
| * " <i>chlori.</i> | " <i>Ricini.</i> |
| " <i>Goulardi.</i> | " <i>Terebinth. rect.</i> |
| " <i>carbol.</i> | <i>Opodeldoc (ungt.).</i> |
| * <i>Arnica.</i> | <i>Pix liquida.</i> |
| <i>Borax.</i> | * <i>Salvia.</i> |
| * <i>Butyr. Carao</i> (p. se in supp.). | <i>Semina lini.</i> |
| * <i>Cumphora</i> [w kawałkach]. | " <i>sinapeos.</i> |
| * <i>Capita papav. c.</i> | * <i>Species aromatica.</i> |
| * <i>Cerussa.</i> | <i>Spirit. aromat.</i> |
| * <i>Chamomilla.</i> | " <i>camphor.</i> |
| <i>Cortex chinae.</i> | * " <i>formicar.</i> |
| * " <i>Quercus.</i> | * " <i>juniperi.</i> |
| * <i>Crocus.</i> | " <i>saponatus.</i> |
| <i>Empl. adhaes.</i> | * " <i>sinapeos.</i> |
| " <i>anglic.</i> | <i>Talcum venet.</i> |
| * " <i>ferratum.</i> | <i>T-ra jodi.</i> |
| * " <i>Forscheri.</i> | " <i>myrrhae.</i> |
| * " <i>de Galbano crocatum</i> [szafranowy]. | * <i>Ungt. althaeae</i> [rozchodnikowa]. |
| * " <i>Hamburgense.</i> | " <i>basilicum.</i> |
| " <i>Hydrarg (de Vigo).</i> | " <i>camphorae.</i> |
| * " <i>Meliloti.</i> | " <i>ceratum s.</i> |
| * " <i>Matris fuscum</i> (c. pice). | * " <i>cerussae.</i> |
| " <i>Flumbi (Diackyl.)</i> | " <i>cinereum.</i> |
| " <i>Saponat.</i> | * " <i>irritans (Buchneri).</i> |
| * " <i>Schiffhauseni</i> [moskiewski]. | * " <i>linariae</i> [hemoroidalna]. |
| " <i>vesicat. ord.</i> | " <i>leniens (coldcream).</i> |
| " " <i>perp.</i> | * " <i>nervinum.</i> |
| * <i>Fel tauri.</i> | " <i>praecip. rubr.</i> |
| <i>Glycerinum.</i> | * " <i>saturni</i> [śmietankowa]. |
| * <i>Linim. calcarium.</i> | " <i>sulfuratun.</i> |
| <i>Lim. camphorar.</i> | * " <i>Terebinthinae comp.</i> |
| * <i>Lin. ammon. caust</i> [salmiak]. | " <i>Zinci.</i> |
| | <i>Vaselinum.</i> |

Jak widzimy ulubioną postacią środków zewnętrznych, przez lud używanych, są maście i plastry.

Są jeszcze prócz tego leki, fabrykowane poza apteką w postaci maści, sprzedawanych w garnuszkach, maści o tajemniczym składzie, rozmaitym wy-

gładzie, to czarnym, to żółtym, zależnie od miejsca fabrykacyi. Mają one nieomylnie działać na otwieranie ropni, zastępując nóż chirurga. Bez takiej garnuszkowej maści nie obejdzie się żadna prawie żydówka chora na ropnie *mastitis*. Zdaje się, że skład ich jest mniej więcej jednakowy, zwykle smoła, terpentyna, żywica, wosk i t. d..

Wreszcie niemało środków do zewnętrznego użytku ludu czerpie wprost z domowego gospodarstwa. Tu należą:

| | |
|--------------------|---------------|
| Sól kuchenna | Kolońska woda |
| Ocet | Spirytus |
| Sadło wieprzowe | Nafta |
| Oliwa | Chrzan |
| Miód, jako ciasto. | Gorzycza |
| Liście roślin | |

nawet atrament, a niedawno jeszcze pajęczyna sama lub z chlebem.

Przejdźmy do środków aptecznych. Bardo mało z nich jest czysto ludowych, moc wyrugowanych z użycia zabytków starej, zapomnianej medycyny, wreszcie bardzo dużo użytecznych, a nawet takich, na których znać wpływ obecnej szkoły i nowsze poglądy [kwas borny, woda karbolowa, wazelina]. Przejrzawszy wszystkie, znajdziemy porządną ilość preparatów bez znaczenia, bez sensu, nawet w błąd wprowadzających kupującego. Weźmy np. tak szeroko rozpowszechniony zajęczy skrom. Zdawałoby się, że idzie tu o jakiś środek wcale przez farmakopeę nie uwzględniony. Tymczasem okazuje się, że w *Manuale pharmaceuticum* HAGER'a jako *adeps leporinus (artificiosus)* istnieje środek pod taką postacią farmaceutyczną:

Rp. *Ol. oliv. prov.* 25.
Adep. suill.
Sebi taurii. aa 20.
Cerae flavae 10.

Jako tłuszcz nie jest ani gorszy, ani lepszy od innych, ale co w nim zajęczego i po co ma figurować w aptece środek, bałamuący pacjenta, który wierzy w cudowne, rozpędzające działanie leku, lekceważąc przytem czystość i środki, ograniczające zakażenie i zapalenie. Tak samo maść rozchodnikowa *ungt. althaeae*: nie ma w niej rozchodnikowego ziela, nie ma *rad. althaeae*. Używany przez lud lekom, niektórzy przypisują podpatrzone, celowe działanie, przez mądrość życiową dyktowane. Trzeba przeczytać przesady lecznicze, zebrane przez D-ra UDZIEŁĘ w dziełku jego: „Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego“, aby przyjść do wręcz przeciwnego wniosku, co zresztą sam autor przyznaje.

Ponieważ tedy taka *chirurgia pauperum* istnieje, ale zbyt mało odpowiada potrzebom czasu i korzyści publicznej, więc trzeba by stworzyć lepszą, która by się więcej liczyła z postępem wiedzy chirurgicznej. Taka farmakopea, składająca się z środków, sprzedawanych za kilka groszy, mogłaby oddać biedniejszej ludności bardzo duże usługi. Tworzenie nowej nie poprawiłoby sytuacji, gdyby pozostawiono w aptece dawniejsze środki wyszłe z użycia i niedorzeczne, czyli, że jednocześnie trzeba by wyrugować stanowczo wszystko, co się mija z celem wyżej wyluszczonego.

Na pierwszym planie stoi zarzucenie zbyt skomplikowanych preparatów aptecznych. Lekarze starają się zapisywać jak najprostsze recepty, posilkując się przeważnie alkaloidami, nawet *ungt.* i *empl.* dermatologów uproszczonemi zostały, ale apteka swoje *ungt.* i *empl. compt.*, przeróżne „wundebartil-

samy“ trzyma jak dawniej. W wspomnianej książce HAGER'a jest podanych maści 176, a plastrów 123. O ilu z nich przeciętny lekarz ani słyszał, trudno nawet zliczyć. TRAPP w swojej recepturze powiada: „Liczba plastrów officynalnych jest ciągle jeszcze, niestety, za duża, choć lekarze po większej części, oprócz *empl. vesicans* i *empl. adhaes*, prawie je zarzucili“. To też nie dla lekarzy, a dla publiczności, wciąż poszukującej cudownych plastrów i maści, taka moc ich istnieje. Farmakopea, obowiązująca u nas, sama dąży pod tym względem ku lepszemu. W ostatniem [IV] wydaniu, z 1891 r., farmakopei urzędowej liczba maści, plastrów i ziół w porównaniu z cyframi HAGER'a jest nadzwyczaj małą [plastrów 9, maści 34]; w III wydaniu z r. 1880 plastrów 18, maści 36. Wprawdzie w *Taxa laborum* jest dodana spora liczba nieobowiązujących, ale dozwolonych preparatów do zewnętrznego użytku, lecz tu widzimy wśród maści, zupełnie na wysokości wiedzy stojących, z preparatami najnowszymi, przeważnie dla dermatologów (*ungt. Ichthyoli, Pyrogalloli, Resorcini etc.* — UNNAE), jeszcze sporo dziwolągów, *cnriosa* takie, jak *empl. divinum, empl. Hamburgense, empl. miraculosum etc.* [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

33. E. Chretien. Niedoskurcz naczyń wątroby (*l'asystolie hépatique*).

Nazwę asystolii francuscy autorowie oznaczają nie tylko zбочenia w czynności serca, lecz i w innych narządach, zależne od niedostatecznej kurczliwości i upośledzonego napięcia naczyń. Stąd nazwa asystolii mocznicowej wskazuje na niedostateczną czynność nerek, asystolia zaś wątroby obejmuje zbiór objawów, będących następstwem samoistnego przekrwienia wątroby z towarzyszącymi mu zmianami, jakoto: powiększeniem tego narządu, żółtaczką i przesięciem do jamy otrzewnej. Aczkolwiek zбочenia powyższe występują często wskutek osłabienia mięśnia sercowego, to jednak istnieją przypadki, w których najszczególowsze badanie nie wykrywa żadnych zmian w sercu, a zaburzenia w krążeniu wątroby są tak widoczne, że wydaje się, jakoby w niej tylko istniało pierwotne źródło choroby. Przy asystolii wątrobowej samoistnej, opisaney przez HANOT'a i jego uczniów, sprawa ogranicza się do porażenia gładkich włókien mięśniowych w naczyniach, gdy tymczasem inne składniki tego narządu żadnych zmian nie okazują.

Dwa przypadki asystolii wątrobowej obserwował autor w szpitalu LAENNEC'a. Jeden z nich dotyczył kobiety lat 50, która, będąc poprzednio zupełnie zdrową, przy wstąpieniu do szpitala skarżyła się na niestrawność. Przy badaniu stwierdzono odżywianie upośledzone, rozmiary brzucha powiększone. Wątroba znacznie przerosła, wypukła, gładka, mało bolesna; dolny jej brzeg wyczuwał się na pięć palcy poniżej żeber fałszywych. Mocz nasycony wydzieliał się w zmniejszonej ilości, lecz nie zawierał składników nieprawidłowych. Ani w sercu, ani w innych narządach wewnętrznych zбочen nie wykryto. Pod wpływem naparstnicy dobową ilość moczu zmniejszyła się, a po 8 dniach leczenia wątroba powróciła do stanu prawidłowego.

Druga chora, lat 58, skarżyła się na ogólne osłabienie, zaburzenia w przewodzie pokarmowym i bóle w okolicy nadbrzuszej i w prawem podżebrzu. Chora ta 8 razy rodziła, zwykle była zdrową. Badanie wykazało: nędzne odżywianie, żółtaczkę, stwardnienie tętnic w lekkim stopniu, w prawem podżebrzu guz znacznych rozmiarów, twardy, gładki, mało bolesny, ruchomy, nie chęłbocący. Dolna jego granica leżała na 10 palcy poniżej łuku żeberowego i kończyła się kantem twardym wyraźnym, zaokrąglonym; górna granica od-

powiadała 7-ej przestrzeni międzyżebrowej na linii sutkowej prawej. Nie ulegało wątpliwości, że guzem tym była nadmiernie powiększona wątroba, która pod wpływem naporstnicy zmniejszała się stopniowo; po dniach dziesięciu nastąpiło całkowite wyleczenie.

Szybkie działanie naporstnicy wobec braku zmian w sercu przemawia, według zdania autora, za istnieniem w obu przypadkach samoistnego pierwotnego przekrwienia wątroby.

Przekrwienie to może być następstwem zakażenia (*b. typhi*, *b. coli commune*), zatrucia [alboholem, ołowiem i t. d.], czynników mechanicznych [np. kamicy], lub według RENDU sumy bardzo złożonych wpływów, do których należą zaburzenia w przewodzie pokarmowym, ciąża, podagra i t. d.. Przyczyn usposabiających nie zawsze wykryć się udaje, czasami tym czynnikami szkodliwym jest zmiana nagła ciepłoty, przeciążenie fizyczne lub nerwowe, zwłaszcza, jeżeli te czynniki przyłączają się do odżywiania upośledzonego, wieku podeszłego lub urządu przedwczesnego.

Pod tym względem wielkie znaczenie przypisuje autor odruchom, opierając się na faktach znanych w fizjologii. Według badań OWSIANNIKOWA i CZIRJEWĄ podrażnienie odcinka dośrodkowego nerwu kulszowego wywołuje rozszerzenie naczyń ucha, podrażnienie *n. depressoris* LUDWIGA i CRONA sprawa przekrwienie krezki. Na drodze odruchowej objaśnić można przekrwienie pętlic kiszki pod wpływem powietrza przy otwarciu jamy brzusznej tak, jak to ma miejsce z oponą miękką przy trepanacji czaszki. Przekrwienia tego rodzaju mogą być następstwem: 1) odruchowego działania nerwów obwodowych na naczynia obwodowe, 2) wpływu narządów wewnętrznych na naczynia obwodowe [rumieńce u suchotników], 3) wpływu jednych na drugie narządy wewnętrzne [przekrwienie mózgu w przebiegu zaburzeń żołądkowo-kiszkiowych], 4) wpływu nerwów obwodowych na stan naczyń w narządach wewnętrznych [przekrwienie płuc i zapalenie płuc, w obecności swoistych czynników chorobotwórczych, pod wpływem nagłych zmian atmosferycznych].

Do przyczyn, które najbardziej usposabiają wątrobę do przekrwień samoistnych, autor na pierwszym miejscu zalicza zaburzenia kiszki, rozumie się, przy pewnej wrażliwości ustroju. W drugim z opisanych przypadków takimi przyczynami usposabiającymi, oprócz lekkiego stopnia niestrawności, był urząd przedwczesny, wycieńczenie spowodowane częstą ciążą, wreszcie stwardnienie tętnic. Była to t. zw. pierwotna asystolia wątroby, t. j. samoistne osłabienie napięcia naczyń wątroby czyli właściwie przekrwienie wątroby, spowodowane przez miejscowy niedowład naczyń.

(*La presse médicale*. Nr. 15, 1897).

Pruszyński.

34. P. Barbagallo. Przyczynek do rozpoznania między *taenia solium* i *taenia saginata* oraz leczenia tasiemca.

Ostatnimi czasy tak mało spotykamy prac o zaznaczonej w tytule kwestyi, że nie od rzeczy będzie przypomnieć ją. Jak wiadomo, odróżnienie od siebie wymienionych w tytule tasiemców odbywa się najlepiej przez obejrzenie pod mikroskopem ich główek. Znalezienie na niej kilku, albo choćby nawet jednego z haczyków z przysawek dowodzi, iż mamy do czynienia z *taenia solium*. Gdy haczyków na dobrze zachowanej główce wcale niema, mamy *taenia saginata*, s. *mediocamellatam*. Najczęściej to ostatnie rozpoznanie daje się już gołym okiem postawić, gdyż tasiemiec ten ma przysawki ciemno pigmentowane. Znalezienie więc główki czarnej równa się stwierdzeniu *t. saginatae*. Gdy tego zabarwienia gołym okiem nie widać, decyduje powyżej przytoczony wynik badania mikroskopowego. Inna rzecz, gdy główki z tych lub innych powodów do rozporządzenia nie mamy. W takim razie należy zbadać mikroskopowo proglotydy. Proglotydy *t. solium* mają macicę z wielkimi rozga-

łęzieniami, ale wtórnie dychotomicznie się dzielącemi. Przeciwnie, proglotydy *t. saginatae* mają macicę z licznymi bardzo rozgałęzieniami, od jej centru odchodzącemi, ale się już wtórnie nie dzielącemi. To jest różnica ich główna od siebie. Nadto proglotydy *t. solium* są delikatniejsze i zawierają zawsze mnóstwo jajek, których skorupa jest grubsza, a kształt prawie okrągły; proglotydy zaś *t. saginatae* są więcej mięsiste, grubsze i zawierają niewiele jajek większych i owalniejszych, niż ma *t. solium*. Gdy i proglotydy na razie do zbadania nie mamy, natenczas należy, z pewnem prawdopodobieństwem, przypuścić, że chory nasz ma *t. saginatum*, jeżeli twierdzi z pewnością, że mu czasem oddzielne proglotydy *per anum* zupełnie bez stolca odchodzą. Proglotydy bowiem *t. saginatae* są o wiele ruchliwsze od proglotydy *t. solium* i rzeczywiście łatwiej same przez odbyty wychodzą. Dzięki tej swojej ruchliwości, oddzielne proglotydy „wspinają” się na wyższe części trawy lub innych roślin i zostają właśnie pożarte przez bydło, które trawy przecież do samej ziemi nigdy nie obgryza. Jest rzeczą ważną stosowanie przy leczeniu tasiemca zawsze świeżej nalewki paproci. Autor przekonał się doświadczalnie, że jeżeli po stosowaniu świeżej wymienionej nalewki główka nawet od razu nie wyjdzie, to jednak jest ona, jak i bezpośrednio do niej przylegające proglotydy, zabita. Przynajmniej karmienie zwierząt takimi główkami nigdy nie prowadziło do rozwijania się u nich bąblowców (*cysticercus*). Przeciwnie, gdy użyty preparat paproci był stary, pozostała w organizmie główka żywotność swoją zachowuje i może dać z wielką łatwością początek nowemu bąblowcowi.—Przed stosowaniem paproci, ani po niem, autor choremu na przeczyszczenie nie daje, lecz każe mu dobrać przedtem pościć. Autor zgadza się na stosowanie paproci w kapsułkach, chociaż przekonał się, że przy stosowaniu nalewki jej w emulsyi tasiemce wydzielają się nierównie prędzej [czasami w kwadrans] i całkowicie. Przy świeżej jednak nalewce, można na ten szczegół nie nalegać.

(*Gaz. degli ospedali*, 1891. N. 80).

Wł. Janowski.

35. Casagrandi i Barbagallo. O hodowaniu ameb.

Autorowie rozbiegają krytycznie wszystkie znane już czytelnikom Gazety [1896 r.] metody hodowania ameb i dochodzą do wniosków ostatecznych następujących. Jakkolwiek ameby rozwijają się najlepiej na podłożach alkalicznych, to jednak, przeprowadzając je z gleb wyraźnie alkalicznych na coraz bardziej w zasady ubogie, można dojść do tego, by otrzymywać hodowle ameb na podłożu wyraźnie kwaśnem. Mylnem jest zdanie, że ameby nie dadzą się utrzymać w hodowli, jeżeli nie będzie w niej domieszki innych pierwotniaków, drożdży lub bakteryi. Ostatnie trzy kategorie tworów w żaden sposób, ani dodatni, ani ujemny, na rozwój ameb nie wpływają. Po wielu zachodach możliwym jest otrzymanie hodowli ameb zupełnie bez powyżej wymienionych tworów, które należy zawsze uważać za domieszki zanieczyszczające. Bynajmniej nie wszystkie ameby rozwijają się na podłożach sztucznych. Autorowie dochodzą do wniosku, że żadne z ameb, żyjących jako pasożyty, bądź u człowieka, bądź u zwierząt, dotąd z pewnością wyhodowane nie zostały. To, co się ze stolców rozwijało [nawet na *fucus crispus*], było zawsze domieszką ameb, przywykłych żyć swobodnie, a nie w stolcach ludzkich pasożytniczo.

(*Catania*, 1897, 22 pp.).

Wł. Janowski.

36. Just. Lucas Championière. Znaczenie tkanki tłuszczowej w przepuklinach.

Na rolę fizjologiczną tkanki tłuszczowej przy tworzeniu się przepuklin mało dotąd zwracano uwagi, i nawet dzieła klasyczne prawie nic o niej nie wspominają. W wielu jednak przypadkach, szczególnie u osobników młodych, można stwierdzić, że powstawanie przepuklin idzie równolegle z rozwojem pokładu tłuszczowego. Zdaniem autora, jest to nawet zjawisko tak zwykłe, że uważa on za

obowiązek każdego lekarza, który dostrzeże u swego pacyenta szybkie stosunkowo tycie, aby koniecznie badał kanały pachwinowe dla przekonania się, czy nie ma gdzie przepukliny, której obecności sam chory jeszcze nie odczuwa i nie domyśla się. Rzecz tę tłumaczy autor w następujący sposób.

Tkanka tłuszczowa tylko wtedy szczelnie zamyka otwory przewodów, jeżeli jest w takiej ilości, że rusztowanie z tkanki łącznej może ją wygodnie pomieścić. Jeżeli jednak przybywa tłuszczu nad normę, rozpycha on przepierzenia z tkanki łącznej, tworząc masy tłuszczowe jednolite. Ponieważ, podług zdania autora, tłuszcz przy zwykłej ciepłocie ciała jest ciągle w stanie płynnym, przenosi on wszelkie wahania ciśnień, nie zmieniając ich wcale. Ta własność zaś jest jednym z głównych czynników przy rozszerzaniu się ujęć.

Tłuszcz w postaci pakietów przyczepiony jest do otrzewnej włóknami z tkanki łącznej; wchodząc zaś wskutek zwiększonego ciśnienia do kanału pachwinowego, wciąga za sobą otrzewną, która wówczas tworzy zaczyna worek. W ten worek zaś przy pierwszym wysiłku wepchnięte zostają kiszki. Rolę tych pakietów tłuszczu, zwanych tłuszczakami przedprzepuklinowymi, można obserwować przy wszelkiego rodzaju przepuklinach. Tłuszczaki te albo mają postać gruszki, przyczepionej za nóżkę do otrzewnej, albo też tworzą masy, przystające do tej ostatniej szeroką powierzchnią. Jednocześnie z tłuszczakami daje się zauważyć i to zjawisko, że otrzewna, obłożona tłuszczem, daleko łatwiej zjeżdża, ślizgając się po ścianie brzusznej, aniżeli otrzewna sucha, chuda, normalna. Jest jeszcze jeden mechanizm, grający ważną rolę przy tworzeniu się przepuklin. Pokład tłuszczu, podszywający otrzewną, dochodzi czasami do takich rozmiarów, że zajmuje większą część jamy brzusznej. Masa ta przenosi ciśnienie ciężące na wnętrznościach na wszystkie punkty ściany brzusznej, w szczególności zaś na punkty mniej odporne.

Z tego wszystkiego wyciąga autor następujące wnioski, tyżące się zapobiegania i leczenia przepuklin.

Jeżeli lekarz ma do czynienia z osobnikiem młodym, prędko nabierającym tuszy, powinien zbadać go, czy nie ma gdzie przepukliny; pojawia się ona bowiem najczęściej między 15-ym i 30-ym rokiem życia. Późniejsze jej pojawienie się nie jest jednak wyłączone; przepuklina pępkowa naprzykład pojawia się u kobiet nabierających tuszy po 30-ym roku. Jeżeli więc lekarz przepuklinę znajdzie, powinien zaraz zastosować kurację, mającą na celu wstrzymanie rozwoju pokładu tłuszczowego, a za czynniki najskuteczniejsze uważa autor powstrzymywanie od użycia napojów wysokowych, ograniczenie pokarmu mięsnego i ćwiczenia gimnastyczne. Tym ostatnim przypisuje autor wielkie znaczenie, dowodząc, że widział daleko lepsze wyniki u osób, które przy kuracyi głodowej uprawiały dodatkowo ćwiczenia [nawet dość gwałtowne], aniżeli u osób stosujących tę kurację wyłącznie. Wysiłki przy oddwaniu kału, przy kaszlu uważa autor za szkodliwsze nawet od ćwiczeń, wchodzących w zakres popisów atletycznych.

Znaczną część swojej pracy poświęca LUCAS CHAMPIONIÈRE uwagom nad zapobieganiem tworzenia się przepuklin po operacjach, na ścianie brzusznej wykonywanych. Przedewszystkiem potępia on dawanie osobom po laparotomii alkoholu, jako środka wzmacniającego, przypisując mu ważną rolę przy tworzeniu się pokładów tłuszczu. Nad normę przedłużony sen, obfity pokarm i brak ruchu: oto czynniki, doprowadzające, zdaniem jego, osoby, leżące w łóżku po operacyi, do nabywania nadmiernej tuszy i tem narażające je na przepukliny.

Autor dowodzi, że stosując wyżej wymieniony system, miewał wprost zdumiewające wyniki. Przepukliny, które długi czas nie dawały się wtłoczyć napowrót do ściany brzusznej, wchodziły z łatwością po kuracyi głodowej,

skombinowanej z leczeniem środkami czyszczącymi; u osób, którym on z różnych powodów nie mógł wykonać operacji radykalnej, i którym przepuklina sprawiała niewymowne cierpienia, po pewnym czasie leczenia głodowego zniknęły dolegliwości, a zastosować paski, którego dotąd nie znosiły, stawało się możliwem. Jedyny środek, pewnie zwalczający nadmierną tuszę, o którego skuteczności mógł się autor sam przekonać, jest jodek potasu w dawkach 0,25. Stosował on ten środek nie tylko u osobników żółzowatych, ale i u chorych, których nadmierna tusza zależała od wadliwego przyswajania pokarmu. Jeszcze jeden środek, w którym autor pokłada wielkie nadzieje, którego jednak nie miał sposobności częściej stosować, jest tyreoidyna.

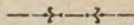
Kurację głodową stosuje autor jeszcze w jednym przypadku, a mianowicie wówczas, gdy z powodu zbyt wielkiej tuszy chorego uważa operację radykalną za niebezpieczną lub bezskuteczną, i wtedy kurację głodową kilkomiesięczną uważa za konieczne przygotowanie do operacji. Wyniki tym sposobem osiągnięte najzupełniej go zadowolniły.

Nareszcie daje autor kilka wskazówek dla chirurgów, którzy przy operacji radykalnej natrafić mogą na nadmierne pokłady tłuszczu. Jeżeli spotykamy tłuszcz ten w pakietach, powinniśmy go wyciąć; trzeba jednak pamiętać, że zawiera on dobrze rozwinięte naczynia, które dla uniknięcia krwawienia trzeba starannie podwiązać. Jeżeli zaś worek jest pokryty równym rozlanym pokładem tłuszczu, nie wolno go dla skrócenia operacji rozcinać, nim się go w całości nie wypreparuje; wtedy bowiem da się osiągnąć dopiero dokładne zbliżenie ścian przewodu, oraz otrzymanie mocnej blizny, która zapobiegnie powrotom.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. 10. IX. 1896).

M. Zaborowski.

Wiadomości drobne.



— Wiadomo, że t. zw. *deciduoma malignum* v. *sarcoma uteri deciduocellulare* ma pewien związek z zaśniadem groniastym, albowiem w przeważającej liczbie przypadków decuduomę poprzedza zaśniad groniasty. Przypadek taki opisał znowu niedawno LINDFORS (*Centrbllt. f. Gyn.* 1897. Nr. 1). Znalaziono też w zaśniadzie te same pierwiastki komórkowe, co i w decuduomie. W ostatnich zaś czasach SCHAUTA (*Centrbllt. f. Gyn.* 1897. Nr. 2) przekonał się, że podobnie jak decuduoma, zaśniad jeszcze podczas pobytu w macicy może wywołać zakażenie przerzutowe. Znalazł on mianowicie w przypadku zaśniadu groniastego guzik twardy, ostro ograniczony, usadowiony w pochwie, który po wycięciu okazał się pod drobnowidzem nowotworem natury przerzutowej, zawierającym te same pierwiastki komórkowe, co i *deciduoma malignum*. W samym zaśniadzie wykrył S. takie same pierwiastki komórkowe. Przypadek ten zdawałby się dowodzić złośliwości w pewnych razach zaśniadu groniastego.

— Pierwszy ROSER zwrócił uwagę na to, że cukromocz występuje nieraz u ludzi młodych z wyglądem zupełnie zdrowym. To też, ilekroć u osobników takich występuje zapalenie, prowadzące do zgorzeli, należy zawsze badać moc na cukier. Dla czego u osobników, dotkniętych cukromoczem, występują z taką łatwością sprawy zapalne, dokładnie nie wiemy. Natomiast K. stara się wytlómaczyć przyczynę, dla której tak często zapalenia kończą się w tych warunkach zgorzelą. Badając naczynia 11 osobników, dotkniętych zgorzelą cukromoczną, K. znalazł u 9 bardzo wybitne zmiany w naczyniach, polegające na wybitnem zwapnieniu ich ścian, a często i na zatknięiu grubszych pni naczyniowych. Otóż, w takim zwyrodnieniu naczyń K. widzi przyczynę zgorzeli cukromoczonej. Skoro tylko u chorego zjawia się zgorzel,

ilość cukru w moczu zwiększa się i objawy ogólne stają się cięższe. Jeżeli występuje obfitsze, cuchnące ropienie, chory słabnie, traci łaknienie, staje się śpiącym. Leczenie powinno z jednej strony być skierowane przeciw cukromoczowi, z drugiej zaś strony powinno mieć na celu wytworzenie zgorzeli suchej. W tym celu K. przecina pęcherze, usuwa zmartwiałą skórę i nakłada opatrunek suchy z jodoformu i waty. Unika on stosowania opatrunków wilgotnych, nawet dezynfekujących. W razie flegmony, wykonywa rozległe przecięcia. Amputację radzi K. wykonywać dopiero wówczas, gdy sucha zgorzel już ograniczyła się. Jeżeli zgorzel postępuje dalej i uczynić jej suchą niepodobna, amputacja daje wogóle złe wyniki. Pomimo to niekiedy i w podobnych przypadkach można chorego uratować amputacją.

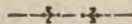
(Koenig, Berlin, klin. Wochschr. 1896, Nr. 30). B. Sawicki.

— Dalsze wiadomości o leczeniu dżumy. Nowy komunikat YERSIN'a, czytany na ostatnim posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu [26 stycznia], oprócz powtórzenia wiadomości, znanych nam z poprzednich prac tego autora [patrz ostatni № Gazety], zawiera bliższe szczegóły o wynikach leczenia. Do tego czasu leczono 26 przypadków dżumy [3 w Kontonie, 23 w Amoy], z tych 2 zakończyły się śmiercią. W obu przypadkach wstrzyknięto surowicę 5-go dnia choroby; w przypadku pierwszym śmierć nastąpiła w 5 godzin, w drugim — we 24 godziny po pierwszym wstrzyknięciu. Y. twierdzi, że surowica okazuje się skuteczną tylko w bardzo wczesnych okresach choroby, zanim się zjawią objawy ciężkiego zatrucia [nieregularność tętna i oddechu]. Chorzy wyleczeni surowicą przychodzą do siebie bardzo prędko, podczas gdy rekonwalescencya nawet w lekkich przypadkach dżumy bardzo jest powolną i ciężką. Sądząc z doświadczeń na zwierzętach, wnosić można, że zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwdżumowej będą jeszcze skuteczniejsze, niż lecznicze. We wszystkich przypadkach, leczonych przez YERSIN'a, rozpoznanie dżumy nie ulegało wątpliwości. Lasecznik dżumy znajdowano we krwi tylko w bardzo ciężkich przypadkach [pod drobnowidzem i w hodowli]. D-r WILM znajdował go w nalicie na języku, w płwocinie i w kale chorych.

(Sem. Med. 1897, Nr. 5).

A. P.

Wiadomości bieżące.



— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Jana BĄCOWICZA udzielone być mają w dnia 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r Śliwicki.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Д.зводило Цензурою Варшава 14 Марта 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8