

# GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA W. STANKIEWICZA  
W SZPITALU EWANGELICKIM.

## PRZYPADEK WRODZONEJ OLBRZYMIOSCI CZĘŚCIOWEJ.

*Macrosomia partialis congenita,*

Podał

**W. Horodyński.**

Olbrzymością—*macrosomia* — nazywamy nadmierny nieprawidłowy wzrost organizmu albo *in toto*, albo też oddzielnych jego części. Zboczenie to najczęściej występuje pod postacią zwiększenia wzrostu wzdłuż, do czego już następnie dołącza się i powiększenie objętości.

Jeśli wszystkie części organizmu we wszystkich wymiarach powiększone są równomiernie, z zachowaniem prawidłowych stosunków pomiędzy pojedynczymi częściami, to osobników takich nazywamy olbrzymami, wielkoludami, samo zaś zjawisko olbrzymością—*gigantosomia*. Często jednak zdarzają się zboczenia rozwojowe, polegające na nienormalnym wzroście i powiększeniu pewnych tylko części lub odcinków organizmu, i wtedy mamy do czynienia z tak zwanym przerostem częściowym—*macrosomia partialis*. Ten ostatni może być rzeczywistym (*macros. vera*) jeśli wszystkie tkanki, wchodzące w skład danego narządu np. kości i części miękkie, rozwijają się w stopniu jednakowym, i rzekomy (*macros. spuria*), jeśli powiększenie danego narządu odbywa się kosztem tylko części miękkich, przeważnie wskutek przerostu tkanki tłuszczowej. Rzecz prosta, że pomiędzy dwiema temi grupami istnieje mnóstwo form przejściowych.

*Macrosomia vera* zajmuje zwykle całą połowę ciała, lub też większe jego części, jak np. górną lub dolną kończynę, podczas kiedy *macros. spuria* po większej części obejmuje małe tylko odcinki kończyn, jak np. stopy, dłonie, palce i t. p. Odpowiednio do tego mamy wtedy tak zwaną *macropodia*, *macro-*



*cheira, macrodactylia*. Rzadziej spotyka się zajęcie większych odcinków kończyn, np. przedramienia lub goleni.

Pod względem czasu, w którym rozwijają się przerosty, odróżniać należy trzy główne grupy [STERNBERG]: wrodzone, wrodzone postępujące i nabyte. Do pierwszej kategorii zaliczają się przypadki, w których wzmożony wzrost tkanek istnieje jeszcze przed urodzeniem. Po urodzeniu, uległe przerostowi części organizmu rozwijają się już w jednakowym stopniu z całym organizmem, tak, że nabyta dysproporcja, t. j. wadliwy stosunek pomiędzy oddzielnymi częściami organizmu, pozostaje już niezmiennym przez całe życie.

Pod drugą kategorię podciągają należy te przypadki, w których przerost i nadmierny rozwój tkanek, początkowo słabo wyrażony, następnie potęguje się, zmieniając ciągle stosunek pomiędzy normalnymi a podległymi przerostowi częściami, jak również wszystkie te przypadki, w których początkowy przerost oddzielnych odcinków przechodzi później na całą kończynę. Do tej kategorii również zaliczyć należy te przypadki, w których oddzielne części organizmu rosną dalej poza czasem, w którym normalny wzrost organizmu już się zakończył (*heterochronia*).

Dział trzeci jest dotąd najslabiej znany i najmniej opisany; panuje jednak powszechne zdanie, że we wszystkich przypadkach t. zw. przerostów nabytych należy przypuszczać jednoczesne istnienie innych spraw chorobowych. Według VIRCHOW'a [WAGNER] przyczyną wywołującą bywa zapalenie, gdyż podobne przypadki najczęściej zdarzają się po zapaleniu szpiku kostnego (*osteomyelitis*), martwicy kości (*necrosis*), słoniowatości (*elephantiasis*), wreszcie wskutek wrzodów goleni, stłuczeń i złamań. WAGNER przytacza nawet przypadek, w którym przerost prawej górnej kończyny wystąpił po oparzeniu.

Oprócz powyższego podziału, opierającego się głównie na czasie powstania i etyologii, istnieje jeszcze podział BUSCH'a, opierający się na zmianach anatomo - patologicznych. BUSCH odróżnia: *hypertrophia totalis*, obejmującą przypadki, w których, nie bacząc, czy przerostowi podległa cała kończyna, czy jej połowa, w zupełności zachowanym został prawidłowy stosunek pomiędzy oddzielnymi częściami danej kończyny; obrzymiość w takim przypadku istnieje tylko w stosunku do drugiej kończyny, pojedynczo zaś wzięta kończyna taka, może uchodzić za normalną. Przez *hypertrophia partialis* BUSCH określa przerost małych odcinków kończyn, np. palców, oddzielnych paliczków palców, lub wreszcie części rąk lub stóp. W grupie tej odróżnia jeszcze dwa poddziały, mianowicie: a) jeśli kości i części miękkie we wszystkich wymiarach powiększone są jednakowo i przerost wtedy nie nosi cech zniekształcenia i b) jeśli przerost występuje pod postacią guzów. FISCHER, zgadzając się na podział BUSCH'a, odróżnia jeszcze trzeci poddział, do którego zalicza przypadki przerostu części miękkich na normalnym koście.

Do roku 1886, w którym PIERRE MARIE symetryczne przerosty kończyn, powikłane jednocześnie różnymi zaburzeniami w sferze nerwowej i zależne od zmian patologicznych w *hypophysis cerebri*, wyosobnił w odrębną postać chorobową i nazwał ją akromegalią, wiele przypadków tej ostatniej opisywano jako *macrosomia*. Później znowu, zanim ustalono ściśle różnice pomiędzy temi dwie-



ma, zupełnie różnemi sprawami, zdarzało się często, że częściowe przerosty, opisywano jako „jednostronną akromegalię” [przypp. BURCHARDT'a]. Przyczyniło się do tego to, że obadwa te stany patologiczne mają niektóre takie wspólne cechy, niż opierając się na nich, jedni autorowie posuwali identyfikację do tego stopnia, że uważali akromegalię za „późno rozwijającą się olbrzymiść” [MASSALONGO], inni zaś [BRISSAUD i MEIGE] olbrzymiść przyjmowali za „młodzieńczą akromegalię”. *Acromegalia* jednak, jest zupełnie oddzielną sprawą chorobową, posiadającą ściśle określone objawy i przebieg, olbrzymiść zaś jest tylko wadą rozwojową, która sama przez się nie chorobowego nie zawiera, a może tylko łączyć się z różnemi cierpieniami, pomiędzy innymi i z akromegalią. STERNBERG, nawet przypuszcza, że u ludzi z częściowymi przerostami istnieje pewne usposobienie do akromegalii.

Różnice jednak pomiędzy temi dwiema sprawami istnieją i akromegalia posiada cechy, po których można ją odróżnić od zwykłych przerostów. Pewną trudność w różniczkowaniu przedstawiają tylko te przypadki makrosomii, w których podlega przerostowi naraz kilka części ciała i w przerostach jest pewna symetryczność, lub też przypadki, w których przerosty uwydatniają się dopiero z latami [przerosty wrodzone postępujące]. Jako cechy charakterystyczne dla makrosomii należy przyjąć, że dotąd nie spostrzegano jeszcze przypadków, w których byłyby zajęte wszystkie cztery kończyny od razu, następnie dziwaczność form odcinków ciała, podległych przerostowi, dziwaczność, połączoną często z pewną potwornością, wywołaną przez kolosalną długość kończyn, powykręcanie, lub wreszcie przez nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej, występujący nieraz pod postacią guzów. Oprócz tego, prawie we wszystkich dotąd spostrzeganych przypadkach makrosomii, jednocześnie istniały *telangiectasiae, naevi vasculosi, exostoses, echondroses*, albo taki niedorozwój jak: *syndactylia, phocomelia, amelia*, skręcenia dziwaczne kończyn i t. p.

O zmianach anatomo-patologicznych bardzo nieliczne wzmianki znaleźć mogłem w dostępnej mi literaturze. Pochodzi to zapewne stąd, że w opisywanych przypadkach rzadko udawało się mieć wyniki z badania pośmiertnego, gdyż skąpy materiał do badań anatomo-patologicznych otrzymywano przeważnie z amputowanych kończyn. Większość autorów wspomina tylko o nadmiernym rozroście tkanki tłuszczowej (*Fettwucherung*) i przeważnie na karb tej ostatniej kładzie przerost części miękkich. S. HORNSTEIN znalazła zmiany w nerwach obwodowych i przerost włókien mięsnych, BESSEL-HAGEN w swoim przypadku przerost pęczków *m. deltoidei*. KIRMISSON przytacza rezultat badania w przypadku amputowanej, z powodu przerostu, górnej kończyny: nadmierny rozwój podskórnej tkanki łącznej i tłuszczowej, wrastającej w przestrzenie międzymięśniowe; mięśnie i kości normalne, żyły podskórne rozszerzone, nerwy uległy przerostowi, szczególnie *n. medianus*. Drobnowidzowe badanie wykazuje nadmiernie rozwiniętą tkankę tłuszczową, przenikającą w mięśnie i nerwy. WAGNER znalazł w kościach przekrwienie i przerost beleczek kostnych w nasadach (*epiphyses*). Zmian w tętnicach prawie nie spostrzegano, BUSCH tylko wspomina o przypadku REID'a, w którym tętnica promieniowa była dwa razy grubsza, niż na stronie zdrowej, lecz zato prawie wszyscy auto-



rowie przytaczają zmiany w żyłach, polegające głównie na rozszerzeniu światła i zgrubieniu ścianek. VIRCHOW mówi „żyły tworzą tak gęstą żyłakowatą siatkę (*varicös Netz*), że cała masa robi wrażenie jamistej (*cavernös*).

Jeszcze mniej jest znana etiologia przerostów, i jeśli nie brać w rachubę przerostów nabytych, w których prawie zawsze wykazać można przyczyny wywołujące, to dla objaśnienia powstawania przerostów wrodzonych, zarówno zwykłych jak i postępujących, pozostaną tylko hipotezy, z których, według KIRMISSON'a, trzy głównie mają rację bytu. Więcej pewnych podstaw mamy dla objaśnienia początku przerostów nabytych. Tutaj prawie zawsze wykazać można pierwiastek zapalny, gdyż podobne przerosty najczęściej spotykają się przy tych stanach patologicznych, przy których istnieje wzmoczony dopływ krwi, wskutek przekrwienia czynnego [przerosty pochodzenia zapalnego]. Przerosty, powstające wskutek utrudnionego odpływu, wywołanego przez przyczyny mechaniczne, mogą się tłómaczyć hiperplazją na podobieństwo hiperplazji tkanki łącznej płuc lub wątroby. Odpowiednio do tego, MACHENHAUER jako przyczyny przerostów nabytych podaje: postrzały, przejechania, złamania, wrzody goleni, żyłaki, zapalenia szpiku kostnego, martwicę i t. p.

Opierając się następnie na spostrzeżeniach, że częściowe przerosty występowały po zatruciach przewlekłych ołowiem, bismutem, arsenikiem, ergotyną, MACHENHAUER wypowiada przypuszczenie, że, oprócz związków chemicznych, wprowadzonych do ustroju z zewnątrz, związków, które mogą mieć wpływ drażniący na rozrost tkanek, być może, że podobny wpływ wywierają mogą i substancje, powstające w samym ustroju, przy cierpieniu takich narządów, jak *glandula thymus*, *thyreoidea*, *suprarenalis*, *hypophysis cerebri*, wreszcie wątroba, śledziona. KLEBS, jako momenty, wywołujące przerosty, przypuszcza pierwotne zaburzenia w narządach krążenia, powstające wskutek długotrwałych podrażnień, lub zmian w nerwach naczynioruchowych i troficznych. Następstwem tego jest bujanie zarodków naczyniowych (*Wucherung der Gefässkeime*), powodujące następnie przerost tkanek.

Powracając obecnie do przyczyn przerostów wrodzonych, zarówno zwykłych, jak i postępujących, rozpatrzmy każdą z trzech głównych teorii. Pierwsza—limfatyczna—przyjmowana przez francuskich autorów, przypuszcza, że w danym przypadku tworzą się rozszerzenia—*ectasiae*—dróg limfatycznych, które powodują zmiany podobne do słoniowatości, zmiany, charakteryzujące się tem, że zwykle tworzą się przerosty części miękkich, podczas gdy szkielet pozostaje normalnym.

Druga teoria—nerwowa opiera się na faktach, że cierpienia nerwów troficznych powodują zaburzenia w odżywianiu odpowiednich części organizmu. Zwolennicy po wyższej hipotezy przystosowują te same przyczyny i do przerostów wrodzonych; jako potwierdzenie podają, że zdarza się często, iż znamiona wrodzone (*naevi*), rozsiane są wzdłuż pewnych nerwów, a raczej w obrębie pewnych odcinków embryonalnych, z których w przyszłości tworzą się dla odpowiednich części elementy czuciowe. Pozytywnych jednak danych, które potwierdzałyby powyższą hipotezę, nie przytaczają.



Pozostaje trzecia teoria—cyrkularna, która zdaje się posiadać nieco więcej danych na swoje potwierdzenie. Twórcy tej teorii, MONOD i FRÉLAT, [u KIRMISSON'a] następujące dają objaśnienie: „zwolnienie potoku krwi w naczyniach włosowatych, bez względu na przyczyny wywołujące, powoduje powiększenie objętości i zwiększenie funkcji odżywiających przez te naczynia tkanek (*suractivité fonctionelle*)“. „Stan ten“, powiadają ci sami autorowie, „można by nazwać *elephantiasis vascularis sanguinea*, gdyby chcieć stworzyć termin wadliwy“. Tym zaburzeniom w krążeniu, zależnym, według powyższych autorów, prawdopodobnie od częściowego porażenia nerwów naczynioruchowych, trzeba przypisać powstawanie przerostów wrodzonych.

We wszystkich prawie przypadkach, znalezionych w dostępnej mi literaturze, współcześnie z przerostami, prawie zawsze istniały *telangiectasiae*, bądź pod postacią siatki rozszerzonych powierzchownych żyłek, bądź też pod postacią silnie rozwiniętych żyłaków. Niektórzy autorowie; jak BUSCH, MACHENHAUER, WAITZ wyraźnie nawet zaznaczają to współistnienie. Nie jest również nieprawdopodobnem, że oprócz tych zmian w powierzchownych naczyniach i widocznych dla oka, istnieją jednocześnie podobne zmiany i w naczyniach warstw głębszych, a nawet w kiszka. Otóż DUZÉA, opierając się na spostrzeżeniach, że często jednocześnie z rozszerzeniami naczyń powierzchownych, istnieje i wydłużenie kości danej kończyny, wypowiada następujące wnioski: 1) niektórym *naevi vasculares superficiales*, zwłaszcza zajmującym dużą przestrzeń na kończynach, często towarzyszą przerosty i wydłużenia kończyn w dość znacznym stopniu; 2) główna przyczyna tego przerostu kości, zdaje się że polega na zwiększonej funkcji chrząstek, w połączeniu z powiększeniem osteogenetycznej funkcji okostnej podczas całego okresu wzmożonego wzrostu szkieletu; zjawisko to prawdopodobnie jest spowodowane przez wpływ hipercyrkulacji, jaką wywołują *naevi* na sąsiednie warstwy kostniejące (*zones osseuses juxta-épiphysaires et périostiques*); 3) uważa za mało prawdopodobne, żeby przerosty i wydłużenia kości zależały od *naevi vasculosi*, znajdujących się wewnątrz kości. DUZÉA wypowiadając powyższe poglądy, zastrzega się jednak, że być może, iż w niektórych przypadkach przerosty zależą od jakichś ogólnych w krążeniu danej kończyny zaburzeń, a *naevi* są tylko zewnętrznym przejawem tych zaburzeń.

[D. n.].

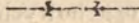


## II. Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwploniczą.

Skreślił

**Łudwik Rabek,**

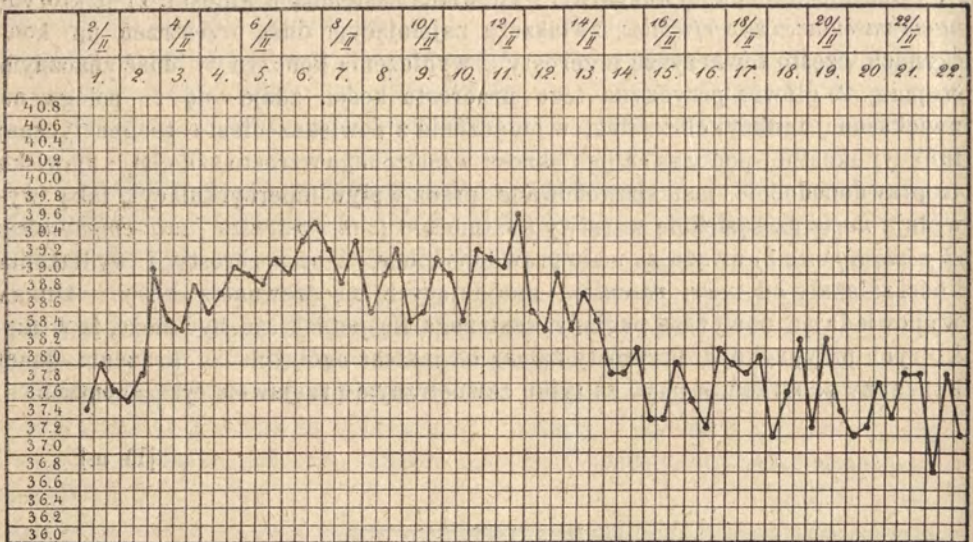
ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci.



[Dokończenie — Patrz Nr. 17].

V. Dnia 29 stycznia r. b. o godzinie 2 zrana zostałem wezwany do Ireny N., mającej 4 lata i 4 mies. [ulica Wilcza], która od października roku ubiegłego ciągle była cierpiąca. Przechodziła mianowicie parokrotne zapalenie gardzieli, odrę, zapalenie oskrzeli i żółtaczkę. Chora w nocy nagle dostała mownego krupowego kaszlu. Znalazłem dziecko ciężko oddychające, bardzo nie-

Przypadek piąty. Irena N. lat 4 m. 4. A.



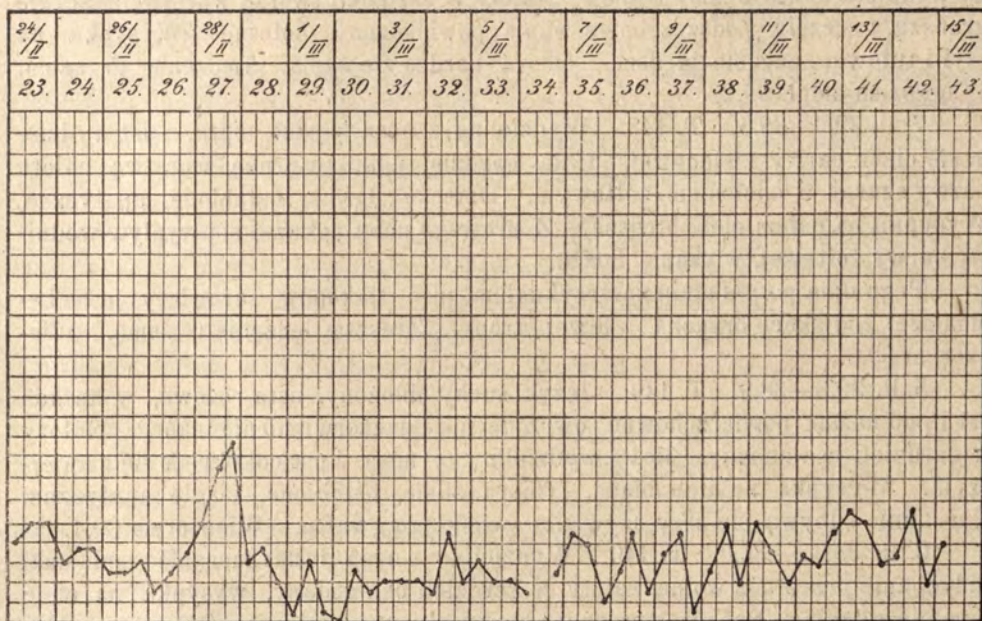
spokojne. Tętno 136, oddychanie 40. Język wilgotny, lekko obłożony, gardziel zaczerwieniona, nalotów w gardzieli niema. Głos i kaszel gruby, krupowy. W płucach rozrzucone suche rżenia. Zastrzyknąłem dwa flakony surowicy przeciwploniczej warszawskiej, zaleciłem do wewnątrz *Inf. r. ipecacanh.* + *Vinum stibiatum*, zewnątrz do wcierania w szyję szarą maść



i przestrzykiwanie gardzieli rozczynek kwasu bornego z jodyną. W tymże dniu po południu odwiedziłem chorą i znalazłem, że stan poprawił się. Dziecko spokojne, oddech zwolniony, kaszel częsty, wilgotny, zaczerwienie gardzieli bez zmiany, nalołów niema. Dnia następnego zaczerwienie gardzieli słabsze i kaszel mniejszy.

Dnia 2. II. chora dostała wymiotów parokrotnych i zjawiła się wysypka płonicza na szyi i górnej części tułowia. Gardziel silnie zaczerwionona. Ciepłota

Przypadek piąty. Irena N. lat 4 m. 4. B.



plota ciała od tego dnia codziennie była mierzona trzy razy. Zrana 37,5; w południe 38,0. Tętno 136, język wilgotny, lekko obłożony. Zaleciłem do wewnątrz *Saturatio natrii carbonici* + *Tra Valer. aether.*, szprycowanie gardzieli rozczynek kwasu bornego z jodyną, wcieranie w szyję codziennie szarej maści 4,0. W tym samym domu u sąsiadów, o piętro niżej, od pewnego czasu dzieci chorują na płonicę. Wieczorem ciepłota 37,7.

3. II. 37,6 — 37,9, Tętno 136. Silny nieżyt nosa. Gardziel silnie zaczerwionona, podniebienie miękkie i migdały obrzmiałe, nalołów nie widać. Wysypka płonicza objęła cały tułów, wysypka średniego natężenia. Wieczorem ciepłota 39,1.

4. II. 38,5 — 38,4. Tętno 136. Język obłożony, podsychnięty, wypływ z nosa obfity, gardziel silnie zaczerwionona, na migdałkach cienka warstwa na-



lotu barwy szarej, gruczoły podszczękowe z obu stron miernie powiększone. Wysypka objęła kończyny górne i dolne. Zaleciłem wdmuchiwanie do gardzeli trzy razy dziennie *Nat. sosojodolicum* + *Flor. sulfuris*. Wieczorem ciepł. 38,9.

5. II. 38,6—38,8. T. 140. Język obłożony, suchy; wydzielina z nosa szklista, ciągnąca się, bardzo obfita. Naloty w gardzeli rozszerzyły się na łuki i podniebienie miękkie, zabarwienie nalotów szarozielonawe. Obrzęk migdałów i podniebienia miękkiego znacznie się zwiększył. Wysypka na ciele bez zmiany. Chora apatyczna, nie chce jeść, źle sypia. Do wewnątrz *Sat. nat. carb.* + *Tra moschi*. Wieczorem ciepł. 38,9.

6. II. 39,0—38,9. T. 140, język suchy czerwony. Oddychanie przez nos bardzo utrudnione z powodu obfitej wydzieliny. Wystąpiła również wydzielina wodnista obfita z jamy ustnej. Naloty w gardzeli tworzą warstwę znacznie grubszą, gruczoły podszczękowe silnie powiększone, bolesne. Wysypka na szyi i tułowi znacznie bledsza. Chora bardzo źle sypia. Leczenie to samo. Wieczorem ciepł. 39,2.

7. II. 39,0—39,5. T. 148. Wydzielina z nosa bardzo obfita, z ust wydzielą się ciecz barwy zielonawej. Cała gardziel pokryta grubą warstwą nalotu barwy szarej z odcieniem żółtawym. Dziecko bardzo osłabione, apatyczne. Wysypka na całym ciele bledsza. Z prawego ucha pokazał się wypływ wodnistej barwy żółtawej, w skąpej ilości.

Tego dnia po południu zastrzyknąłem pięć flakonów surowicy przeciwploniczej pod skórę brzucha z lewej strony. Zresztą leczenie to samo. Wieczorem 39,6.

8. II. 39,3—38,9. T. 140. Język suchy obłożony, usta różowe, w kątach ust i pod nosem powierzchowne owrzodzenia i zaczerwienienie skóry. Naloty w gardzeli bez zmiany. Ilość wydzieliny z nosa i ust cokolwiek się zmniejszyła. Wysypka na ciele blada. Chora silnie osłabiona, ciągle apatyczna. Karmienie odbywa się przy używaniu wielkiego gwałtu. Wieczorem 39,4.

9. II. 38,6 — 39,0. T. 140. Wydzielina z nosa i ust znacznie mniejsza, oddychanie przez nos wolne, naloty w gardzeli bez zmiany, wysypka na ciele zupełnie zbladła. Naskórek na szyi i karku zaczyna się łuszczyć.

Tegoż dnia zastrzyknąłem 40 cm. sz. surowicy pod skórę brzucha ze strony prawej. Wieczorem 39,3.

10. II. 38,5—38,6. T. 136, wydzielina z nosa i ust jeszcze obfita. Gardziel zaczyna się oczyszczać z nalotów, chora mniej apatyczna: zaczyna się interesować otaczającymi przedmiotami, apetyt trochę lepszy. Na wyprostnych powierzchniach stawów łokciowych i promienio-napięstkowych wysypka plamista pod postacią plam oddzielnie usadowionych, mocno czerwonych wielkości grochu. Wieczorem 39,2.

11. II. 39,0 — 38,5. T. 132, język obłożony, wilgotny, wydzielina z ust i nosa mniejsza; naloty w gardzeli jeszcze obfite, lecz powoli zaczynają się oddzielać. Stan ogólny daleko lepszy. Skóra dolnej połowy brzucha jednostajnie zaczerwieniona, wysypka plamista także i na przedniej powierzchni kolan. Wydzielina z prawego ucha skąpa. Gruczoły na szyi, szczególnie z lewej strony mocno powiększone. Do wewnątrz kamfora, na dolną część brzucha okład z rozczynu płynu BUROWA. Wieczorem 39,3.



12. II. 39,2—39,1. T. 136. Język obłożony, wilgotny, obrzęk gardzieli mniejszy, pewna część nalotów [mianowicie na migdałach] jest znacznie grubsza, wydawniejsza, bardzo podobna do błon zwyczajnej błonicy. Oddychanie przez nos najzupełniej wolne. Wydzielina z ust i nosa skąpsza. Około stawów łokciowych, rąk, kolan i golenio stopowych plamy czerwone wielkości grochu. Wysypka bladuróżowa, rozlana na całym brzuchu. Chora skarży się na bóle w kończynach. Ruchy bierne kończyn w stawach wywołują żywy ból. Mocz zawiera trochę białka. Do wewnątrz *Natr. salicylicum*. Wieczorem ciepłota 39,7.

13. II. 38,6—38,4. T. 136. Język obłożony wilgotny, gardziel czerwona, naloty częściowo oddzielają się. Wydzielina z ucha wodnista, skąpa. Dzisiaj bóle w kończynach mniejsze, ruchy kończyn wolniejsze. Wysypka plamista na kończynach zbladła. Chora więcej ożywiona. Wieczorem 39,0.

14. II. 38,4—38,8. T. 132. Gardziel czerwona, nalotów dużo się oddzieliło, wydzielina z ucha obfita. Chora spała bardzo dobrze. Stan ogólny i apetyt daleko lepszy. Obrzęk gruczołów na szyi mniejszy. Mocz białka nie zawiera. Na szyję stosuje się na zmianę szara maść i okład z roztworem płynu BUROWA. Wieczorem 38,5.

15. II. 37,9—37,9. T. 128, gardziel słabiej zaczerwieniona, naloty mniej obfite, wysypka na brzuchu zbladła, ból niewielki trzyma się w kończynach. Sen daleko spokojniejszy. Mocz białka nie zawiera. Wieczorem 38,1.

16. II. 37,4—37,4. T. 124. Nalotów nie wiele trzyma się w gardzieli. Wysypka plamista, słaba. Apetyt lepszy. Mocz białka nie zawiera. Wieczorem 38,0.

17. II. 37,6—37,3. T. 124. Nalotów w gardzieli niewiele. Na kończynach mało widoczne ślady wysypki plamistej. Chora skarży się na ból w prawem kolanie. Żadnych widocznych zmian w niem niema. W moczu białka niema. Gruczoły pachwinowe obrzękły z obydwu stron. Zaleciłem kompresy z roztworem BUROWA. Wieczorem 38,2.

18. II. 38,0—37,9. T. 124. Obrzęk migdałów zniknął, nalotów pozostało bardzo mało. W moczu białka niema. Wdmuchiwanie do gardzieli raz dziennie. Do wewnątrz *Nat. salicylicum*. Wieczorem 38,1.

19. II. 37,2—37,7. T. 124. Naloty w niewielkiej ilości trzymają się jeszcze małego jęczyczka. Wysypka na kończynach bardzo mała. Dzisiaj wystąpiła wysypka plamista czerwona na policzkach. W moczu białka niema. Wieczorem 38,3.

20. II. 37,3—38,3. T. 124. Wysypka plamista na twarzy bardzo mocna, taka sama wysypka odnowiła się na kończynach. Gardziel blada. Wieczorem ciepłota 37,5.

21. II. 37,2—37,3. T. 120. Wysypka na twarzy i kończynach zbladła. Obrzęk gruczołów na szyi i w pachwinach mniejszy. W moczu białka niema. Wieczorem 37,8.

22. II. 37,4 — 37,9. T. T. 112. Naloty w gardzieli znikły. Wysypka na twarzy i kończynach zbladła. W moczu białka niema. Wieczorem 37,9.

24. II. 36,8—37,0. T. 108. Wysypka na ciele znikła. W moczu białka



niema. Wszystkie lekarstwa, dawane wewnątrz, odstawione; pozostało tylko szprycowanie gardzieli i okłady z płynem BUROWA. Wieczorem 37,0.

27. II. 36,3—36,5. T. 100. Gruczoły na szyi i w pachwinach znacznie mniejsze. Apetyt bardzo dobry. Mocz białka nie zawiera.

1. III. 36,1—36,6. T. 112. Chora skarży się na ból w prawem] uchu. [Leczeniem ucha zajął się otyatra]. Mocz bez białka. Wieczorem 36,1.

4. III. 36,3—36,9. T. 108. Apetyt dobry. Mocz bez białka—wypróżnienia prawidłowe. Wieczorem 36,4.

8. III. 36,5—36,9. T. 100. Apetyt olbrzymi. Mocz bez białka. Zaleciłem kąpiele co drugi dzień i po kąpielach wycieranie ciała rozczyntem sublimatu. Wieczorem 36,3.

15. III. 36,8. T. 92. Stan zupełnie dobry. Mocz bez białka. Pozwoliłem wstać z łóżka i jeść mięso.

24. III. Stan zdrowia zadowolający. Tylko sprawa chorobowa w uchu potrzebuje jeszcze jakiegoś czasu do zupełnego wyleczenia.

VI. Dnia 7. IV. S. chłopiec, lat 10 mający, [ulica Krochmalna] od tygodnia chory jest na płonicę, a od pięciu dni na dyfteroidalne zajęcie gardzieli.

Chory leży na łóżku odurzony, senny; przy dotknięciu go, budzi się, otwiera oczy, odpowiada na pytania przytomnie, lecz bardzo niewyraźnie. Do chorego potrzeba mówić bardzo głośno, ponieważ inaczej nie może rozumieć. Gdy przestawać z nim rozmawiać, zaraz zapada w stan senny, apatyczny.

Ciepłota ciała 39,5. Tętno 150, bardzo słabe i nierówne. Wysypka płonicza na szyi, tułowi i kończynach bardzo] mocna. Wysypka na niektórych częściach ciała już zbladła. Na łącznicy obydwóch oczów bardzo mocne przekrwienie. Szyja w górnej] części z obydwu stron silnie zgrubiała z powodu powiększenia podszczękowych gruczołów chłonnych. Usta na brzegach zetknięcia, a również w kątach pokryte rozlanym sadłowatym nalotem. Język obłożony wilgotny; na brzegach, a także miejscami na środku pokryty kępami takiego samego nalotu. Gardziel cała silnie zaczerwieniona, obrzękła i pokryta rozlanym szarym nalotem, który obejmuje podniebienie miękkie, łuki i migdały. Łykanie dosyć utrudnione.

Chory otrzymuje do wewnątrz kamforę, gardziel przestrzykuje się płynami odkażającymi.

O godzinie 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> po południu zastrzyknąłem pod skórę ściany brzusznej ze strony prawej 50 cm. sz. surowicy przeciwploniczej.

O godzinie 11 przed północą chory zmarł.

W okresie tego samego czasu] miałem w] kuracji 4 przypadki] a g o d n i e j p o s t a c i p ł o n i c y, w których stosowanie lekarstw było] bardzo ograniczone, a całe leczenie polegało na trzymaniu chorych w łóżku i przestrzeganiu odpowiedniej diety. Przypadki te spostrzegalem przy ulicy] Szopena, Wspólnej, Marszałkowskiej i Wilczej. Ostatni] przypadek] tyczył się dziewczynki bliźniaczki chorej, opisanej w przypadku piątym.



W p r z y p a d k u I działanie surowicy uwydatniło się zaraz następnego dnia po zastrzyknięciu. Godnem uwagi było wystąpienie dziesiątego dnia choroby objawów *gastroenteritidis* z krwotokami kiszkowymi. Chorego w ciągu całej choroby widziałem tylko cztery razy.

W p r z y p a d k u II przebieg choroby był nadzwyczaj szybki, objawy chorobowe wysokiego natężenia. Zejście śmiertelne — jak z góry można było przypuszczać—było nieuniknione.

P r z y p a d e k III jest interesujący z uwagi na wiek chorej. Chora miała 1 rok i 9 miesięcy życia. Od razu zastrzyknięto 50 cm. sz. surowicy. Ciężota ciała po zastrzyknięciu surowicy dnia następnego obniżyła się o dwa stopnie, na trzeci dzień wieczorem dosięgła 39,0, na czwarty dzień wieczorem 39,5. Wtedy mianowicie zjawiała się wysypka posurowicza, która trzymała się jeden dzień. Na szósty dzień po zastrzyknięciu ciężota wieczorem doszła do 40,0; wtedy obawiałem się wystąpienia zapalenia płuc. Wysypka płonicza zaczęła blednąć na drugi dzień po zastrzyknięciu surowicy. U chorej w piątym dniu choroby zjawiał się obrzęk powiek i zapalenie łącznic, które trwały pięć dni. Wogóle przebieg cierpienia był pomyślny ze względu na niepomyślne warunki higieniczne.

W p r z y p a d k u IV-ym po zastrzyknięciu surowicy zaraz na drugi dzień ciężota opadła o 1½ stopnia, następnych dni wahała się jeszcze dosyć wysoko, dopiero od dziewiątego dnia choroby przyjęła przebieg prawidłowy. Wysypka płonicza zaczęła blednąć na trzeci dzień po zastrzyknięciu. Wysypki posurowiczej nie było. Chory skarżył się przez jeden dzień na bóle w kończynach. Ze strony nerek nie było powikłania.

P r z y p a d e k V odznacza się bardzo silnem zajęciem jamy nosa i gardzieli. Pomimo to, że przed wybuchem płonicy była stosowana surowica przeciwplonicza, cierpienie nosa i gardzieli było nadzwyczaj mocne. Należało zastosować 90 cm. sz. surowicy przeciwploniczej. Wysypka płonicza zaczęła blednąć przed zastrzykiwaniem surowicy przeciwploniczej [surowicę zastrzyknięto dopiero 6-go dnia choroby]. Ustępowanie objawów chorobowych posuwało się powoli. Wysypka posurowicza miała postać dwojaką: na kończynach plamista, a na tułowiu rozlana, przytem były bóle w kończynach i zajęcie gruczołów pachwinowych. W jedenastym dniu choroby, gdy ciężota dosięgła najwyższej wysokości, stwierdzono białkomocz w niewielkim stopniu.

W p r z y p a d k u VI-ym zakażenie organizmu było tak mocno rozwinięte, że i stosowanie surowicy przeciwploniczej dawało słabą nadzieję na poprawę.

Na zasadzie swych spostrzeżeń postawiłbym następujące wnioski:

- 1) przypadki płonicy łagodne nie potrzebują stosowania surowicy;
- 2) w przypadkach ciężkich stosować surowicę możliwie wcześniej; zastrzykiwanie powtórzyć, gdy niema widocznej poprawy;
- 3) u dzieci drobnych zwykłą porcją surowicy [50 cm. sz.] zastrzykiwać nie od razu, lecz w ciągu dwóch posiedzeń np. w odstępie 24-ch godzin.

W końcu tej pracy składam serdeczne podziękowanie szanownemu kole-dze PALMIRSKIEMU za łaskawe udzielanie swej surowicy.



# BADANIA NAD LOSEM ROZTWORÓW SOLNYCH w żołądku ludzkim.

Podał

**Kazimierz Rzętkowski,**

asystent oddziału.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 17].

Zaznaczyć też muszę, że dzięki eksperymentowaniu na osobniku z gastrostomią mogłem przed doświadczeniami doskonale opróżnić jego żołądek. Że mi się to udawało możliwie bardzo dobrze, o tem świadczą cyfry:

|         | △ roztworu przed wprowadzeniem | △ próbki natychmiast<br>wydobytej | Różnica |
|---------|--------------------------------|-----------------------------------|---------|
| Dośw. I | — 3,39°                        | — 3,34°                           | 0,05°   |
| „ II    | — 1,71°                        | — 1,65°                           | 0,06°   |
| „ III   | — 0,47°                        | — 0,455°                          | 0,02°   |

Te bardzo małe różnice świadczą, że istotnie udawało mi się przed doświadczeniem doskonale opróżnić żołądek, do którego wprowadzałem badane roztwory. Biorąc zaś za punkt wyjścia w moich doświadczeniach cyfry drugie, unikałem nawet i tych minimalnych—jak widzimy—błędów. Czy udawało się to STRAUSS'owi i RÓTH'owi, chociaż eksperymentowali na osobach na czczo i o zupełnie pustych żołądkach „völlig leeren (? A.) Magen“ na to pytanie ani ja, ani też pomienieni autorowie z całą pewnością twierdząco odpowiedzieć nie mogą.

Wobec zatem uwag, jakie tylko co wypowiedziałem, i wobec wyników moich doświadczeń, zgodnych z wynikami doświadczeń BÖNNIGER'a — uważam istnienie „Verdünnungssecretion“ RÓTH'a i STRAUSS'a za niedowiedzione dotychczas dostatecznie.

VI. Roztwory NaCl lekko hypotoniczne i czysta woda pobudzają żołądek do wydzieliny, która wzmaga ich stężenie. Następuje to tem szybciej, im stężenie roztworu jest słabsze. Widzieliśmy bowiem [tabl. III i IV A], że w doświadczeniu Nr. 3, żołądek podniósł koncentrację swej zawartości w 50 minut zaledwie o 0,05°, podczas gdy w doświadczeniu Nr. IV [czysta H<sub>2</sub>O] koncentracja zawartości żołądkowej już w 40 minut została podniesiona o 0,23°. W jaki sposób żołądek wpływa na podniesienie stężenia drobinowego swej zawartości solnej, na to pytanie badania moje odpowiedzi nie dają. Nie czyni on tego przy pomocy wydzielania HCl, bo — jak widzieliśmy — w żadnej z wydobywanych próbek HCl nie było. I wogóle — zdaje się, że koncentracja c z y s t e g o



s o k u żołądkowego nie zależy wyłącznie od zawartości w nim HCl, jak o tem poucza następująca tablica <sup>1)</sup>:

| Nr. | Wolny HCl | Ogólna kwa-<br>sota | Δ       | u w a g i.                                  |
|-----|-----------|---------------------|---------|---|
| 1   | 33        | 46                  | — 0,31° | Soki na czezo od różnych osób<br>pochodzące |
| 2   | 23        | 51                  | — 0,49° |   |
| 3   | 62        | 75                  | — 0,51° |   |
| 4   | 46        | 58                  | — 0,54° |   |
| 5   | 39        | 48                  | — 0,64° |   |

Z zestawienia tego widzimy, że ani ilość w soku wolnego HCl, ani też kwaśność soku ogólna nie ma wpływu na Δ czystego soku żołądkowego, że Δ czystego soku żołądkowego musi zależeć i od innych czynników. Nadto wiemy, że na wysokości trawienia zawartości żołądkowe mają Δ bardzo bliską do krwi. Specyalne doświadczenia <sup>2)</sup>, podjęte na chłopcu z gastrostomią, przekonały mię o tem.

1) Zawartość w godzinę po wprowadzeniu 1 surowego jajka z wodą destylowaną [Δ=0,02°—0,04°]

|     |           |            |
|-----|-----------|------------|
| HCl | kwas. og. | Δ          |
| 0   | 61        | 0,56—0,57° |

2) Zawartość po wprowadzeniu 100,0 mleka + jajko + H<sub>2</sub>O [od 200,0] [Δ=0,24°]

|     |           |          |
|-----|-----------|----------|
| HCl | kwas. og. | Δ        |
| 0   | 52        | — 0,55°. |

Z tych doświadczeń widzimy, że na wysokości trawienia Δ zawartości żołądkowej stoi na wysokości Δ krwi — mamy nieledwie całkowitą izotonią. Już to jedno poucza nas, że żołądek ma za zadanie — prócz innych — doprowadzać z a w a r t o ś ć s w ą p o k a r m o w ą do izotonii z krwią. Mimo to jednak, z chwilą kiedy wprowadzimy doń r o z t w o r y nadto hyper—lub nadto hypotoniczne, zawartość jego opuszcza go jeszcze przed dojściem do izotonii. Stąd wniosek, że sprawność jego w kierunku izotonizowania swej zawartości wogóle, jest wielkością ograniczoną i niestałą.

Zaznaczyć też muszę, że żołądek łatwiej doprowadza do izotonii s w ą z a w a r t o ś ć p o k a r m o w ą, niż roztwory soli [których do izotonii wogóle nie udało mu się w naszych doświadczeniach doprowadzić!]. I rzeczy-

<sup>1)</sup> Porównaj pracę moją „Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej“ Pamiętnik Tow. Lek. oraz Archiv für Verdauungskrankheiten 1903 [przyp. autora].

<sup>2)</sup> Loc. cit.



wiście, doświadczenia moje stwierdzają to bardzo wyraźnie. Tak, zawartość [woda + jajko] o  $\Delta$  bardzo niskiej, już w godzinę doszła do  $0,56^\circ - 0,57^\circ$ , lub zawartość, składająca się z wody, mleka, jaj [ $\Delta = -0,24$ ] również w godzinę doszła do  $-0,55^\circ$ . Tymczasem, jak widzimy z tablic odnośnych, [roztwory hypotoniczne [Tb. III i IV A] roztwór NaCl o  $\Delta = -0,45^\circ$  w godzinę doszedł za ledwie do  $0,50^\circ$ , a czysta woda w 50 min. do  $0,34^\circ$ , t. j. nie do izotonii. Ta różnica poucza, że żołądek w o b e c p o k a r m ó w rozporządza czemś, co szybciej izotonizuje jego zawartość pokarmową. Tem czemś jest prawdopodobnie HCl, wydzielany do zawartości pokarmowej, a nie wydzielany do zawartości solnej lub wogóle do zawartości, nie nadającej się i nie podlegającej trawieniu żołądkowemu. Że tak jest, widzimy z tego, iż ten sam żołądek, który  $\Delta$  swych zawartości pokarmowych, a raczej wyzwalających jego akcyę proteolityczną, już w godzinę zdołał doprowadzić do izotonii, nie doprowadził jednak do izotonii mieszaniny 50,0 Amyli + 200,0 H<sub>2</sub>O:  $\Delta$  tej zawartości po godzinie =  $-0,29^\circ$ . Zestawiając nadto kwaśność ogólną w tych 3-ch rodzajach zawartości, zauważyliśmy łatwo, że im kwaśność ogólna [zależna w mych doświadczeniach niewątpliwie od ilości wydzielonego HCl] z a w a r t o ś c i p o k a r m o w e j jest większa, tem  $\Delta$  jej na wysokości trawienia będzie bliższa izotonii

| og. kwaśność |    | ▽   |
|--------------|----|---|
| 1            | 61 | $-0,56^\circ - 0,57^\circ$ w god. po wpraw. do żołą. sur. jajka i wody  |
| 2            | 52 | $-0,55^\circ$ w god. po wpraw. 100 + 1 jaj. + H <sub>2</sub> O od 200,0 |
| 3            | 30 | $-0,29^\circ$ w godz. po wpraw. 50,0 amyli + 200, H <sub>2</sub> O.     |

Z powyższych uwag musimy wyprowadzić wniosek, że żołądek z u p e ł n i e i n a c z e j zachowuje się odnośnie do swych zawartości pokarmowych, niż do swych zawartości solnych [NaCl]: oba te rodzaje stara się on prawdopodobnie doprowadzić do izotonii z krwią, ale odnośnie do zawartości pokarmowych udaje mu się to znacznie prędzej, niż odnośnie do zawartości solnych [NaCl]. W pierwszym razie zachodzi to za sprawą wydzielania głównie HCl, który izotonizuje szybko anizotoniczne zawartości pokarmowe. W drugim razie, w procesie izotonizowania HCl żadnej roli nie odgrywa i do roztworów NaCl i czystej H<sub>2</sub>O wcale się nawet nie wydziela. Tę samą rolę podrzędną odgrywa, zdaje się, HCl w stężeniu drobinowem czystego soku żołądkowego. To też jeżeli w pierwszym razie izotonizowanie zawartości pokarmowych nosi na sobie wszystkie cechy procesu komórkowo-życiowego, to w drugim — odnośnie do roztworów — ma się wrażenie, jakoby żołądek zachowywał się zupełnie biernie, redukując całą swą życiowość wyłącznie do modyfikacyi swej czynności ruchowej odnośnie do takiego lub innego stężenia swej zawartości.

---

Czy przy pomocy środków farmakologicznych możemy wpływać na przebieg zmniejszenia się stężenia drobinowego roztworów solnych w żołądku? Na to pytanie interesujące starałem się odpowiedzieć przy pomocy 2-ch doświadczeń, wykonanych z roztworem hipertonicznym po podaniu chłopcu makowca (*Tra Opii simplex*) i wyskoku.



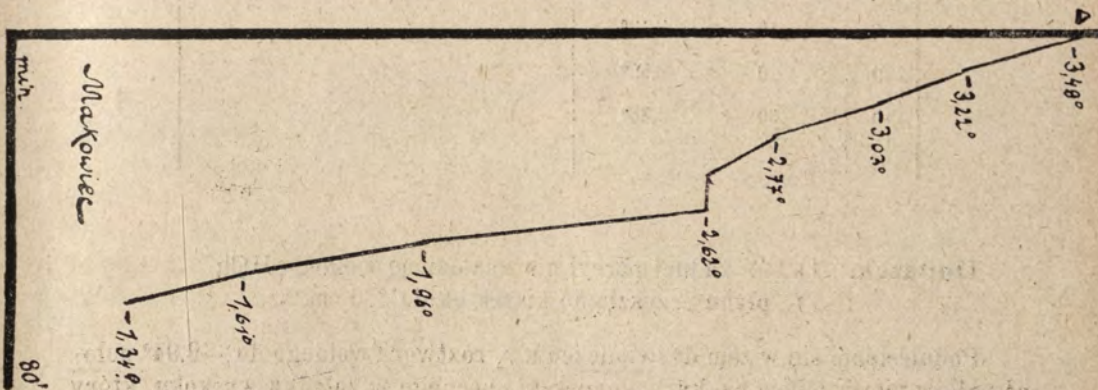
**Doświadczenie z makowcem (22. VII. 1903).**

Żołądek chłopca przemyto dokładnie letnią wodą. O godz. 9 m. 43 wprowadzono przez otwór brzuszny mieszaninę 12 kropeł *Trae Opii simpl.* w 5—8 cm. sz. H<sub>2</sub>O. W 15 minut potem wprowadzono 400 cm. sz. roztworu NaCl [58,5 w litrze], t. j. około 29,0 NaCl, temperatury pokojowej. Δ roztworu = — 3,60°; w chwilę potem wydobyto porcję I.

TABLICA V.

| Nr. | Czas: | Δ      | U w a g i.                                     |
|-----|-------|--------|--|
| 1   | 10a   | — 3,49 | } Chłopiec ziewa.                              |
| 2   | 10    | — 3,22 |  |
| 3   | 20    | — 3,03 |  |
| 4   | 30    | — 2,77 |  |
| 5   | 40    | — 2,62 |  |
| 6   | 50    | — 2,62 |  |
| 7   | 11,0  | — 1,96 | Zawar. wychod. z trudn. Domiesz. śluz.         |
| 8   | 10    | — 1,61 | Zawar. zlek. żółt. wych. z trudn. Śluzu sporo. |
| 9   | 20    | — 1,34 | Wyd. około 8 cm. sz. gęst. żółt. śluzu.        |

- Dodatek. 1) Wolnego HCl w żadnej porcyi nie wykryto.  
2) Około 170 cm. sz. płynu przeszło do kiszek.



Krzywa Nr. 3.

Rzut oka na krzywą Nr. 3, zwłaszcza w porównaniu z krzywą Nr. 1 poucza nas, że tym razem obniżenie stężenia drobinowego zawartości szło o wiele prawidłowiej. *Maximum* rozcieńczenia wypadła tu na czas w połowie do-



świadczenia, t. j. na początek 2-iej godziny. Żadnych zresztą uderzających właściwości krzywa nie uwydatnia.

### Doświadczenie z wyskokiem (26. VII. 1903).

Wprowadzono do przygotowanego, jak wyżej, żołądka 95% alkoholu + H<sub>2</sub>O ana 10,0. W 4 — 5 minut wiano 410 takiegoż roztworu NaCl  $\Delta = -3,51^{\circ}$ , w chwilę potem wydobyto porcję pierwszą;  $\Delta = -3,94$ . (!).

TABLICA VI

| Nr. | Czas  | $\Delta$          | U w a g i.  |
|-----|-------|-------------------|---|
| 1   | 10a   | 3,94 <sup>o</sup> |   |
| 2   | " 10  | 3,76 <sup>o</sup> | Zawrót głowy lekkie mdłości   |
| 3   | " 20  | 3,51 <sup>o</sup> | Uczucie gorąca w głowie, pragnienie, gorycz w ustach. Błady, leży biernie na łożku. Następnie senny i odurzony. Z zawartością wydziela się coraz więcej białego w strzępkach śluzu. |
| 4   | " 30  | 3,21 <sup>o</sup> |   |
| 5   | " 40  | 3,04 <sup>o</sup> |   |
| 6   | " 50  | 2,85 <sup>o</sup> |   |
| 7   | " 11a | 2,54 <sup>o</sup> | Chłopiec ma się lepiej.   |
| 8   | " 10  | 2,72 <sup>o</sup> | Stan zupełnie dobry, lek odurzenie.   |
| 9   | " 20  | 2,52 <sup>o</sup> |   |
| 10  | " 30  | 2,38 <sup>o</sup> |   |

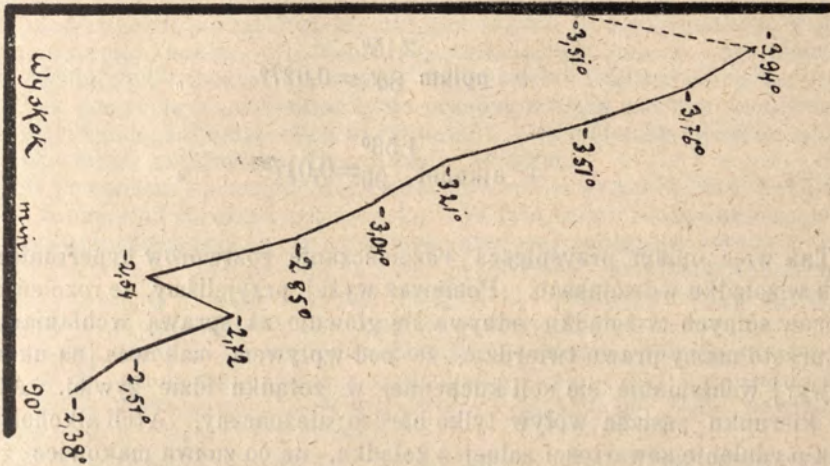
- Dodatek.** 1) W żadnej porcy nie znaleziono wolnego HCl;  
2) płynu przeszło do kiszek około 150 cm. sz.

Podniesienie się w tem doświadczeniu  $\Delta$  roztworu wolnego do  $-3,94^{\circ}$  położyć należy niewątpliwie na karb domieszki obecnego w żołądku wyskoku, który dopiero w 10 minut po wprowadzeniu do żołądka zaczął dawać wyraźne objawy zatrucia.

I tymrazem krzywa, jak widzimy, nie przedstawia żadnych bardziej godnych uwagi właściwości. Jest ona jednak dosyć prawidłowa i tylko ku końcowi załamuje się wyraźnie.



Chcąc wywnioskować coś o wpływie dwóch tych środków<sup>1</sup> na sprawę rozcieńczania roztworów NaCl w żołądku, musimy zestawić wyniki ostatnich dwóch doświadczeń z doświadczeniem I [to samo stężenie NaCl w roztworze] wykonanem bez podawania żadnych lekarstw,



Krzywa Nr. 4.

TABLICA VII.

| Nr. | Obniżenie od do         | Czas minut. | Wprowadz. płynu | Przeszło do kieszek | Szybkość                                       | HCl | Uwagi         |
|-----|-------------------------|-------------|-----------------|---------------------|--|-----|---------------|
|     | I                       | II          | III             | IV                  | V  | VI  |               |
| 1   | 3,34 — 1,67<br>(1,67)   | 130         | 455 cm          | 255                 | $\frac{255 \text{ cm.}}{130'} = 2 \text{ cm.}$ | 0   | Roz. NaCl sam |
| 2   | 3,49 — 1,34<br>(1,15)   | 80          | 400             | 160                 | $\frac{160 \text{ cm.}}{80'} = 2 \text{ "}$    | 0   | + makowiec    |
| 3   | 3,94 — 2,38<br>(+ 0,05) | 90          | 410             | 150                 | $\frac{150 \text{ cm.}}{90'} = 1,5 \text{ "}$  | 0   | + wyskok      |

Z zestawienia tego możemy zauważyć, że jednak środki farmakologiczne takie, jak makowiec lub wyskok, nie pozostają bez wpływu na proces rozcień-



czania zawartości solnej w żołądku. Obecność wysoku nieco przyspiesza w żołądku proces zmniejszania stężenia drobinowego hipertonicznych zawartości solnych, obecność makowca czyni to bardzo wyraźnie: mianowicie

$$\text{Roztwór NaCl sam } \frac{1,67^{\circ}}{130'} = 0,013^{\circ} \text{ w } 1'$$

$$\text{„ + opium } \frac{2,15^{\circ}}{80'} = 0,027^{\circ} \text{ „}$$

$$\text{„ + alkohol } \frac{1,56^{\circ}}{90'} = 0,017^{\circ} \text{ „}$$

Tak więc opium przyspiesza rozcieńczanie roztworów hipertonicznych solnych w żołądku wdwójnasób. Ponieważ wyżej przyjęliśmy, że rozcieńczanie roztworów solnych w żołądku odbywa się głównie za sprawą wchłaniania się NaCl, przeto mamy prawo twierdzić, że pod wpływem makowca [na układ naczyniowy?] wchłanianie się soli kuchennej w żołądku idzie żywiej. Alkohol w tym kierunku posiada wpływ tylko bardzo nieznaczny. Atoli alkohol nieco zwalnia wydalanie zawartości solnej z żołądka, na co znowu makowiec żadnego wpływu nie wywiera.

Wyniki tych doświadczeń są oczywiście niebogate i wymagają szerszego potwierdzenia. Chcę tylko zaznaczyć, że doświadczenia te dotyczą, o ile wiem, wogóle poraz pierwszy niesłychanie ciekawej kwestyi, mianowicie też kwestyi wpływania na sprawy osmotyczne w ustroju środkami lekarskimi [farmakologicznymi]. Już dwa te doświadczenia pouczają, że na sprawy osmotyczne w ustroju możemy wpływać środkami farmakologicznymi. I chociaż sprawy te mają pozór procesów czysto fizykalnych, to jednak, wpływając na żywe podłoże, na którem się one rozgrywają, możemy w ten lub w ów sposób je modyfikować.

Warszawa w styczniu 1904.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

26. Asakura. Badania doświadczalne nad odtuszczaniem torebki nerkowej (*decapsulatio renum*).

Złe rokowanie w całym szeregu przewlekłych cierpień nerkowych zależy z jednej strony od długotrwałego działania wywołujących je czynników, z drugiej zaś od powoli, ale stale postępujących zwyrodnień w mięszu nerkowym. Zmianom chorobowym towarzyszą zaburzenia w obiegu krwi, pod postacią zastojów, lub zarośnięcia oddzielnych gałązek naczyniowych, nie mogące być sa-



modzielnie wyrównane, gdyż tętnice nerkowe należą do szeregu t. zw. końców-  
wych i połączeń nie posiadają. Wychodząc z takiego założenia nowojorski gi-  
nekolog, EDEBOHLS postanowił spróbować na drodze operacyjnej przywrócenia za-  
chwianej równowagi w krwiobiegu nerek przez wytworzenie nowych dróg na-  
czyniowych. Oczywiście podobny wynik można, teoretycznie rozumując, otrzy-  
mać przez wywołanie zrostu obnażonej powierzchni nerki z otaczającą ją bogato  
unaczynioną torebką tłuszczową. Koniecznym warunkiem zabiegu jest odłuszcze-  
nie torebki włóknistej (*decapsulatio renis*). Tak pomyślaną operację wykonał  
EDEBOHLS i ogłosił początkowo wyniki pierwszych 18-u przypadków, z których  
w 8-iu nastąpiło zupełne wyleczenie, t. j. zniknięcie z moczu jego nieprawidłó-  
wych składników, w pozostałych zaś — mniejsze lub większe polepszenie.

Tak pomyślnie wyniki skłoniły do przedsięwzięcia szeregu badań nad bliż-  
szym wyjaśnieniem działających tu czynników, wyrobieniem określonego sposo-  
bu operowania i ustaleniem odpowiednich wskazań.

A. postanowił sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach [królikach i psach]  
wpływ zabiegu na zdrową i chorą nerkę. W tym celu z zachowaniem możliwej  
aseptyki przeprowadzał cięcie lędźwiowe, otwierał podłużnie torebkę tłuszczo-  
wą, oddzielał ją na tępo palcem na całej przestrzeni, następnie, naciskając na  
powłoki brzuszne, z łatwością wydobywał nerkę, pokrytą torebką włóknistą, na  
zewnątrz rany. Naciąwszy na wypukłej powierzchni nerki torebkę włóknistą  
przez całą długość nerki, oddzielał ją następnie palcem na tępo z obu  
stron, aż do samej wnęki (*hilus*) i tu obcinał. Następowało wprowadzenie ner-  
ki do torebki tłuszczowej i szew warstwowy. Króliki nie były usypiane, psy  
zaś operowano w uśpieniu eterowym.

Wpływ zabiegu na zdrową nerkę doprowadził do następujących wnio-  
sków. W tydzień po operacji zwierzęta przychodzą zupełnie do pierwotnego  
stanu zdrowia. Na miejscu odłuszczonej i usuniętej torebki włóknistej tworzy  
się nowa powłoka narządu, składająca się z elementów łączno-tkankowych; jest  
onażo wiele bielszą od usuniętej. Wytwarzają się nowe naczynia, zasilające  
nowowytworzoną powłokę i powierzchnię nerki. Jeżeli torebka tłuszczowa jest  
dobrze rozwinięta, wtedy nowa powłoka z niej się wytwarza, zrost jej z nerką  
jest mocny, naczyń tworzy się znaczna liczba; przy słabym rozwoju tłuszczu no-  
wa torebka wytwarza rię z rozścięgni nerki (*fascia renalis*), — naczyń wtedy  
mamy mniej, zrost z powierzchnią nerki luźniejszy. Nowe naczynia pochodzą  
z tętnicy nerkowej i lędźwiowej. Nowotworzenie się naczyń otoczki rozpoczyna  
się w trzecim tygodniu po operacji. Oprócz przejściowego przekrwienia nerka  
w następstwie nie przedstawia żadnych zmian patologicznych; nie spostrzegano  
również powstawania nerki ruchomej: zrost tylny był zawsze mocny. Dopóki  
zwierzę nie przyszło do siebie po dokonanej operacji, stwierdzano w moczu  
obecność białka. Wogóle zabieg cały, wykonany na zdrowym zwierzęciu, nie  
wywiera szkodliwego wpływu na stan ogólny zwierzęcia, ani też nie powoduje  
zmian w tkance nerki, natomiast prowadzi do wytworzenia nowej bogato un-  
aczynionej otoczki.

W drugim szeregu doświadczeń A. starał się określić, przy jakich okolicz-  
nościach i jakim sposobem odłuszczenie torebki nerkowej może wpływać na  
istniejące sprawy chorobowe nerek. Ażeby otrzymać sprawę zapalną w ner-  
kach, wstrzykiwano do krwi hodowle gronkowca złocistego, co wywoływało po  
upływie 24—48 godzin ostre ropne zapalenie nerek: pozostawione w tym stanie  
zwierzęta giną zazwyczaj po 2—14-u dniach przy objawach ogólnego zakażenia.  
Wykonane na zakażonych w ten sposób 13-u królikach odłuszczenie torebki ner-  
kowej w rozmaitych odstępach czasu od chwili zakażenia [1 — 5 dni], dało wy-  
niki niekorzystne. Nie wykazano mianowicie wybitnej różnicy pomiędzy ner-  
ką odłuszczoną a pozostawioną nietkniętą. Można tylko powiedzieć, że zabieg  
nie wywarł dodatkowo ujemnego wpływu na przebieg ostrego ropnego zapalenia



nerek. Zwierzęta nieoperowane, zakażane równocześnie w celu kontroli, ginęły prawie jednocześnie z operowanymi.

Nakoniec usiłowano rozwiązać pytanie, czy uprzednio dokonane odluszczenie wywiera jaki wpływ na powstawanie i przebieg ostrego ropnego zapalenia nerek. Na 12-tu królikach wykonano 6 jednostronnych i 6 dwustronnych odluszczeń torebki nerkowej. Zakażono pierwsze po 3—6 tygodniach, drugie — po 2½ — 5½ tygodniach. Przekonano się, że odluszczona nerka wykazuje mniejsze natężenie sprawy chorobowej, niż nieoperowana i niż u zwierząt kontrolowych; operowane uprzednio zwierzęta żyją dłużej od kontrolowych; na powierzchni odluszczonej nerki nie znajdowano wcale, albo bardzo nieliczne ropnie, gdy w drugiej nerce były one bardzo liczne. Ostatnie to zjawisko możnaby tłumaczyć dodatnim wpływem nowopowstałych naczyń. Przy dwustronnem odluszczeniu wyniki również nie były pocieszające, chociaż operowane zwierzęta żyły wogóle dłużej od kontrolowych.

Dotychczas wyniki badań doświadczalnych dadzą się sprowadzić do następujących wniosków. Zmiany, zachodzące w zdrowej nerce pod wpływem jedno — lub dwustronnego odluszczenia torebki, są nieznaczne. Zwierzęta znoszą zabieg dobrze i przez całe miesiące po jego dokonaniu nie wykazują żadnych objawów chorobowych. Zabieg bez ujemnego wpływu można wykonać również na nerce, podległej ostrej sprawie zapalnej. Rana operacyjna, powstała pomiędzy obnażoną powierzchnią nerki a jej torebką tłuszczową, ma skłonność do *restitutio ad integrum*, jak to się zdarza po rezekcjach i nacięciach nerek u ludzi i zwierząt. Okres gojenia na chorej nerce przebiega o wiele wolniej; okoliczność ta przemawia za tem, że odluszczenie nie może mieć dodatniego wpływu przy ostrej sprawie zapalnej, natomiast uprzednio dokonany zabieg czyni nerkę nieco odporniejszą na następcze zakażenie.

Przenosząc wyniki swoich badań na organizm człowieka, A. mniema, że chory może znieść dobrze operację, następcze gojenie pójdzie szybko, i że na tej drodze mamy możliwość wytworzenia nowego poważnego obocznego krwiobiegu dla nerki.

Opisany zabieg nie zwrócił dotychczas na siebie należytej uwagi chirurgów, pomimo całego szeregu takich operacji, wykonanych pomyślnie na ludziach przez EDEBOHLS'a przy przewlekłym zapaleniu nerek. Autor ten wykonał 14 razy odluszczenie dwustronne [12 razy na jednym posiedzeniu, 2 razy na dwóch], 4 razy — jednostronne; operuje w położeniu chorego na brzuchu; otoczkę włóknistą oddziela do wneki i tam ją odcina. Podług jego spostrzeżeń, obnażona powierzchnia nerki i tkanka okołonerkowa obfitują w naczynia, które po zabiegu przychodzą w bezpośrednie zetknięcie się. Zwiększony dopływ krwi sprzyja wessaniu się mięszszowych i międzykanalikowych produktów zapalnych i przyczynia się do wytwarzania nowej czynnościowo uzdolnionej tkanki. Po upływie 1—12 miesięcy po zabiegu stwierdzał EDEBOHLS znikanie wałeczków i białka z moczu. W 8 przypadkach, w których sprawa chorobowa zbyt daleko nie zaszła, otrzymał zupełnie trwałe wyleczenie.

Zaburzenia w krążeniu krwi towarzyszą tak ostrym, jak i przewlekłym cierpieniom nerek, powstają zaś one bądź wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrznerkowego, bądź też z powodu rozrostu tkanki łącznej. Następczy udział w sprawie chorobowej przyjmuje otoczką włóknista; grubieje i zrasta się z powierzchnią istoty korowej, tworząc nową przeszkodę dla swobodnego krążenia krwi. Przy ostrych postaciach zapalenia nerek, prowadzących do wytworzenia się ropnia, samo odluszczenie torebki nie jest wystarczające i musi być połączone z nacięciem mięszszu nerki; ostre sprawy zapalne bez ropienia kończą się zazwyczaj pomyślnie bez zabiegu operacyjnego. Inaczej jednak bywa przy sprawach przewlekłych — wyleczenie zupełnie należy tu do rzadkości z powodu trwałych zmian, zachodzących w krążeniu krwi, *resp.* mięszszu ner-



ki; takie więc przypadki nadają się do omawianego zabiegu. Przy *neph. chr. interstitialis* torebka włóknista nosi na sobie ślady zmian pod postacią zrostów i zgrubień, powodujących mniejsze lub większe przeszkody w wymianie krwi pomiędzy wewnątrz — i zewnątrznerkowymi naczyniami. Pożądanym jest przeto zabieg, który usuwając powyższą przeszkodę, współdziałałby równocześnie wytworzeniu się nowych dróg dla krążenia nerkowego. Obydwa te cele można osiągnąć zapomocą odłuszczenia torebki; zanikające tkanki mogą przy wzmożonym odżywianiu odzyskać jeszcze swoją sprawność czynnościową. Powyższego atoli rozumowania nie można udowodnić doświadczalnie wobec niepodobieństwa wywołania u zwierząt przewlekłego zapalenia nerek, jednak należy mieć nadzieję, że dotychczasowe wyniki zachęcą do dalszych badań. Pracę swoją A. kończy słowami EDEBOHLS'a: „Każdy chory na przewlekłe zapalenie nerek, o ile nie ma nieuleczalnych powikłań, o ile może znieść uspienie chloroformowe i ma przy obecnym stanie najmniej miesiąc życia przed sobą, powinien być operowany“. Ostatni warunek jest konieczny, wobec tego, że dobroczynny wpływ zabiegu zaczyna się przejawiać dopiero po 10-u dniach.

(*Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 12. Zesz. V. 1903*).

Aleksander Kopczyński.

### 27. Stursberg. Badania doświadczalne nad odłuszczeniem torebki nerkowej, zalecanem przez Edebohls'a przy leczeniu przewlekłego zapalenia nerek.

EDEBOHLS już dawniej opisał szereg przypadków, w których, operując nerkę wędrującą, stwierdził w następstwie wyleczenie istniejącego przy tem stanu zapalnego nerki. Objasniał on powstawanie zapalenia nerki w wędrującym narządzie jako następstwo przekrwienia, wywołanego ruchomością nerki, i uważał obecność sprawy zapalnej za wskazanie do operacji przyszcycia nerki. Rozszerzając zakres tych spostrzeżeń, postanowił zastosować zabieg operacyjny do leczenia stanów zapalnych nerek wogóle. Jakoż wykonał swój zabieg na 18-u kobietach bez zejścia śmiertelnego, a w 8-u przypadkach otrzymał zupełne wyleczenie. Z początku usuwał tylko torebkę włóknistą na znacznej przestrzeni, samą zaś nerkę przyszywał, obecnie jednak jako typ zabiegu uważa zupełne odłuszczenie i odcięcie torebki włóknistej, wysuszenie nerki w torebce tłuszczowej, zeszcycie zupełne tej ostatniej oraz rany zewnętrznej. Polepszenie w dobrze przebiegających przypadkach postępuje powoli, średnio wymaga 4½ miesiąca czasu. Trwałość wyleczenia opiera się na spostrzeżeniach, które trwały od 12-tu do 100-u miesięcy. Do końca 1902 roku EDEBOHLS ogłosił 51 spostrzeżeń, z tych niektóre operowane przy istnieniu ciężkich powikłań. Z powyższych chorych 7-iu zmarło wkrótce po zabiegu, 7-iu — przeciągu od 2 miesięcy do 8 lat, 2-ch — pozostało bez poprawy, u 22-ch stwierdzono znaczne polepszenie [kontrolowane przez 2 — 15 miesięcy po operacji], w 1 przypadku nawrót cierpienia po 4-ch latach, 9 zupełnych wyleczeń, 3-ch chorych znajduje się jeszcze pod obserwacją. Przez innych autorów operacja podobna była wykonana 9 razy, przy czem CAILLÉ operował 5-letnią dziewczynkę, u której po upływie trzech miesięcy stwierdził wybitną poprawę.

Dodatni wpływ swojego zabiegu EDEBOHLS przypisuje tętniczemu przekrwieniu nerki, które ułatwia wessanie nacieżeń zapalnych, uwolnieniu kłębków i kanalików moczowych od zewnętrznego ciśnienia i zwiększonej odporności, uwarunkowanej wytworzeniem się nowego krwiobiegu. Operując powtórnie odłuszczone nerkę, znajdował wiele naczyń [*resp.* tętnic], które atoli rozwijają się powoli; ten wzgląd czyni koniecznym warunkiem niezły ogólny stan chorego przed wykonaniem zabiegu. Chociaż inni autorowie wspominają również o dobroczynnym wpływie operacji na sprawy zapalne nerek, jednak z ostatecznymi wnioskami należy być bardzo oględnym, gdyż w wielu spostrze-



zeniach chodziło o sprawy ostre i podostre, które mogą zakończyć się pomyślnie bez zabiegu.

Następnie autor przytacza szereg luźnych spostrzeżeń rozmaitych chirurgów, przeważnie niemieckich, którzy wykonywali rozmaite zabiegi operacyjne przy ostrych i podostrych, sprawach zapalnych nerek z dobrymi wynikami, akcentuje przytem, że operacya EDEBOHLS'a wobec tych faktów nie posiada cech nowości.

Przechodząc do sprawdzenia wartości zabiegu na drodze doświadczalnej i nie mogąc wywołać u zwierząt stanu, podobnego do przewlekłego zapalenia nerek u ludzi, autor zadowolił się 10-u zabiegami [1 jednostronny, 9 dwustronnych] na psach i królikach w celu określenia, czy odłuszczenie torebki nerkowej prowadzi do wytworzenia znacznej liczby nowych naczyń, których obecność mogłaby wywrzeć rzeczywisty wpływ na krążenie krwi w nerkach. Operował zwierzęta w odurzeniu morfinowem. Przy pierwszych doświadczeniach przekonał się o trudności odłuszczenia torebki tłuszczowej, więc niezwłocznie zmienił plan zabiegu: obie torebki oddzielał aż do wnętrza nerki, tam obcinał, odprowadzał nerkę na miejsce i zeszywał ranę zewnętrzną; zmienił w ten sposób zasadniczo myśl EDEBOHLS'a. Postępując w ten sposób, otrzymał bardzo luźne i nieliczne zrosty; przysycie nerki do ściany brzusznej i sieci nie dało również pomyślnych wyników. Uciekł się więc do trzeciej odmiany: oddzielił otoczkę nerki z jednej strony do wnętrza, z drugiej zaś do połowy powierzchni, środkowy ich odcinek wyciął, a pozostałe boczne przyszył do mięśni; w ten sposób tylna obnażona powierzchnia nerki ściśle przylega do tylnej ściany jamy brzusznej. Oprócz zwykłych następstw utraty krwi i odurzenia, innych zaburzeń po zabiegu u zwierząt nie zauważył. Dla otrzymania pewnego stanu podrażnienia nerki, niektórym zwierzętom podawał co parę dni po 0,01 — 0,03 dwuchromianu potasu. Czas trwania doświadczenia wahał się od 4-ch do 19-tu tygodni, przeciętnie 8 tygodni. Dla lepszego uwydatnienia preparatów nastrzykiwał do naczyń zabitego zwierzęcia zabarwioną żelatynę, same zaś preparaty barwił hematoksyliną.

Po usunięciu całej torebki znajdował nieliczne zrosty z otoczeniem; większą część powierzchni nerki pokrywała nowa otocзка łącznotkankowa, podobna do włóknistej, która jednak dawała się z trudnością oddzielać od istoty korowej, zatrzymując jej cząstki na sobie. Otocзка ta jest w związku z tkanką łączną międzyzrądkową.

W zrostach było niewiele naczyń włosowatych, chociaż spotykano i większe gałązki.

Po wszyciu torebek nerkowych stwierdzono mocniejszy lub słabszy zrost z otoczeniem na większej przestrzeni. Obraz drobnowidzowy wykazywał liczniejsze połączenia naczyń włosowatych i większych. Bardziej obfite połączenia naczyniowe powstawały na miejscach zmian w mięszu nerki, zależnych zapewne od uszkodzeń podczas operacyi. Stwierdzono, że nastrzyknięta żelatyna przenika z zewnątrz aż do istoty rdzennej.

Na zasadzie powyższych doświadczeń autor przychodzi do wniosku, że odłuszczenie torebki nerkowej u zwierząt wywołuje tworzenie się nowych dróg naczyniowych pomiędzy powierzchnią nerki a jej otoczeniem, które mogą mieć znaczenie dla krążenia krwi w nerkach. Wobec tego należy przypuścić, że przy cierpieniach nerek, w których jest przeważnie upośledzony system naczyniowy, wynik będzie pomyślny. Dopływ krwi do nerki jest wzmożony, odpływ — ułatwiony; na pierwszy z tych czynników EDEBOHLS kładzie największy nacisk. Pewne znaczenie dodatnie może wywierać również usunięcie torebki włóknistej przez zmniejszenie ucisku na nerkę, jak utrzymuje ISRAEL, czemu atoli są przeciwni SENATOR i EDEBOHLS, gdyż przy sprawach przewlekłych nie bywa zbyt dużego napięcia torebki, które cechuje sprawy ostre.



Dalszych wniosków należy spodziewać się od spostrzeżeń na ludziach, u których w określonych przypadkach zabieg należy stosować. Naturalnie nie można spodziewać się pomyślnych rezultatów we wszystkich przypadkach, gdyż są one zależne od zmian zaszłych w nerkach przez czas trwania cierpienia. Możliwe są również nawroty choroby, jak to widać ze spostrzeżeń EDEBOHLS'a.

(*Mith. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 12. Zesz. V. — 1903*).

*Aleksander Kopczyński.*

## 28. Thelemann. O odłuszczeniu torebki nerkowej.

Po szeregu doświadczeń, przeprowadzonych w ostatnich czasach na psach nad odłuszczeniem torebki nerkowej w celu wyjaśnienia przyczyn wyleczeń lub polepszeń przy stosowaniu tego zabiegu na chorej nerce ludzkiej, autor kreśli następujący obraz tworzenia się otoczki nerkowej oraz jej budowy histologicznej.

Na świeżo wyjętej po odłuszczeniu torebki włóknistej nerce można stwierdzić obecność cienkiej powłoki, otaczającej prawie zupełnie narząd, więcej wyraźnej na miejscach łączeń z tkanką przegródek międzyzrazikowych; jest to pozostała najgłębsza warstwa usuniętej torebki. Po czterech dniach po operacji daje się zauważyć lekkie obrzmiewanie komórek pozostałej powłoki bez powiększenia ich liczby; na i pomiędzy warstwami tej powłoki — czerwone ciała krwi, złogi włókniaka, nieliczne leukocyty; w mięszu nerki — obraz przekrwienia. Na szósty dzień na fundamencie resztek torebki i złogów włókniaka tworzy się nowa tkanka, znacznie grubsza od usuniętej, bardzo uboga w naczynia; przy obecności obfitej torebki tłuszczowej widać i jej udział w tem nowotworzeniu. Po 8 - u dniach nie zachodzą dalsze widoczne zmiany, tylko niekiedy komórki na powierzchni otoczki układają się na podobieństwo nabłonkowych; przegrody nerki są wybitnie bogate w komórki; większe ich gromadki są widoczne na otoczce, na miejscach przylegania jej do przegród. Na 10-y dzień nowa tkanka składa się z długich wrzecionowatych komórek, umieszczonych w gęstej sieci tkanki; przegrody mają charakter więcej włóknisty; złogi włókniaka są w mniejszej ilości, widocznym jest wzrost nowej otoczki z torebką tłuszczową. Po 12—14 dniach istnieje na powierzchni nerki pasemkowata powłoka, podobna do dawnej torebki włóknistej, tylko nieco grubsza, miejscami nawet w dwójnasób; przegrody nerki mają wygląd prawidłowy.

Co się tyczy naczyń, to po 14-u dniach w nowej otoczce są tylko naczynia włosowate. Czy później wytwarzają się i grubsze gałązki (*resp.* tętnice), to kwestyę tę należałoby sprawdzić porównawczo z prawidłową nerką zapomocą nastrzykiwań naczyń. Doświadczenia STURSBERGA, jako pozbawione tego porównania, nie mogą mieć rozstrzygającego znaczenia.

W mięszu nerki daje się stwierdzić tylko nieznaczne rozszerzenie kanalików moczowych.

Ucisku istoty korowej [OSMOŁOWSKI] nie zauważono. Na zasadzie przytoczonego szeregu obrazów drobnowidzowych z rozmaitych okresów pooperacyjnych, można wytworzyć sobie ogólny sposób powstawania nowej powłoki nerki. W krótkim czasie po zabiegu zaczyna się tworzyć nowa otoczka nerki z resztek dawnej, przegródek mięszu i torebki tłuszczowej; czy unaczynienie jej jest obfitsze niż dawniej, trudno orzec stanowczo, gdyż dotychczasowe nastrzykiwania naczyń nie doprowadziły do pewnych wyników. Na tkankę samej nerki odłuszczenie jej torebki włóknistej nie wpływa ujemnie.



Jeżeli w 14 dni po zabiegu powstają warunki prawie te same, jakie istniały przed operacją, pozostaje nierozwiązanem, czy może istnieć dodatni wpływ zabiegu na kliniczny przebieg cierpienia nerek; chwilowa poprawa czynności nerek wskutek usunięcia ucisku torebki włóknistej może nie być długotrwałą.

Dotychczasowe wyniki kliniczne nie są bynajmniej decydujące: cięższe przypadki z operowanych przez EDEBOHLS'a zakończyły się śmiercią, lżejsze — polepszeniem lub wyleczeniem. Nie wiadomo, czy te ostatnie nie miałyby podobnego zejścia i bez stosowania ciężkiego zabiegu. Nie należy również zapominać o ujemnym wpływie chloroformu przy cierpieniach nerek.

(*Deut. medic. Wochenschr.* 1904, Nr. 15).      Aleksander Kopczyński.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— W audytorium kliniki chorób nerwowych i umysłowych w Petersburgu umieszczono popiersie marmurowe dra BALIŃSKIEGO, ufundowane kosztem Petersburgskiego Towarzystwa psychiatrycznego. Zmarły w r. 1902 dr BALIŃSKI był założycielem tegoż Towarzystwa i pierwszym profesorem kliniki chorób nerwowych i umysłowych w petersburskiej Akademii wojskowo-lekarskiej.

— Dr JAN RACZYŃSKI mianowany został profesorem chorób wieku dziecięcego we Lwowie.

— Jeden z najwybitniejszych chirurgów amerykańskich, prof. SENN z Chicago, objął kierownictwo szpitali Czerwonego Krzyża w Japonii na czas wojny.

— W Pradze Czeskiej pod redakcją docenta dra HAŠKOVCEA zaczął wychodzić nowy miesięcznik „*Revue v neurogii, psychiatrii, fysikální a diaetické terapii*”.

— Prof. GAUCHER w Paryżu zawiadomił tamtejsze Towarzystwo syfilidologiczne i dermatologiczne, iż badając pod względem anamnestycznym 32 osoby, które przechodziły zapalenie wyrostka robaczkowego (*appendicitis*), przekonał się że 29 z nich było dotkniętych syfilisem [21 oddziedziczonym, a 8 nabytym]; to go naprowadziło na myśl, iż zajęcie tkanki limfoidalnej wyrostka robaczkowego może być następstwem późnego syfilisu, objawem parasyfilitycznym i jak widać z powyższego, częściej przy syfilisie oddziedziczonym niż nabytym.

— Kilku chirurgów francuskich [MONPROFIT, REYNÈS, GUINARD] przedstawili w Towarzystwie chirurgicznym i Akademii lekarskiej paryskiej chore, dotknięte rakiem sutki, nie kwalifikującym się już do operacji, rakiem stwierdzonym drobnowidzowo przez takich badaczy jak np. prof. CORNIL, u których pomyślny nastąpił wynik, zanik raka, po wycięciu jajnika (*castratio*).

---

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumratorów: „Katalog nowych dzieł” E. Wende i S-ka za m. marzec 1904 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 16 Апр. 1904. Друк К. Ковалевского, Warszawa Mazowiecka 8