

GAZETA LEKARSKA

I. W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki

(*Nephroptosis, ren mobilis, ren migrans*).

Podat

Prof. dr Leon Kryński.

[Według wykładu na XII-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].

— † — † —

Na dość ciemną dotychczas patogenezę opadnięcia nerek ostatnie lata rzuciły trochę światła dzięki dokładnym badaniom anatomicznym z jednej strony, z drugiej—dzięki spostrzeżeniom chirurgów, czynionym *in vivo*. Wyniki badań ZUCKERKANDL'a, GEROTA'y, GLANTENAY i GOSSET'a nad stosunkami anatomicznymi powięzi okołonerkowej (*fascia perirenalis*) wskazały na jej ważną rolę fizyologiczną w ułożeniu nerek, zaś praca WOŁKOWA i DELICYNA wyjaśniła na drodze doświadczałnej znaczenie różnych czynników anatomicznych w powstawaniu ruchomości tych narządów.

Jak wiemy, nerki w ułożeniu prawidłowem są w znacznej swej części osłonięte przez kościec klatki piersiowej i tylko dolny ich brzeg wystaje poniżej XII-go żebra. Długością swą odpowiadają one kręgom: 12-mu piersiowemu i 1-mu i 2-mu lędźwiowym, sięgając wyrostków poprzecznych 3-go lędźwiowego. Dolną część nerki można byłoby łatwo wyczuwać w kącie pomiędzy ostatniem żebrem a końcami wyrostków poprzecznych, gdyby nie mocne pasma włókniste, opisane przez RÉCAMIER'a i HENLE'go i przebiegające od końców wyrostków poprzecznych 1-go i 2-go kręgu lędźwiowego do 12-go a niekiedy i 11-go żebra. Tworzą one silną podstawę dla nerek od tyłu i jednocześnie utrudniają dostęp do nich przy badaniu palcami.

Ruchomość nerki stanowi zjawisko fizyologiczne; normalnie zmienia ona swe położenie zależnie od pozycyi ciała, leżącej czy stojącej i od ruchów oddechowych, obniżając się przy wdechu i unosząc przy wydechu. Wahania w wysokości ułożenia jej pod wpływem tych czynników wynoszą do 3, a nawet 5 centymetrów i występują wybitniej u kobiet. Dopiero przekroczenie tej miary daje nam obraz chorobowy i tu, zgodnie z GLÉNARD'em, odróżniamy zazwyczaj trzy jego stopnie: pierwszy—kiedy nerka osuwa się ku dołowi, lecz górny

jej brzeg znajduje się jeszcze pod łukiem żebrowym, drugi—kiedy wyczuć możemy całą jej długość poniżej żeber i trzeci—kiedy znajduje się ona daleko poza swą zwykłą siedzibą, opuszczając się niekiedy aż do miednicy małej lub przechodząc poza linię środkową na stronę przeciwną. Czynniki, ograniczające nadmierną ruchomość nerki i sprzyjające jej położeniu prawidłowemu, są następujące: 1) narząd torebkowo-powięziowy, otaczający nerkę i łączący ją z sąsiednimi tkankami, 2) powrózek naczyniowy, 3) otrzewna, 4) ciśnienie śródbrzuszne.

Otoczone własną torebką, nerki leżą wśród wiotkiej tkanki tłuszczowej pomiędzy dwiema warstwami powięzi podotrzewnej (*fascia subperitonealis*), tworzącymi naokoło nich powięź okołonerkową (*fascia perirenalis*), której przebieg i ważne znaczenie w sprawie ustalenia nerki wykazali w ostatnich czasach wymienieni autorowie, GLANTENAY i GOSSET. Przebieg i układ tej powięzi, poczynając od góry, przedstawia się następująco.

Od dolnej powierzchni przepony, z którą zrosła jest ściśle, *fascia perirenalis* opuszcza się ku dołowi i ponad górnym brzegiem nadnercza dzieli się na dwie warstwy, obejmujące nerkę wraz z nadnerczem. Z nich warstwa tylna pokrywa mięsień lędźwiowo-udowy (*m. psoas*) i mięsień czworoboczny lędźwi (*quadratus lumborum*) i schodząc niżej, gubi się wśród tkanki łącznej podotrzewnej w zagłębieniu kości biodrowej, na wewnątrz zaś dochodzi do kręgosłupa i zraasta się z okostną kręgów i chrząstkami międzykręgowymi. Warstwa przednia, cieńsza od poprzedniej i silniej utkana po stronie lewej niż prawej, z powierzchni nerki przechodzi ku wewnątrz na wielkie naczynia, pokrywa je i zlewa się z takąż powięzią strony przeciwnej; ku dołowi poniżej dolnego bieguna nerkowego przechodzi ona również w wiotką tkankę w zagłębieniu biodrowym. Poza zewnętrznym, wypukłym brzegiem nerki obie warstwy zlewają się razem i przechodzą na boki ściany brzusznej już jako *fascia subperitonealis*. Pomiedzy warstwami powięzi okołoruchowej i nerką znajduje się warstewka tkanki tłuszczowej, wyraźniej rozwinięta na powierzchni tylnej, zewnętrznej i u wnęki nerki, najobficiej zaś występująca u dołu pod nerką, gdzie tworzy pokład tłuszczu, wśród którego przebiegają liczne pasemka włókniste, stanowiące dość ważne oparcie dla dolnego bieguna nerki.

Widzimy więc z opisanego układu powięzi okołonerkowej, iż przedstawia ona dla nerek pochwę zamkniętą od góry i z zewnątrz, otwartą zaś u dołu i na wewnątrz, i w tych też dwu kierunkach — na wewnątrz i ku dołowi może posuwać się uruchomiona nerka.

Opuszczanie się nerki ograniczone jest i przez drugi czynnik anatomiczny — powrózek naczyniowy, który zatrzymuje ją na wysokości największego naciągnięcia tętnicy i żyły nerkowej, mających po obu stronach różną długość. Wskutek tego nerka naokoło punktu swej wnęki opisuje pewną krzywą, zmieniając swe ułożenie tak, iż brzeg jej wypukły zwraca się ku dołowi, wnęka zaś ku górze i na wewnątrz. Otrzewna, pokrywająca tylko przednią powierzchnię nerek, bardzo małe ma znaczenie w sprawie ich położenia. Nerka, przesuwająca się wśród tkanki tłuszczowej pomiędzy warstwami powięzi okołonerkowej, dopiero przy obszerniejszych ruchach pociąga za sobą otrzewnę, powodując jej fałdowanie się.

Przypuszczano dawniej [DUNIN, WATSON], iż związek obu tych narządów jest tak ścisły, iż koniecznym warunkiem opadnięcia nerki jest istnienie jakiejś nieprawidłowości w otrzewnej, która nawet otaczać może zupełnie taką ruchomą nerkę, tworząc rodzaj krezki, *mesonephros*. Obecnie chirurdzy stwierdzili, iż nawet dość obszerne ruchy wykonywać może nerka poza otrzewną i coś w rodzaju krezki nerkowej spotyka się w wyjątkowych tylko przypadkach, o czym zresztą powątpiewa ALBARRAN.

Zato pierwszorzędne znaczenie w utrzymywaniu nerki w położeniu normalnem, a co zatem idzie, i w powstawaniu jej opadnięcia, ma ciśnienie śródbrzuszne, warunkujące równowagę we wzajemnych stosunkach narządów brzusznych. Wyjaśnienie roli tego czynnika i jego związku z warunkami topograficznymi nerek zawdzięczamy badaniom wspomnianych powyżej autorów, WOŁKOWA i DELICYNA. Według nich środek ciężkości sprawy silniejszego i słabszego umocowania nerek w ich położeniu leży w budowie t. zw. zagiębień nerkowych, znajdujących się po obydwóch stronach kręgosłupa. Ich istnienie, kształt i rozmiary wykazali oni zapomocą odlewów gipsowych wnętrza jamy brzusznej. U mężczyzn dorosłych zagłębienia te mają kształt dołów, zwężających się lekko ku dołowi, podczas gdy u kobiet są one płytsze, węższe i mają postać walcowatą. Głębokość tych dołów i ich kształt są w ścisłym związku z częstością powstawania nerki ruchomej i w przypadkach ruchomości wysokiego stopnia stwierdzić można uderzającą ich płaskość, którą spotyka się o wiele częściej po stronie prawej.

Dla określenia wpływu ciśnienia śródbrzuszego u trupa, umieszczonego w pozycji stojącej, otwierali onijamę otrzewną, co samo już powodowało osunięcie się nerek o 2 ctm. Taki sam wynik dawało zdjęcie całej warstwy mięsni ze ściany brzusznej z pozostawieniem nieuszkodzonej otrzewnej, jeżeli zaś i tę przecięto, to nerki opuszczały się jeszcze niżej, dochodząc do grzebienia biodrowego lub nawet do miednicy.

W ułożeniu poziomem trupa nerka ruchoma łatwo powraca na miejsce. Tem też sobie tłumaczyć należy tę ogromną różnicę w określaniu częstości opadnięcia nerek, przytaczanem przez klinicystów i przez anatomopatologów. Podczas bowiem, gdy pierwsi znajdują je u chorych, szczególnie kobiet, bardzo często [20 — 27, a nawet 46 na 100], sprawozdania sekeyjne przytaczają liczby stosunkowo bardzo małe [tak naprz. w zakładzie patologicznym berlińskim na 12,000 sekcyi znaleziono nerkę ruchomą tylko 11 razy].

Według zatem badań WOŁKOWA i DELICYNA opadnięcie nerki jest następstwem dwóch czynników: wadliwości budowy zagłębienia nerkowego, polegającej na zbytnej jego płytkości, — i zniesienia równowagi w ciśnieniu śródbrzuszem. Mechanizm tej sprawy patologicznej zdaje się nie mieć ściślejszego związku ani ze stanem więzadeł w otrzewnej, ani z objętością i ciężarem jelit, ani ze zmianami samej otrzewnej. Sprzyja zaś jej powstawaniu szybkie wypuszczenie większej ilości płynu z jamy brzusznej, znaczne zwiększenie ciężaru nerek [w doświadczeniach wlewano przez moczowód rtęć], wreszcie wprowadzenie powietrza do oplucnej. Stąd więc zrozumiałem jest, iż do powstawania ruchomości nerki przyczynia się to wszystko, co wpływa ujemnie na każdy

z tych dwóch czynników przyczynowych. Tak na przykład, urazy sprzyjają temu przez to, że wysuwają nerkę z jej zagłębienia; wysokie obcasy przez unoszenie całego ciała zmieniają jego warunki statyczne, powodują wygięcie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*), a co zatem idzie, spłaszczenie zagłębień nerkowych. Sznurówka, źle założona, ma działanie analogiczne. Według tych autorów, zaciśnięcie jej na wysokości 9-go—10-go żebra wpływa ujemnie na zagłębienia nerkowe i usposabia do opadnięcia nerki, podczas gdy założenie sznurówki poniżej, na wysokości 12-go żebra lub jeszcze niżej, działa zupełnie przeciwnie, może więc być nawet dodatkiem.

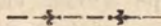
Zarówno łatwym do zrozumienia na podstawie tych czynników jest fakt występowania ruchomości nerek dziedzicznego, lub też spotykane niekiedy przypadki wielokrotne w jednej rodzinie. [D. n.]

II. PRZYCZYNEK KLINICZNY DO PRZEBIEGU CIĄŻY ZAŚNIADOWEJ (MOLA HYDATIDOSA), oraz stosunek tejże do nabłoniaków kosmówki (chorioepiteliomatów).

Odczyt na posiedzeniu klinicznym d. 1-go września 1903 r. w Warszawskim
Towarzystwie Lekarskim¹⁾

Wypowiedział

Józef Jaworski.



Od chwili, gdy w r. 1889 SAENGER opisał przypadek swoistego nowotworu złośliwego macicy, warunkowanego ciążą prawidłową, lub patologiczną, a gdy w r. 1894 MARCHAND podstawowemi badaniami nad zaśniadem groniastym udowodnił ściśle związek patogenetyczny, pomiędzy ostatnim a pierwszym, od tej pory, t. zw. zaśniad groniasty (*mola hydatidosa*), zwraca na siebie szczególną uwagę nie tylko klinicystów, lecz i anatomopatologów.

Wkrótce przekonano się, że zaśniad groniasty niezawsze bywa tworem niewinnym, przeciwnie—przebiera on cechy nowotworu złośliwego i w niedługim stosunkowo czasie stać się może powodem zejścia śmiertelnego.

¹⁾ Odczyt ten, właściwie, nosił tytuł: „Uwagi nad ciążą zaśniadową ze stanowiska embryologicznego, oraz przyczynek kliniczny do przebiegu tejże ciąży“.

Pierwszą część odczytu wygłosił prof. H. HOYER, drugą J. JAWORSKI. Prof. HOYER odczytu swego do druku niezakwalifikował, streszczenie z niego, autoreferat, znajduje się w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego“, T. XCIX. Z. III. 1903. str. 742.

Poczęto, na wniosek NEUMANN'a, rozróżniać zaśniady niewinne (*mola benigna*) i zaśniady złośliwe (*mola maligna*). Główną cechą tych ostatnich — jak stwierdzono — jest zdolność tworzenia przerzutów, w mniej lub więcej, oddalonych miejscach i narządach, bądź o budowie groniastej, bądź też o cechach nabłoniaków kosmówki (*chorioepithelioma*), w razie rozwoju nowotworu tego.

Przerzuty te, powstałe drogą naczyń krwionośnych, najwcześniej występują w pochwie, a najczęściej w płucach. Zresztą, z wyjątkiem serca i gruczołów limfatycznych pachwinowych, spotykano je we wszystkich narządach.

Według statystyki, ciąża patologiczna, mianowicie zaśniadowa, poronień, ciąża jajowodowa, sprzyja powstaniu nowotworu o cechach zaśniadu groniastego.

Prawie w 90% zdarza się ów nowotwór w tych właśnie przypadkach. Najczęściej, bo w 58% wszystkich opisanych przypadków, nowotwór rozwija się po zaściadzie groniastym (*mola hydrotidosa*).

Z tego powodu badanie zaśniadu takiego ze względu na ewentualny przyszły los chorej zawsze jest warte zachodu.

W piśmiennictwie polskim znajduje się opis kilkunastu przypadków, t. zw. *chorioepithelioma*, które, jak wiemy, powstaje najczęściej po i wskutek ciąży zaśniadowej ¹⁾.

Zbadania histologicznego zaśniadu, który obserwowałem, podjął się raczył czcigodny prof. H. HOFER, i zadał sobie trud przygotować także preparaty porównawcze i tej właśnie okoliczności zawdzięczam, że obok preparatów drobnowidzowych tutaj przedstawionych, podać mogę i historię przebiegu klinicznego, zajmującą z paru względów.

Historia przypadku ²⁾ tak się w krótkości przedstawia: 34-letnia kobieta, 4-ty raz rodząca; dwa poronienia, ostatnie przed rokiem. Miesiączka typu 6 IV., od 4-eh miesięcy nie miesiączkuje; od 5-u tygodni, co pewien czas, w nieregularnych odstępach, pojawia się krwotok z macicy; jednocześnie macica niepomiernie się powiększa; powiększanie to nie jest jednostajne, ulega ono pewnym wahanom. Podczas pobytu w szpitalu u chorej pojawiło się krwioplucie, które trwało przez 4 dni przy stanie podgorączkowym [37,8 — 38,6].

Badanie — w sercu nie wykryło nieprawidłowości, natomiast w dolnym płacie lewego płuca stwierdzono stłumienie na ograniczonej przestrzeni, oddech zaostrozony i trzeszczenia. Płwocina, w ilości około $\frac{1}{3}$ kubka na dobę, miała barwę ciemną, prawie czarną.

¹⁾ Są to rozprawy i opisy pojedynczych przypadków: ROSNERA, SWITALSKIEGO, C. STANKIEWICZA, STEINHAUSA, SOŁOWIJA i KRZYŻKOWSKIEGO

Literaturę odnoszącą się do omawianego przedmiotu znaleźć można między innymi w rozprawie OSCARA POLANO, p. n.: Ueber die Entwicklung und den jetzigen stand der Lehre von den Blasenmole und den sogenannten maligna Decidua. Sammlung klinischer Vorträge v. R. Volkmanu. 1902

²⁾ Chorą dla ściślejszej obserwacji umieściłem w szpitalu. Skorzystałem z uprzejmości kolegi BRONISŁAWA SAWICKIEGO, który już nie po raz pierwszy udzielał na oddziale swoim gościny chorým moim, budzącym interes naukowy.

U chorej, pomimo, że nie jest niedokrwistą chwilami następuje zapaść z podrażnieniem otrzewnej; wzdęcie i nader żywa bolesność podbrzusza, szybkie tętno [120], czkawka, wymioty. Przy dalszem badaniu okazuje się: macica sięga dnem na $1\frac{1}{2}$ palca poza pępek, t. j. odpowiada 7-mu miesiącowi ciąży. W zewnętrznych częściach rodnym, oraz pochwie, objawy żylnego zastoj, właściwego ciąży. Sutki pełniejsze, nieco zbite, obwódki i brodawki ciemne. Cześć pochwowa gruba, rozpulchniona, dość nisko położona. Ujście zewnętrzne rozwarte, o brzegach obwisłych i licznymi wrębami opatrzonych. Ujście wewnętrzne i przewód szyi dla końca wskaziciela—drożne. Przy dotyku trafia się na masy gładkie, elastyczne.

Palec po badaniu wydobyty nie jest krwią zabarwiony.

Macica ruchoma, w przydatkach brak zmian zapalnych.

Chwilami, co parę dni, wielkość macicy, a poniekąd i jej kształt, ulegał zmianie. Mianowicie, rosła ona omal w oczach i z kulistej stawała się podówczas jakby jajowatą. Podczas tych przemijających wahań w wielkości, dno macicy wyczuwać się dawało na 2 palce poprzeczne powyżej poziomu, jakiego zwykle sięgało.

Tym oscylacyom w wielkości towarzyszyło mniej lub więcej żywe podrażnienie otrzewnej.

Niestosunek wielkości macicy do czasu trwania ciąży, niejednostajne powiększanie się macicy, wreszcie, krwotoki na przemian, z wolnymi całymi dniami nawet od śladów krwawienia, wskazywały, że mam do czynienia z ciążą zaśniadową, mianowicie z zaśniadem groniastym (*mola hydatidosa*).

Jakoż, po kilkunastu dniach pobytu w szpitalu [w d. 6. IX. 1902 r.] rozpoczął się poród *sponte*, i po kilku godzinach, przy pomocy wygniatania, urodził się charakterystyczny zaśniad groniasty, a wielkość jego świadczyła, że znaczna przestrzeń macicy była nim dotknięta. Chora, w kilka dni opuściła szpital, i dziś, w rok po tem przejściu, stan jej zdrowia nie pozostawia nic do życzenia.

Przypadek ten w przebiegu wyodrębnił się między innymi tem: naprzód, że u chorej podczas ciąży zaśniadowej, a przed urodzeniem zaśniadu, nastąpił zawał krwotoczny w płucu; powtóre, że, u chorej, macica, co do swej wielkości, podlegała przemijającym, a bardzo wyraźnym zmianom. Przy zwiększaniu się objętości jej — występowało podrażnienie otrzewnej; nareszcie, że poród zaśniadu [w V-ym miesiącu ciąży] ukończył się samoistnie, bez rękoczynu wewnętrznego.

Ze spostrzeganych podczas przebiegu objawów dwa zwracały uwagę. Po pierwsze, nieodnotowywane w opisach klinicznych, przemijające i niedługotrwałe powiększanie się macicy, powtóre, podczas ciąży przerzut do płuc.

Te wybitne oscylacje w wielkości macicy były bardzo charakterystyczne.

Pojawianie się ich tłómaczyć jestem skłonny chwilowem nagromadzeniem się większej ilości krwi w jamie macicy, która wywoływała podrażnienie, a tem samem skurcz mięśnia i utrudniony odpływ. Żywa bolesność podówczas w podbrzuszu, podrażnienie otrzewnej, zdają się także pozostawać w pewnej zależności od tego nagromadzenia krwi.

Okoliczność ta, że podczas ciąży wystąpiło przemijające krwiopłucie, które nie dało się wytlómaczyć ani obarczeniem dziedzicznym, ani istnieniem dawniejszych zmian w płucach, skłoniło mnie do przypuszczenia, iż u chorej nastąpił przerzut zaśniadu do płuc.

Potwierdzenie przypuszczenia mego pragnąłem znaleźć w poznaniu budwy samego zaśniadu.

W miejscu tem przypomnę, że powstawanie zaśniadu, według poglądu MARCHAND'a, przyjętego prawie przez wszystkich, szukać należy w stanie patologicznym, któremu uległo jajko, jeszcze w jajniku będące, wskutek czego nabłonek kosmówki, już wcześniej, obdarzony zostaje zdolnością nadmiernego bujania komórek.

Zdaniem MARCHAND'a zaśniad groniasty jest wynikiem nieprawidłowego bujania nabłonka kosmków z równoczesną przemianą wsteczną w podścielisku, mianowicie, nacieczeniem wodnistym i następną zgorzelą tkanki.

Autor ten uważa zaśniad za bujanie i za zwyrodnienie obu warstw nabłonkowych kosmka, syncytialnej i komórkowej, czyli warstwy LANGHANS'a.

Bujanie polega na wytwarzaniu się dużej liczby komórek nabłonkowych, które wielkością jąder i obfitością protoplazmy znacznie się odróżniają od prawidłowych.

Zwyrodnienie zaś polega na tworzeniu się wodniczek, obrzęku wodnistym i zgorzeli z powodu niedostatecznego odżywiania.

Rozpływanie się podścieliska, mianowicie warstw jego wewnętrznych, MARCHAND nazywa obrzękiem wodnistym (*hydropische Quellung*). Tą drogą przy zachowaniu warstwy zewnętrznej — tworzą się niezliczone pęcherzyki.

Proces bujania, rozrostu, obejmuje głównie nabłonek kosmków, tak *syncytium*, jak i warstwę komórek LANGHANS'a. Podczas tego wytwarza się wielka liczba komórek nabłonkowych, miejscami zupełnie izolowanych, które przedostają się głęboko w błonę doczesną późniejszą, a nawet, jak wiemy, do warstwy mięsnej macicy. Te wędrujące komórki nabłonkowe, będąc obdarzone własnością fagocytozy, działają niszcząco na sąsiednie tkanki.

Rozrost taki zaśniadu podobnym jest do bujania nowotworu złośliwego. Sprawa może doprowadzić do zupełnego zniszczenia *deciduae*.

Nawet w prawidłowych warunkach, t. j. przy ciąży normalnej, kosmki kosmówki (*villi chorii*), jak to już przed 30-u laty stwierdzono w pracowni prof. H. HOYERA, nie tylko wrastają w tkankę do czesnej późniejszej (*deciduae serotinae*), lecz także przenikają w *glandulae utriculares*, nie dosięgają jednak samego ich dna, które pozostaje wolnem.

W przypadkach zaśniadu groniastego liczba i wielkość komórek kosmówki, a zarazem i zdolność ich do bujania jest znacznie większa, niż w ciąży prawidłowej.

Tutaj proces ten, szczególnie w razie cech złośliwości zaśniadu, przyjmuje rozmiary wprost wielkie.

Komórki jedno i wielojądrowe sięgają aż do warstwy mięsnej, a zwłaszcza wnikają do naczyń, a drogą tych naczyń dają przerzuty nowotworowe.

Badanie drobnowidzowe zaśniadu złośliwego wykazuje bardzo znaczne wybujanie tak *syncytium*, jak i komórek LANGHANS'a. Nadto, w podścielisku kosmków zaśniadu takiego [po którym rozwinęło się *chorioepithelioma*] znajdują się zawsze duże komórki okrągławej, lub podłużnej formy, z jednostajną protoplazmą i dużem, zazwyczaj ekscentrycznie położonem jądrem.

Wogóle, obecność komórek syncycyalnych w podścielisku i przerastanie bujającego *syncytium* przez grupy komórek LANGHANS'a są stałymi cechami złośliwości danego przypadku.

W naszym przypadku obraz mikroskopowy [powiększenie 90 i 340] jest odmienny. Widzimy tutaj komórki pochodzące z warstwy LANGHANS'a, zupełnie oddzielone, leżące wśród krwi, lub otoczone wąziutkim paskiem *syncytii*, a także wodniczki z ziarnistym skrzepem.

Skrawki z więcej zbitych części zaśniadu okazują, że są one złożone z samych skrzepów krwi, z niewyraźnemi śladami doczesnej. Bujania *syncytium* z wnikaniem pomiędzy pojedyncze komórki nie udaje się odnaleźć, podobnie, jak i komórek olbrzymich. Na skrawkach [powiększenie 140] macicy kota widać wyraźne wrastanie kosmków [jeszcze bez naczyń] w nierówności bujającej błony śluzowej i niezmiernie rozszerzone naczynia krwionośne tej błony i rozgałęzione gruczoły błony śluzowej macicy, które rozrastając się, podminkują tworząc się łożysko.

Budowa zaśniadu tego, a także dobry stan zdrowia [po roku] chorej, — wobec zapatrywań obecnych na tę sprawę, nakazuje zaliczyć go do, t. zw. zaśniadów niewinnych (*mola benigna*), z drugiej zaś strony, wystąpienie, bez powodu, u chorej charakterystycznego krwiopłucia na parę dni przed porodem zaśniadu i ustanie zupełne takowego po wydaleniu zaśniadu, przemawia za tem, że mieliśmy w tym razie przerzut do płuc, który wywołał zator, a w następstwie zawał (*infarctus*). Rolę czopka zatorowego prawdopodobnie odegrał tutaj wprost kawałek zaśniadu, może całe jego gronko, a że zaśniad, twór macierzysty, był niewinny, więc i do bujania, na miejscu przerzutu, w płucu, dojść nie mogło.

Kwestya, czy t. zw. zaśniad niewinny wywołać może przerzuty, pozostaje dotychczas otwartą. Istnieją jednak po temu pewne dane, że tak bywa.

W przypadku, np. LANDAU'a — PICK'a, u 2-letniej, IV miesiącu ciężarnej, wycięto uklejewatą narośl, tuż u wejścia do pochwy wyrosłą. Narośl wielkości orzecha laskowego okazała się *chorioepithelioma*'tem.

W kilka dni po usunięciu narośli nastąpiło urodzenie zaśniadu groniastego. Macicy nie wycinano, chora pomimo to wyzdrowiała.

Podobny przypadek opisał SCHLAGENHAUFER: narośl wycięta z pochwy, przedstawiała typowy obraz *chorioepithelioma*'tu i pomimo, że macicy nie usuwano, stan zdrowia u osoby tej jeszcze po paru latach był dobry.

W przytoczonych przypadkach, pomimo obecności przerzutów o budowie charakterystycznej, na podstawie pomyslnego zejścia, co do zdrowia, wyprowadzono wnioski, że sam zaśniad u każdej z tych chorych lubo, że dał przerzut, należeć musi do kategorii niewinnych.

W naszym przypadku dowody pod tym względem ugrupowują się odwrotnie.

Budowa zaśniadu nie przedstawia obrazu cech, świadczących o złośliwej przyrodzie tworu tego, a jednak pojawia się przerzut, i pomimo tego po urodzeniu zaśniadu ciężki stan chorej się poprawia i wraca ona do zupełnego zdrowia.

Pogląd na stosunek, jaki zachodzi pomiędzy budową histologiczną zaśniadu, a jego złośliwością, *resp.* zdolnością do przerzutów, podlega i obecnie jeszcze różnemu tłumaczeniu. Zdaniem np. VOIGT'a, RUGE'go, PICK'a, ŚWIRALSKIEGO, badanie samego zaśniadu nie dostarcza stanowczo pewnych cech do określenia złośliwości. Z jednej bowiem strony komórki [olbrzymie z okrągłym lub owalnym, silnie barwiącem się jądrem], które NEUMANN, a także inni autorzy, uważają za znamienne dla postaci zaśniadu złośliwego, spotykamy i w zaśniadzie łagodnym, z drugiej zaś strony, nawet przy braku takich cech w budowie zaśniadu, zdolny on bywa dawać przerzuty.

Zdanie wymienionych autorów jest jednak odosobnieniem.

Przeważna większość autorów przyznaje, że cechy i właściwości budowy zaśniadu niezaprzeczenie stanowią o jego charakterze, co do złośliwości. I przerzuty, nawet w oddalonych narządach, zaśniadu takiego posiadają budowę o cechach macierzystego tworu, i wogóle—charakter złośliwy.

W większości, opisanych przypadków, zarówno nowotwór pierwotny, jak i przerzuty zawierały tylko składowe części nabłonka kosmka, a więc komórki LANGHANS'a, komórki syncycjalne i komórki odosobnione wędrujące.

W niektórych przypadkach znajdowały się całe kosmki w nowotworze pierwotnym.

W przypadkach innych [NEUMANN'a, APFELSTER'a, ASCHOFF'a, ROSNERA] w przerzutach pochwowych znalazły się całe kosmki, *in toto*. W poszczególnych przypadkach [PICK'a] przy niewinnym zaśniadzie przerzut zawierał kosmek cały wraz z podścieliskiem, w innym zaś przypadku [SCHLAGENHAUFER'a] podścieliska nie było.

Raz jeden [SOŁOWJ I KRZYSZKOWSKI] znaleziono w płucach całe gronka zaśniadu ¹⁾.

W naszym przypadku na podstawie przebiegu klinicznego zawału krwotocznego wnosić możemy, że czopek zatorowy nie zawierał w sobie pierwiastków nowotworowych złośliwych.

Z powyższego wypływa, że zaśniad groniasty, acz posiada pewne cechy i właściwości, tak pod względem budowy, jak i przebiegu klinicznego, iż jest sprawą złośliwą, pomimo tego, wprawdzie w bardzo nielicznych przypadkach, przebiegać może łagodnie, a także dawać przerzuty, nawet wtedy, gdy budowa jego nie posiada tych cech.

Mamy więc obraz kliniczny przebiegu zaśniadu bardzo różny i sprzeczny.

¹⁾ Opis tego interesującego przypadku autorzy ujęli w rozprawę ogólniejszego znaczenia nader starannie opracowaną, ogłoszoną po polsku i niemiecku.

Naprzód, bywają przypadki, które nie dają powikłań i kończą się zupełnie pomyślnie. Powtóre, te, gdzie istnieją przerzuty, lub nawet ich niema, lecz przebieg jest bardzo szybki i niepomyślny. Następnie, przypadki, gdzie, mimo złośliwych cech w budowie przerzutów, następuje wyzdrowienie. Nareszcie, gdzie, nawet wobec braku tych cech w budowie samego zaśniadu, następuje [przerzut, sprawa się jednak kończy wyzdrowieniem.

Znany jest także przypadek [SCHMORL'a], w którym lubo, że zaśniad złośliwy całkowicie został wydalony z macicy, która wraz z przydatkami okazała się zdrową, chora, mimo to, później zginęła z powodu przerzutów do pchwy, płuc, wątroby, nerek, kiszek.

Z tych przyczyn ocenienie klinicznego znaczenia poszczególnych przypadków sprawia niekiedy duże trudności.

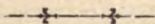
W każdym razie sama zdolność do przerzutów, szczególnie, gdy budowa zaśniadu nie posiada cech i charakteru złośliwości, nie zdaje się być pewnym, niezawodnym dowodem złośliwości danego przypadku. Wskazuje na to, między innymi, i nasza chora.

Ostateczny pod tym względem wniosek możnaby na podstawie obecnych poglądów w ten sposób wyrazić, że odnośnie charakteru zaśniadów — niewinnych i złośliwych — istnieje równorzędność anatomiczna i kliniczna.

III. Wycięcie migdałka, zajętego wrzodem syfilitycznym pierwotnym.

Podał

Władysław Wróblewski.



W dniu 19 października 1902 r. dr WATRASZEWSKI przysłał do mnie p. na X., lat 25 mającego, w celu natychmiastowego wykonania tonsillotomii z powodu szankra twardego, usadowionego na migdale prawym. Migdały p. X. od dzieciństwa miał bardzo duże; lewy został wycięty już dawno z powodu częstych zapaleń. Owrzodzenie na migdale zauważył dopiero przed 4 dniami wraz z niewielkim bólem, na który nie zwracał zresztą uwagi, będąc do niego od dawna przyzwyczajonym.

Przy badaniu znalazłem: migdałek prawy bardzo duży, czerwony z odcieniem fioletowym, sterczący ku środkowi, gdzie dochodzi aż do języczka, ku górze sięga *veli palatini*, ku dołowi dotyka nasady języka. Na całej wewnętrznej powierzchni migdała owrzodzenie kraterowate, wielkości złotówki srebrnej, o brzegach twardych, wyniosłych, pokryte szarobiałym, grubym nalotem.

Lewa strona gardzieli, jako też nos i krtań żadnych zmian nie przedstawiają.

Gruczoły podszczękowe z prawej strony w średnim stopniu powiększone, twarde. Gruczoły w innych okolicach zupełnie nie zajęte.

Po znieczuleniu migdałka tego *sol. cocaini alcoholica* [25%] odpałem go pętlicą galwanokaustyczną bez kropli krwi i przy bardzo nieznacznym bólu. Największy tonsillotom nie byłby w stanie objąć migdałka całkowicie, a w przypadku tym chodziło przecież o możliwie doszczętne usunięcie go.

Nazajutrz znalazłem na kikucie migdałka i na łuku tylnym duży, biały strup, jak to bywa zwykle po galwanokaustyce. Bólu przy łykaniu chory nie miał, odczyn zapalny w tkankach sąsiednich bardzo nieznaczny.

22. X. Bolesność prawie żadna. Strup niewielki na resztkach migdałka. Stan ogólny dobry.

29. X. Rana pooperacyjna zupełnie zagojona. W dwa tygodnie po usunięciu migdałka u naszego pacjenta, dr WATRASZEWSKI miał sposobność zbadać kobietę, z którą p. X. pozostawał od dłuższego czasu w stosunkach i skonstatował u niej niewątpliwe objawy przymiotu w okresie wtórnym, świeżym — mianowicie: ogólne powiększenie gruczołów chłonnych, pigmentacje na skórze (*leukomelanoderma colli*), i na brzegu lewym języka, nieopodal od końca tegoż, owrzodzony lepień, wielkości ziarnka soczewicy, przerośnięty, z popękana, ła-two krwawiącą powierzchnią, który według wszelkiego prawdopodobieństwa za źródło zarażenia uważać należy.

U pana X. wystąpiła w dniu 11 listopada wysypka różyczkowa, początkowo rozrzucana, potem bardzo obfita. Gruczoły limfatyczne we wszystkich okolicach ciała powiększone. Zastosowano leczenie swoiste za pomocą wcierań szaruchy 42 razy, od 2,0 — 3,0 na raz.

Od tego czasu chory dwukrotnie jeszcze powtarzał leczenie. Obecnie znowu powtarza kurację, gdyż w dniu 13 grudnia r. z. wystąpiła podobna wysypka różyczkowa w postaci wielkich zlewających się plam, obfita. Na górnej powierzchni języka lepieże płaskie przerostowe. Gruczoły znowu powiększone.

Szczegóły dalszego przebiegu choroby zawdzięczam kol. WATRASZEWSKIEMU, za co mu serdeczne podziękowanie składam, jak również i kol. R. BERNHARDTOWI za udzielenie mi opisu badania mikroskopowego, którego łaskawie dokonał. Przy drobnowidzowym badaniu wyciętego migdała rozpoznanie wrzodu pierwotnego opierało się na obecności zmian nabłonka i naczyń krwionośnych. Nabłonek znajduje się w stanie nader wydatnego rozrostu (*hyperplasia*). Jest on znacznie zgrubiały. Sople jego są dosyć długie, a zwłaszcza szerokie i bliżej środkowych części wrzodu pierwotnego tworzą kompletne kłocę nabłonkowe. Sam środek wrzodu przedstawia się jako powierzchowne nadżarcie. Naczynia krwionośne w obrębie tego wrzodu uległy następującym zmianom. Naczynia włoskowate posiadają wyraźnie zgrubiały śródbłonek. W żyłach można zauważyć zjawiska dosyć wydatnego *periphlebitis*, przyczem otaczające je nacieczenie składa się przeważnie z komórek łącznotkankowych, plazmatycznych i leukocytów. W tętnicach zjawiska *periarteriitis* są stosunkowo mniej znaczne, zato na pierwszy plan wysuwa się wydatne zgrubienie błony zewnętrz-

nej i wewnętrznej, oraz zgrubienie śródbłonka, który miejscami poczyna nawet bujać. Skreślone zmiany są jeszcze powikłane przez współistniejące *tonsillitis lacunaris*, co znacznie utrudnia tłómaczenie obrazów drobnowidzowych.

Wynik operacji, którą z takiego powodu pierwszy raz miałem sposobność wykonać, był, jak to widzieliśmy, nadzwyczaj pomyślny; rana zagoiła się bez żadnych powikłań w ciągu możliwie najkrótszego czasu. Obawy moje, czy na ranie pooperacyjnej nie rozwinie się owrzodzenie syfilityczne, okazały się pomyślnymi. Usunięcie całego migdałka wraz z wrzodem pierwotnym nie zapobiegło wprawdzie zwykłemu ogólnieniu sprawy, nacośmy zresztą i nie liczyli z kol. WATRASZEWSKIM, wobec wyraźnego już wówczas zajęcia gruczołów podszczękowych, lecz okazało się dla chorego niesłychanie dobroczynnem. Pacjent nasz, zamiast owrzodzenia, które mogło trwać, wobec wielkiego naturalnego przerostu migdałka, parę, a nawet kilka miesięcy, powodując w dalszym przebiegu wielkie bóle przy łykaniu, a co za tem idzie, upadek odżywiania, ogromne powiększenie gruczołów i zniekształcenie szyi, miał ranę operacyjną w ciągu tygodnia zagojoną. Wynik taki chory nasz zawdzięcza wczesnemu rozpoznaniu i wczesnej interwencji chirurgicznej.

Przypomnieć tu muszę przypadek wrzodu syfilitycznego pierwotnego na migdałku podniebiennym, opisany przeze mnie w Nr. 45 Gazety Lekarskiej z 1895 roku, gdzie chora zgłosiła się do mnie w 5 tygodni po zachorowaniu w stanie wielkiego, ogólnego wyniszczenia i z owrzodzeniami, które zajęły całą powierzchnię migdałka lewego, łuk tylny, zagłębienie ponadmigdałkowe a nadto spowodowały nacieczenie łuku przedniego i całej lewej strony gardzeli. W przypadku tym gojenie trwało około 6 miesięcy i nastęrczały się nawet poważne wątpliwości, czy nie mamy do czynienia z nowotworem złośliwym; dalszy dopiero przebieg potwierdził w zupełności moje pierwotne rozpoznanie. Z porównania takich dwóch przypadków musimy przyjść do wniosku, jak niesłychanie ważnem jest tu szybkie rozpoznanie i szybko wykonana *tonsillotomia*.

Przejrzałem literaturę za ostatnie lat 15, dotyczącą tej kwestyi i podobnego przypadku nie spotkałem.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Niebezpieczeństwo stosowania soli kuchennej u chorych z obrzękami.

COURMONT, WIDAL i JAVAL przestrzegają przed zadawaniem soli kuchennej jakąbądź drogą chorym na nerki lub serce, gdyż w przypadkach podobnych mamy do czynienia z utratą równowagi, jaka zachodzi w ustroju między prawidłową przemianą materji a zdolnością wydzielniczą ustroju.

Cała ta sprawa obraca się około odkrycia nowej roli, jaką gra w przemianie materji stan molekularny naszych cieczy.

Do dawnych czynników — ciśnienia krwi i mniejszej lub większej przenikliwości błon — należy dodać prężność (*tonicité*) płynów ustrojowych. Ostatni bowiem czynnik powoduje w większości przypadków równowagę cieczy w naszych tkankach. Już z tego twierdzenia łatwo przewidzieć, że płyny ustrojowe posiadają pewien system regulacyjny, który pozwala im zachować — jako warunek zdrowia — to stałe nasycenie molekularne, konieczne dla prawidłowej przemiany materji. W samej rzeczy, w stanie prawidłowym surowica krwi, mleko i t. d.; posiadają punkt krzepnięcia [kryoskopijny] prawie nieulegający wahaniom; narządy wydzielnicze takie, jak nerki, wydzielają cząsteczki soli wprowadzone w nadmiarze. Oto zwykły sposób regulacji. Ale w stanie patologicznym narządy te mogą ulegać zaburzeniom i stać się niewydolnymi — krew pomimo to dąży [choć często bezskutecznie] do zachowania swego prawidłowego nasycenia i wydalą do tkanek związki rozpuszczalne, których wydzielić na zewnątrz nie może, a które przeladowują jej stężenie molekularne. Płyny tkankowe stają się hipertoniczne w stosunku do krwi i przemiana materji ulega zaburzeniom wskutek naruszenia równowagi prężności płynów ustrojowych.

Wnioski powyższe wynikają z prac nad kryoskopją HAMBURGER'a, WINTER'a FANO i BOTAZZI'ego, z doświadczeń ACHARD'a i LOEPER'a nad mechanizmem regulacyjnym w krwi i przenikaniem chlorku sodu do tkanek.

Z rysu historycznego badań powyższych widzimy, iż dopiero w ostatniej dobie zastosowano do celów praktycznych wyniki teorytyczne, przyczem okazało się, iż 1) chlorek sodu w okresie ostrym pewnych cierpień — a w tej liczbie w zapaleniach nerek z przeważnem zajęciem nabłonka — zatrzymuje się w ustroju i 2) iż na tym objawie można opierać rokownie. Prace doświadczalne w tym kierunku, przeprowadzone przez WIDAL'a i LEMIERRE'a w roku bieżącym, dowiodły, że zadany wewnątrz lub wstrzyknięty pod skórę roztwór chlorku sodu u chorych na zapalenie nerek [z zajęciem głównie nabłonka] gwałtownie powiększał lub sprowadzał obrzęki [skóry i płuc], które znówu szybko ustępowały po odstawieniu soli i zmniejszeniu ilości tejże w pożywieniach.

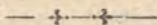
W tym samym kierunku prowadził doświadczenia COURMONT i przyszedł do tych samych wniosków, które formuluje w ten sposób: chlorek sodu nie może być uważany za środek obojętny i stosowany zawsze bez niebezpieczeństwa. Wolno się doń uciekać jedynie, będąc pewnym zupełnej zdolności wydzielniczej nerek. Niebezpieczeństwo polega na tem, iż sól kuchenna powoduje wzmoczenie obrzęków, zmniejszenie ilości moczu, nawet uremię. Co do sprawy, w jakich przypadkach należy się go wystrzegać, to trudno coś orzec stanowczo; — jako zasadę jednak trzeba postawić, iż należy się zapewnić co do stanu zdolności eliminacyjnej nerki zapomocą wszelkich sposobów [jak rozbiór ilościowy moczu, kryoskopia i t. d.], a przekonawszy się o zmniejszeniu tej zdolności, stanowczo leku tego zaniechać. Wogóle chorzy z asystolją, skłonni do obrzęków winni być poddani dyecie zmniejszającej dowóz soli. Z tą ostatnią sprawą dyety, wiąże się druga, czy nefrytykom można, prócz zwykle zalecanego mleka, podawać inne pożywienie i jakie mianowicie.

Ponieważ zasadą leczenia pewnych form zapalenia nerek, mianowicie form miażdżowych, jest zmniejszenie do *minimum* soli w ustroju, więc idzie głównie o niepodawanie soli, nie zaś o białko, węglowodany lub tłuszcze, dlatego też wspomniani autorowie pozwalali jadać mięso, chleb, kartofle i masło, nie dodając do nich soli — i wszyscy bez wyjątku chorzy jak najlepiej taką mieszaną dyetę znosili, a nawet szybciej pozbywali się obrzęków, niż przy dyecie wyłącznie mlecznej.

J. COURMONT — *Lyon médicale*. 1903. Nr. 28, 29. i WIDAL i JAVAL — *La Presse médicale*. 1903. Nr. 80.)

A. Majewski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



I. Castaigne i Rathery. Studya doświadczalne nad działaniem roztworów chlorku sodu na nabłonek nerkowy.

Od bardzo niedawnego czasu dopiero zaczęto studyować wpływ soli kuchennej na przebieg choroby BRIGHT'a, na powstawanie obrzęków i białkomoczu i t. d. ACHARD pierwszy sformułował teorię patogenetyczną obrzęków w zapaleniu nerek. Według tej teorii, substancje, niewydalone, z ustroju nagromadzają się w tkankach i przyciągają tam wodę, niezbędną dla ich rozpuszczenia, gdyż, na mocy urządzeń regulacyjnych, zatrzymane ciała, szczególnie zaś chloruki, mogą pozostawać w ustroju tylko w określonym stopniu rozcieńczenia. Teoria ACHARD'a wywołała cały szereg prac głównie we Francji [ACHARD i LOEPER, CLAUDE i MAUTÉ...]. WIDAL ma tę zasługę, że wprowadził omawianą kwestyę na tory praktyczne. Autor ten w samej rzeczy wykazał, że u brąjtyków pewnego typu, można [przez dłuższe podawanie soli z pokarmami wywołać dowolnie rozległe obrzęki, z drugiej zaś strony przez wyłączenie soli z pokarmów usunąć obrzęki. WIDAL dochodzi na mocy swych badań do bardzo ważnego praktycznego wniosku, że w pewnych postaciach choroby BRIGHT'a chlerek sodu stanowi substancję niebezpieczną i że wyłączenie jej okazać może wpływ zbawienny. Nadmienić tu jeszcze należy, że CASTAIGNE w jednej z poprzednich swych prac wykazał, że w chorobie BRIGHT'a obfite wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej wywołać mogą bardzo ciężkie, a nawet śmiertelne objawy. Fakty te, naturalnie, powinny były nasunąć myśl o toksyczności roztworów solnych względem nabłonka nerek, tembardziej że, według spostrzeżeń WIDAL'a i JAVAL'a, krzywa białkomoczu zmieniała się zawsze równoległe do zawartości chlorków w pożywieniu. CLAUDE, ACHARD i VAQUEZ również ogłosili spostrzeżenia, dowodzące szkodliwego wpływu nadmiaru soli na stan nerek. Na czem ten wpływ polega, nikt dotychczas bliżej nie określił. Kwestyą tą zajęli się właśnie CASTAIGNE i RATHERY i, o ile się zdaje, doszli do wniosków stanowczych i ostatecznych. Autorowie ci zbadali przedewszystkiem *in vitro* działanie na tkankę nerkową roztworów chlorków sodu o rozmaitem napięciu osmotycznym, następnie zaś przeprowadzili poszukiwania doświadczalne nad wpływem wyłączenia oraz nadmiernego stosowania chlorku sodu na nerki zwierząt. Pierwszy szereg doświadczeń doprowadził autorów po bardzo długich poszukiwaniach do wniosku, że istnieją roztwory solne, w których nabłonek nerkowy pozostaje zupełnie nietknięty. Taki idealnie konserwujący roztwór NaCl posiada punkt zamarzania $-0,78^{\circ}$. Wszystkie inne roztwory zmieniają w mniejszym lub większym stopniu nabłonek kanalików krętych, innemi słowami — działają nefrolitycznie. Jeśli np. badać będziemy przekroje odcinków nerki, które pozostawały w płynach solnych o punkcie zamarzania $-0,90^{\circ}$ lub -1° , to przekonamy się, że nabłonek kanalików krętych jest znacznie zmieniony i jakby skurczony, podczas gdy w tych odcinkach, które zanurzone były w płyny solne, zamarzające przy $-0,20^{\circ}$ lub $-0,30^{\circ}$, nabłonek kanalików krętych jest napeczniały, że jego szlak szczoteczki po większej części znikł, pozostawiając tylko miejscami resztki, znikła także większa część ziarenek protoplazmatycznych, tak że komórka składa się tylko z szeregu wodniczek (*vacuolae*) i nielicznych ziarenek. Zaznaczyć należy, że we wszystkich preparatach, w których nabłonek kanalików krętych jest tak zmieniony, komórki nabłonkowe kanalików prostych zachowały swój kształt i prawidłową budowę.

Z powyższego nietrudno wyprowadzić wniosek, że roztwory NaCl, z wyjątkiem roztworu, posiadającego punkt kryoskopijny $= -0,78^{\circ}$, działają szkodliwie na nerki nie dzięki jakimś własnościom toksycznym, lecz jedynie skutkiem tego, że są albo hipertoniczne, albo też hypotoniczne względem nabłonka nerek.

Drugi szereg danych zawiera wszystkie fakty doświadczalne oraz przypadki kliniczne, w których zmiany w dowozie soli do ustroju były przyczyną zaburzeń nerkowych. Doświadczenia WUNDR'a [nad sobą samym] i ROSENTHAL'a [na psach] wykazały, że zmniejszenie dowozu soli w pożywieniu może mieć w następstwie białkomocz. Natomiast LÉPINE doświadczalnie wykazał, że zwiększenie dowozu soli może również mieć w następstwie białkomocz oraz wyraźne zmiany w nabłonku nerek. Zachodzi tu sprzeczność tylko pozorna, jak to poniżej zobaczymy. CASTAIGNE i RATHERY doświadczenia swe przeprowadzali na zwierzętach zdrowych, oraz dotkniętych cierpieniem nerek. Kilka królików, których mocza nie zawierała białka, autorowie karmili chlebem przygotowanym bez soli. Już w ciągu pierwszych dni można było stwierdzić białkomocz, a w nerkach zwierząt zabitych nabłonek kanalików krętych był napęczniały, zawierał liczne wodniczki, większość ziarenek protoplazmatycznych znikła, jak również większa część szlaku szczoteczkowatego; pozostały tylko zachowane jądra komórek, które dobrze się barwiły. W takich samych warunkach wywołany został białkomocz u jednego studenta medycyny, który przez kilka dni ograniczył dowóz soli do *minimum*. Jeśli u WUNDR'a pod wpływem pozbawionego soli pożywienia powstał białkomocz, to STOKVIS w tych samych warunkach nie mógł stwierdzić u siebie ani śladu białka.

Doświadczenia CASTAIGNE'a i RATHERY'ego nad zwierzętami [królikami] okazały dalej, że wprowadzenie pod skórę małych ilości roztworu soli kuchennej nie wywołuje zmian w nerkach, jeśli tylko wstrzykiwania te nie są zbyt często robione. Przeciwnie, zjawia się białkomocz oraz zmiany anatomiczne w nerkach, gdy wstrzykiwania roztworów tego samego stężenia są częściej powtarzane, albo gdy ilości wstrzykiwane są większe, albo wreszcie gdy stężenie roztworów jest większe. Wchłanianie większych ilości soli ze strony przewodu pokarmowego prowadzi do takich samych wyników. Zaznaczyć przytem wypada, że szkodliwy wpływ nadmiaru soli uwydatnia się o wiele mniej u osobników zdrowych, niż w tych przypadkach, w których u zwierząt uprzednio wywołane zostało doświadczalnie zapalenie nerek. W tych ostatnich przypadkach nadmiar soli po krótkim czasie podwajał i nawet potrajał ilość wydzielanego z moczem białka. Wyniki przez autorów otrzymane pozostają w zupełnej zgodzie z faktami klinicznymi, spostrzeganymi przez WIDAL'a i jego uczniów i polegającymi na tem, że zapomocą pożywienia, obfitującego w NaCl, wywołać można u chorych na zapalenie nerek powiększenie białkomoczu oraz obrzęków. Tą samą drogą udało się C. i R. wywołać białkomocz u chorych, dotkniętych śródmiąższowem zapaleniem nerek, przebiegającym bez białkomoczu; białkomocz występował już 2-go dnia i utrzymywał się około tygodnia.

Opierając się na tych wynikach, C i R postanowili przekonać się, czy nie można, podając nadmiar soli osobnikom skłonny do białkomoczu, wywołać u nich wydzielanie się białka, — innymi słowami: czy nie uda się tą drogą dojść do określenia odporności tkanki nerkowej na wpływy szkodliwe (*fragilité*). Przeprowadzając doświadczenia u 48 osobników bez cierpienia nerek, autorowie u 4 z pomiędzy nich wywołali krótkotrwały białkomocz.

Jak wogóle wytłómaczyć można wyniki otrzymane przez autorów? Należy przyjąć, że w kłębkach prawidłowych filtruje się w warunkach fizjologicznych roztwór solny, którego napięcie osmotyczne pozostaje zawsze jednakowe i odpowiada idealnemu stężeniu cząsteczkowemu, nie wywierającemu żadnego szkodliwego wpływu osmotycznego na nabłonek nerkowy. Stężenie tego roztworu pozostaje stałe przez cały czas przechodzenia tegoż przez kanaliki wy-

działające, na których poziomie odbywa się wymiana — cząsteczka za cząsteczkę — między chlorkiem sodu a innymi składnikami zupełnie gotowego moczu. Dopiero poczynając od kanalików prostych, które, jakśmy powyżej widzieli, nie są tak czułe na wpływy osmotycznie szkodliwe, stężenie moczu zwiększa się dzięki wchłanianiu wody, którego natężenie zależy od szybkości, z jaką mocz przez te kanalki przechodzi. Punkt zamarzania tego idealnego roztworu u królika wynosi — 0°,78, u człowieka nie został jeszcze określony. Przyjmując powyższe dane fizjologiczne, bez trudności wyłomaczyć możemy wpływ braku lub nadmiaru NaCl na nabłonek nerkowy. Zmiany w dowozie soli wywołują zmiany w stężeniu roztworu soli, filtrującego się przez kłębki nerkowe. Gdy nerka jest zdrowa, zmiany w dowozie soli, jeśli nie są znaczne, nie mają wpływu na stężenie cząsteczkowe przesączającego się przez kłębek roztworu. W samej rzeczy, jeśli pożywienie obfituje w sól i wskutek tego chlorki zostają wydalone przez nerki w większej ilości, przez kłębki przechodzi jednocześnie zwiększona ilość wody, przez co osiąga się równowagę napięcia osmotycznego. Jeśli przeciwnie, przy dobrym stanie nerek będziemy zmniejszali ilość chlorków z pożywieniem przyjmowanych, jednocześnie zmniejszać się będzie wydalanie chlorków z moczem, lecz wówczas ulegnie zmniejszeniu również ilość wydzielanej wody, skutkiem czego stężenie moczu znów pozostanie bez zmiany. Dopiero w wypadkach krańcowych, t. j. gdy ilość wprowadzanych chlorków będzie bardzo zwiększona, albo przeciwnie, gdy zupełnie usuniemy dowóz chlorków, można wywołać zmiany w nerkach, analogiczne z temi, jakie spostrzegali C. i R. przy swych doświadczeniach *in vitro* [także *in vivo*]. Teorii C. i R. można by zrobić zarzut następujący: w przypadkach wielomoczu (*polyuria*), gdy wydzielany mocz ma często punkt zamarzania równy — 0°,20 lub nawet wyższy, nie spostrzegamy jednak objawów, świadczących o zmianach nerek. Na zarzut ten można odpowiedzieć, że przy wielomoczu przejściowym [nerwowym, *post cibum* etc.] nie spostrzegamy żadnych oznak cierpienia nabłonka nerkowego dlatego, że wskutek szybkiej filtracji, zachodzącej przy każdym wielomoczu, w kanalikach krętych mocz nie może pozostawać tak długo, jak to się dzieje przy doświadczeniach *in vitro*; nadto komórki nabłonkowe *in tubulis contortis* osłonięte są od szkodliwego wpływu osmotycznego przez specjalny układ zarodki, przez t. zw. szlaczek szczoteczkiowaty. W zapaleniu nerek nabłonkowym [miąższowem] szlaczek ten, według spostrzeżeń autorów, znika, co czyni nerkę [wrażliwszą] na różnice w ciśnieniu osmotycznym płynu kłębkowego. Skutkiem tych urządzeń b. mało stężony roztwór soli nie może wywołać szkodliwego wpływu na nabłonek nerkowy w razie wielomoczu przejściowego, przeciwnie zaś w przypadkach wielomoczu długotrwałego — pierwiastki nabłonkowe nerek ulegają zmianom. Zmiany takie w nerkach C. i R. spostrzegali we wszystkich przypadkach długotrwałej polyurii, nadto u zwierząt autorowie doświadczalnie otrzymali takie same zmiany, wywołując wielomocz.

W razie cierpienia nerek wystarcza nieznacznie tylko zwiększyć ilość przyjmowanych chlorków, ażeby wywołać białkomocz, gdyż mamy tu osłabienie wyżej zaznaczonych urządzeń ochronnych. WIDAL podkreśla okoliczność, że szkodliwy wpływ dowozu soli u brajtyków występuje tylko wówczas, gdy ma miejsce zatrzymanie chlorków w ustroju. Zatrzymane chlorki przyciągają do tkanek wodę, skutkiem czego obrzęki zwiększają się. W następstwie zatrzymania w tkankach wody stężenie moczu wzrasta, i przez kłębki sączy się płyn osmotycznie szkodliwy dla nabłonka nerek; stąd białkomocz ulega zwiększeniu. Przeciwnie zmniejszenie dowozu soli okazuje znakomite działanie na osobników, dotkniętych zapaleniem nerek z rozległymi obrzękami i białkomoczem [WIDAL i JAVAL, CASTAIGNE i RATHERY etc.].

(*Sem. médic. Nr. 38. 1903.*)

Pechkrone.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

I. Istota i zapobieganie zatruciu jodem.

Występowanie objawów zatrucia przy używaniu przetworów jodowych objaśniano sobie dotychczas w ten sposób, że w organizmie azotany przy kwaśnym oddziaływaniu rozszczepiają wolny jod i on to wywołuje objawy zatrucia. By zapobiedz temu kwaśnemu oddziaływaniu i zamienić je na alkaliczne, dodawano do przetworów jodowych sody (*Natr. bicarb.*), ale praktyka tege nie potwierdziła. Również nie doprowadził do celu zalecony przez ERlich'a kwas sulfanilowy i przez AUBERT'a *Extractum Belladonnae*. KAEMMERER przypuszcza, że kwas węglany krwi tworzy z jodków jodowodór, z którego przez działanie tlenu powstaje wolny jod. БУСНЕМІМ sądzi, że wolny jod we krwi powstaje wskutek działania tlenu, a na błonach śluzowych wskutek działania ozonu. BINZ jako przyczynę rozszczepienia wolnego jodu podaje utleniający wpływ protoplazmy komórek w obecności kwasu węglanego. Żaden jednak z przytoczonych wyżej badaczy nie dowiódł, że jod rzeczywiście się uwalnia i że on jest przyczyną jodizmu. LESSER na klinice NEISSER'a przeprowadził w tym kierunku badania i doszedł do wniosków następujących: *Kali jodat.*, zastosowane wewnątrz, krąży we krwi nie jako swobodny jod, ale jako też sama sól jodowa (*Kali jodat.*) i nie tylko w plazmie krwi, ale i w jej ciąłkach w ścisłem z niemi połączeniu. Właściwiej więc według niego sprawę zatrucia jodem nazwać należy jodalkalizmem niż jodizmem.

By zapobiedz występującym objawom zatrucia przy używaniu jodu, wynaleziono dużą liczbę przetworów jodu, lecz z nich tylko jodipina zasługuje na uwagę, gdyż zastrzyknięta pod skórę, nie wywołuje zatrucia nawet u osób z silną idiosynkrazją do jodu. Fakt zaś, że jodipina, użyta wewnątrz, wywołuje objawy zatrucia, których niema wcale przy zastrzykiwaniu tejże pod skórę, zależy od sposobu wchłaniania jodopiny w organizmie. Mianowicie—jodipina użyta *per os* szybko przeistacza się w *Kali jodat.* i wkrótce w tej postaci znajduje się we krwi i w moczu w dużej ilości, czyli dość szybko podlega wessaniu; przy zastrzyknięciu zaś jej pod skórę wytwarza się na miejscu zastrzyknięcia skład jodipiny, z którego ona powoli przechodzi do organizmu. Autor na zasadzie wielu badań krwi i moczu doszedł do wniosku, że po zastrzyknięciu jodopiny najwyższa dzienna ilość jodu, znajdująca się we krwi, w tych razach odpowiada ilości jodu po użyciu 0,3 *Kalii jodat. pro die*. Wobec tego widocznem jest, że zastrzykiwania jodipiny choć działają bez przerwy, lecz nie są środkiem energicznym.

Dla zapobiegania wystąpieniu objawów zatrucia i ograniczenia wchłaniania *Kalii jodat.* w dużej naraz ilości, autor radzi: 1) stosować sole jodu w kłeistych roztworach; 2) rozdzielać dzienną ilość na możliwie większą liczbę pojedynczych dawek; tu lekarz powinien ściśle stosować się do stopnia idiosynkrazy pacjenta i zalecać zamiast np. 3-ch łyżek dziennie *sol. Kalii jodat.*, 6 godzinną łyżeczkę od kawy, czyli rozłożyć tę samą ilość jodu na mniejsze dawki; 3) podawać preparaty jodu w ławatywach. ZEISSL zaleca ławatywy z 2,0 *Natrii jodat.* na 30,0 wody i 5 kropel *Tinct. Opii simplic.*; 4) zastąpić przetwory alkaliczne jodu połączeniami jodu z białkiem i tłuszczem, gdyż te przetwory powoli zamieniają się w organizmie w sole alkaliczne jodu i nie wchłaniają się odrazu w całej ilości; 5) stosować zastrzykiwania jodipiny.

(*Deutsch. med. Woch. 1903. Nr. 46.*)

B. Luczycki.

2. Eumydrina, nowy środek rozszerzający źrenice (*mydriaticum*).

Prof. VOSSTUS w początkach bieżącego roku przeprowadził próby nad nowym środkiem, który nazwano eumydriną. Środek ten przedstawia się w po-

staci białego proszku, bez zapachu; łatwo rozpuszcza się w wodzie. Eumydrinę otrzymano z atropiny, przyczem trzeciorzędowa zasada przechodzi w czwartorzędową wskutek czego własności trujące eumydriny są o $\frac{1}{10}$ mniejsze niż atropiny. Eumydrina do oczów używa się w roztworach 1%, 2%, 5% i 10%. Przy zapuszczeniu do oka 1%-lub 2%-go roztworu po upływie 10—25-ciu minut źrenica zaczyna się rozszerzać; w ciągu następnych 20—50-ciu minut źrenica rozszerza się do *maximum* i w tem stadium pozostaje w ciągu 12-tu godzin, poczem zwolna powraca do normalnego stanu. Nieco później występuje porażenie akomodacji, bo dopiero po upływie 2—3-ch godzin po zapuszczeniu eumydriny. Przy stosowaniu 5% i 10% roztworu eumydriny działanie jest szybsze, już po upływie 8—15-tu minut i dochodzi do *maximum* w ciągu następnych 20—30-tu minut. Porażenie akomodacji przy tych roztworach jest zupełne. Źrenica wraca do normalnego stanu przy użyciu 5%-go roztworu w ciągu 3—5-ia dni, przy użyciu zaś 10%-go w ciągu 4—7-ia dni. Przy użyciu eumydriny nie dostrzeżono żadnych powikłań i objawów zatrucia, jak również stwierdzono, że środek ten w słabych roztworach zajmuje pośrednie miejsce między 1%-wym roztworem homotropiny i atropiny, w mocniejszych zaś roztworach działa tak samo jak atropina, przyczem działanie eumydriny trwa krócej niż atropiny. Dzięki tym własnościom eumydrinę stosowano w roztworze 1%—2%-ym w cierpieniach oka, połączonych z objawami podrażnienia [*phlyctenae*, ciała obce i t. d.]. Silniejsze roztwory, specjalnie 10%, były używane kilkakrotnie przy ostrych i przewlekłych zapaleniach tęczówki. Okazało się, że przy tych cierpieniach objawy podrażnienia zmniejszyły się lub zniknęły pod wpływem eumydriny. Nadto eumydrinę należy stosować w wypadkach idiosynkrazji do atropiny, lub wtedy, gdy atropinę dla odmiany trzeba zastąpić innym środkiem; do tej pory tym innym środkiem zastępczym była skopolamina. LINDEMAYER powołuje się na GOLDBERG'a i ERBE'go, którzy w swych pracach nad eumydriną doszli do tych samych wniosków, co on i prof. VOSSIUS; nadto ERBE zauważył, że eumydrina, używana wewnątrznie, zmniejsza poty nocne u suchotników i pod tym względem oddaje jej pierwszeństwo przed atropiną.

(*Berlin. klinische Wochenschr.* Nr. 47.)

B. Łuczycycki.

3. Heroina, jako *anaphrodisiacum*.

Pierwszy dr HEINS z Paryża podał wzmiankę przed półtora rokiem o heroinie jako *anaphrodisiacum*. HEINS daje jej pierwszeństwo w wielu przypadkach przed lipuliną, kamforą, bromem i radzi podawać ją w dawce 0,01—0,02. Z polecenia prof. LASSAR'a BEKKER (*Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 47). przeprowadził próby w tym względzie i potwierdził wyniki, otrzymane przez HEINS'a. B. uważa dawki 0,005 lub 0,0075 jako niedostateczne. By otrzymać pożądany skutek, należy zalecać dawki najmniej od 0,01. Przy dłuższem stosowaniu heroiny następuje szybkie przyzwyczajenie się do tego środka, które przechodzi, gdy przerwiemy heroinę lub zastąpimy ją lipuliną. Niektórzy, aby uniknąć objawów zatrucia, nie dochodzą do dawki 0,01.

Wskazówki do używania heroiny według HEINS'a są następujące: 1) bolesne naprężenia prącia przy rzeźączce; 2) chorobliwa pobudliwość płciowa, 3) operacyjne zabiegi na prąciu; 4) zdaniem BEKKER'a oraz STRAUS'a—zbyt częste polucye. Tenże STRAUS zaleca heroinę przy neurastenii pochodzenia płciowego (*neurasthenia sexualis*), przy cierpieniach bolesnych w sferze moczopłciowej (*epididymitis*, *prostatitis*, *cystitis*), czego nie podzielają STRUBE i BEKKER. HEINS i BEKKER radzą podawać heroinę w pigułkach, STRAUS zaś stosuje ją w proszku i czopkach (*suppositoria*).

B. Łuczycycki.

4. Phorxalum, jest to nowy przetwór; odżywczy, przyrządzany ze krwi, a znajdujący się w handlu w postaci bardzo delikatnego proszku. Według rozbioru chemicznego, proszek ten zawiera: 0,25% fosforu [=0,57 kwasu fosforowego], 0,63 tleniku żelaza, 87,5 białka i 3,09 materji mineralnych. Żelazo i białko

pochodzą z hemoglobiny, fosfor z lecytyny i nukleoproteinu. Forksal zbliżony jest do forsanu i alboferryryny, stosowanych już dawniej; wchłania się, jak i te ostatnie, bez odszczepiania hematyny. Dr SRIEHL stosował go w 50-iu przypadkach blednicy oraz następstwach tejże w dawkach dziennych do 20 i 30-tu gramów częścią w postaci proszku [rozpuszczonego w cieczach wodnych], częścią w formie pastylek. Autor chwali otrzymane rezultaty ze względu na wpływ ogólny, oraz na poprawę zawartości hemoglobiny we krwi swych pacjentów.

(*Therap. Monatshefte*, Nr. 11, 1903).

F.

5. Wismolum. Jest to nowy, a tani przetwórcz bismutowy, zalecany zamiast zasadowego azotanu bizmutu do opatrywania ran. Skład wismolu da się wyrazić nazwą jego: *Magneso-Bismuthum alcalinum oxygeniens*; wzoru chemicznego nie podaje K. STERN, autor pracy o tym środku, pomieszczonej w „*Wiener klinische Rundschau*“ 1903, Nr. 38. Przetwórcz omawiany stanowi proszek delikatny, biały, bezwonny i bez smaku, o odczynie mocno zasadowym, zgoła nie trujący według badań dotychczasowych. STERN stosował go dotychczas w przeszło 1500 przypadkach w szpitalu düsseldorfskim zarówno w praktyce chirurgicznej, jak i w dermatologicznej; rezultaty okazały się pomyślne i zachęcające do stosowania dalszego. Nakładać należy wismol na rany w grubej warstwie.

(*Therapeutische Monatshefte*, N. 11, 1903).

F.

6. Citarinum. Liczne doświadczenia z urotropiną dowiodły należyście, że formaldehyd działa doskonale zarówno na bakteryjne zakażenia dróg moczowych, jako też na osad kwasu moczowego, który tworzy z nim związek łatwo rozpuszczalny. Urotropina jest produktem kondensacji formaldehydu z amoniakiem (*heksametylentetramina*), lecz jest to związek, z którego formaldehyd odszczepia się z trudnością i w stopniu nieznacznym.

W nowym związku organicznym, a nazwanym *cytaryną* zbadanym farmakologicznie przez IMPENS'a, posiadliśmy przetwórcz, z którego formaldehyd odszczepia się łatwiej i w większej mierze.

Cytaryna jest solą sodową kwasu anhydrometylencytrynowego. Tworzy biały proszek ziarnisty, prawie zupełnie nierozpuszczalny w alkoholu i eterze, bardzo łatwo natomiast rozpuszczający się w wodzie [1 : 1]. Smak posiada bynajmniej nie przykry; łatwo cytaryna przyciąga wodę, powinna przeto być starannie w suchym stanie przechowywana w słoikach zamkniętych, a przepisywana w proszkach *in charta cerata*.

Dawka pojedyncza cytaryny wynosi przeciętnie 2 gramy trzy lub cztery razy dziennie podczas napadu podagry. Po napadzie dawkę można i należy zmniejszyć. Stosowano cytarynę dotychczas już w wielu przypadkach *arthritis uricae*, a wszyscy autorowie [LEIBHOLZ, FISCH, ARDO i inni] jednomyślnie odzywają się o niej z uznaniem zupełnym.

Firma Fr. Baeyer i Sp., wyrabia i wprowadza do handlu tabletki po 1,0 i 2,0 gr.

(*Deutsche med. Wochensh.*; *Therap. Monatsh.*).

F.

Wiadomości bieżące.

— W Poznaniu zawiązało się Towarzystwo ku zwalczaniu zaraźliwych chorób płciowych, ze specjalnym celem działania wśród ludności polskiej. Na przewodniczącego Towarzystwa wybrano dobrze znanego w kołach lekarskich dra FR. CZŁAPOWSKIEGO, a na sekretarza dra AD. KARWOWSKIEGO. Fakt, iż choroby weneryczne są źródłem wielu i najróżnorodniejszych cierpień (*paralysis generalis progressiva, tabes*,

choroby naczyń krwionośnych, choroby organów płciowych u kobiet i t. d.) najlepiej mówi o pożyteczności takiego Towarzystwa i o doniosłych następstwach socyalnych. I u nas od dawna tli projekt założenia podobnego Towarzystwa. Nowopowstałemu Towarzystwu poznańskiemu życzymy osiągnięcia jak najlepszych wyników.

— W Towarzystwie lekarskiem Krakowskiem wybrano na r. 1904 przewodniczącym prof. NOWAKA, zastępcą jego prof. ROSNERA, a sekretarzem dorocznym dra URBANIKĄ.

— Izba lekarska krakowska, aby więcej ujawnić i uprzystępnić ogółowi swą działalność, postanowiła wydawać własny organ sprawozdawczy. Będzie to miesięcznik, dodawany do „Przeglądu lekarskiego“, lecz pod względem redakcyjnym zupełnie od niego niezależny.

— Radzie miejskiej Paryża złożono projekt założenia „laboratoryum fizyologii stosowanej“ dla studyowania wszelkich kwestyi, dotyczących warunków życia w miejskich środowiskach, a specjalnie w pracowniach, rękodzielnich, fabrykach, szkołach i t. p., a nadto dla popularyzowania tych wiadomości wśród ludności.

— W 13-ym cyrkule Paryża w Butte-aux-Cailles, podczas sondowania gruntu natrafiono w głębokości 500 metrów na zbiornik wody, posiadającej stale $28\frac{1}{2}^{\circ}$ R., zawierającej arsenik i żelazo, dostarczający 6000 metrów sz. dziennie wody, t. j. 70 litrów na sekundę. Ma być ono użytkowane na kąpiele bezpłatne dla biednych i uczniów szkół miejskich.

— Radzie miejskiej Paryża złożono projekt urządzenia porad lekarskich wieczorem w szpitalach.

— Akademią nauk w Paryżu udzielila między innymi 2 nagrody naszym rodakom: drowi B. MOTZOWI (nagrodę GODARD'a 1000 franków) i pannie JOTYKO (prix Lallemand 2300 franków).

— 15 grudnia otwarto w Sorbonie „Bureau des renseignements scientifiques“ pod dyrekcją dra BLOUDEL'a i asystentów: dra BILLITER'a, który mówi po niemiecku, angielsku, włosku i hiszpańsku i HOBSTEIN'a, który mówi po rosyjsku i chińsku.

— Dla skuteczniejszego zwalczania malaryi w Algierze wszystkie kółka, oddawna w tym celu tam istniejące, związały się w jedną „ligue contre la paludisme en Algérie“.

— Nagrodę NOBEL'a, otrzymaną w r. z., dr. FINSEN z Kopenhagi przeznaczył w połowie (50000 koron duńskich) na założony przezeń także instytut leczenia światłem, a drugą połowę na jeden ze szpitali kopenhagskich.

— XXI Kongres medycyny wewnętrznej odbędzie się w Lipsku między 18 a 21 kwietnia r. b. pod przewodnictwem dra MERKEL'a z Norymbergi. Na porządku dziennym ogólnego posiedzenia postawiono kwestyę o „arteriosclerosis“, której referentami będą prof. MARCHAND i ROMBERG.

— W Prusach wyszło rozporządzenie, aby osoby, zajmujące się dozorowaniem i pielęgowaniem chorych składały egzamin państwowy.

— W Szwajcaryi postanowiono wymagać od aspirantów na dyplom lekarski, aby przesłuchali kurs bakterjologii.

— Prof. P. EHRLICH, dyrektor pruskiego instytutu dla terapii doświadczalnej we Frankfurcie nad Menem, otrzymał wielki złoty medal zasługi, najwyższe państwowe odznaczenie w Prusach dla uczonych i artystów.

— Po otwarciu nowozałożonego w Moskwie instytutu MOROZOWA dla chorych rakowatych, w ciągu kilku dni wszystkie miejsca zostały już zajęte. Ogólna suma pieniędzy, zebrana na ten instytut, doszła 349000 rubli.

— „Liečnički Wiestnik“ organ lekarzy królestwa Chorwacyi i Sławonii kończy w r. b. 25 lat swego istnienia. Na ręce jego redaktora dra ČAČKOWIĆA przesyłamy życzenia pomyślnego rozwoju i na następujące ćwierć wieku.

Do dzisiejszego numeru Gazety dołącza się prospekty na „Nowiny Lekarskie“ i „Bibliotekę Lekarską“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 18 Декаб. 1903 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8