

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

283. RAYMOND i ARTHAUD. **Poszukiwania doświadczalne nad etiologiją gruźlicy.** *Recherches experimentales sur l'etiologie de la tuberculose (Archives générales de Médecine. Avril 1883).*

Praca powyższa ciekawą jest z tego względu, że podaje sposób prowadzenia hodowli bacyllów w pracowni Pasteura, znacznie różny od metody Kocha, i że wyniki jej oparte na licznych i ściśle przeprowadzonych doświadczeniach, potwierdzają poglądy Kocha.

Autorzy używali jako grunt rozplodowy płynów: rosolu z królika, buljonu Liebiga, ponieważ można wtedy łatwiej i pewniej obezplodnić potrzebne do hodowli naczynia.

Naczynia te (noszące nazwę baloników Pasteura), szklane opatrzone szlifowanymi korkami przemyte kwasem siarczanym i wypłukane wodą, wstawiają się z początku do zwyczajnych suszarek, a później dla sterylizacji na 24 godzin do pieca Wiessnegga, ogrzanego od 150 — 200°. Po upływie tego czasu przystępuje się do wprowadzenia płynu.

Płyn gotuje się w ciągu 2—3 godzin na wolnym ogniu w balonikach (pissotte) z dwiema rurkami, z których jedna jest wyciągnięta włosowato, druga zaś zwyczajnej szerokości, ma doprawioną gumową rurkę i podczas gotowania jest zatkana watą.

Gotowanie należy utrzymywać tak, ażeby para mogła dostatecznie wychodzić przez rurkę włosowatą i szczeliny w wacie. Chcąc napełnić płynem balonik Pasteurowski, wyjmuje się go z pieca i pod-

stawia pod włosowatą rurkę pissoty, uciśkając jednocześnie rurkę kauczukową. Para, nagromadzając się w naczyniu wyciska zeń płyn do balonika; który następnie wstawia się do właściwego wylęgowego pieca o ciepłocie 35—40°. Tak napełnione baloniki pozostają w piecu przez przeciąg najmniej dwóch tygodni. Jeżeli płyn nie zmętnieje, można przystąpić do zapłodnienia przetworami gruźliczemi. Przy takim postępowaniu na 30 naczyń wyrzucić wypada w pierwszych dniach—najwyżej 3 lub 4. (Ref. Kr. Lek. 1882.)

Autorzy zarzucają sposobowi Kocha:

1) że nawet dłuższe gotowanie przy 58° nie daje pewności zupełnego obezplodnienia płynu.

2) że żelatyna zbyt się trudno rozplywa i nie stanowi odpowiedniego materiału dla hodowli.

Powtarzając ściśle hodowle według Kocha, autorzy przekonali się, że czysta żelatyna nie jest nawet w stanie utrzymać przy życiu gruźliczych laseczników, a trzeba dodawać innej jeszcze karmi np.: białka kurzego lub buljonu Liebiga.

Przetwory gruźlicze wprowadzano do baloników, zawierających płyn sterylizowany, w następujący sposób:

Rozmiękczone serowate nacieczenia lub krew z serca świeżo zabitych zwierząt wciągano do rurki włosowato wyciągniętej z jednej strony, a z drugiej, zatkaną watą i wdmuchiowano do balonika. (Rurka ta była również ogrzewaną przez 10—15 godzin, przy 200°, a miejsce, z kąd brano materyje do szczepienia, poprzednio z lekka przyżęgano). Manipulację tę należy wykonywać bardzo szybko i równocześnie tą samą masą zaszczepiać kilka baloników, aby mieć należytą kontrolę,

czy i w tak krótkim czasie nie dostały się jakie zarodki z powietrza.

Badając codziennie postęp hodowli, poświęcając w tym celu jeden lub kilka baloników, można poznać cały przebieg rozwoju danych pasorzytów. Przez pierwsze dziesięć dni nie daje się nic zauważyć. Po upływie tego czasu na dnie naczynia wytwarza się leciuchny osad, stający się wydatniejszym dopiero piętnastego dnia i zwiększający się przez ciąg pierwszego miesiąca.

W pierwszym miesiącu badanie dronowidzowe osadu, wykazuje obecność bardzo cienkich pałeczek, nieco krótszych i znacznie cieńszych od bakterium termo. W końcu miesiąca oprócz tego dają się zauważyć zarodki, które należy stawić w związku z zarodkami widocznymi wzdłuż ciała laseczników. Ilość laseczników zaczyna ustępować tym nowym twórcom. W końcu drugiego miesiąca ilość zarodków również się zmniejsza, a na ich miejsce zjawiają się ziarenka, układające się w grupy po trzy—do dziesięciu (Toussaint). Wszystkie te twory są zupełnie nieruchome i jednakowo zachowują się względem błękitu anilinowego. Autorzy nie uważają tego jednak za objaw cechujący.

Króliki szczepione hodowlami, zawierającymi drugą lub trzecią generację, zdychały wszystkie po upływie dwóch do trzech miesięcy—z objawami szeroko rozwiniętej gruźlicy. Przy szczepieniu dalszych generacji zwierzęta nie zdychały. Pod wpływem gorąca jadowitość hodowli się zmniejsza. Szczepienie hodowli ogrzanych do 100° nie wywoływało żadnych objawów.

Opisane wyżej rozmaite postacie, widziane w różnych fazach rozwoju lasecznika—mogą stanowić przyczynek do wyjaśnienia istniejącego obecnie zamieszania z powodu prac Schullera, Toussainta i Klebsa, którzy, prowadząc hodowle pasorzytów gruźliczych, widzieli inne postacie niż opisywane przez Kocho, a pomimo to

przy szczepieniu otrzymywali gruźlicę.—Autorowie ci nie badali rozwoju laseczników z dnia na dzień, przytem nieużywali do nich jednakowego materiału. Do badania dronowidzowego mogli byli więc użyć hodowli w takiej fazie, kiedy laseczników było bardzo mało, albo wcale, lecz tylko inne wyżej wymienione postacie.

Oprócz tego można przypuścić, że laseczniki gruźlicze, podobnie jak i karbunkułowe, mogą zmieniać się stosownie do materiału w którym były hodowane.—Ztąd może wypływać różnica w postaci pasorzytów z jednej strony—i dodatnie pomimo tego wyniki szczepienia z drugiej.

Najlepiej utrzymywać hodowle przy 37—38°; można i przy 25°, ale pasorzyty rozwijają się wtedy znacznie wolniej.

Zgadza się prawie zupełnie z Kochem, autorowie nie uważają jego poszukiwań za ostatnie słowo w tej kwestyi.—Należało by zbadać czy i ten ustrój może się zmieniać odpowiednio do gruntu, czy jadowitość laseczników zmniejsza się np.: tak, jak laseczników karbunkułowych, jak się wreszcie zmieniają pod wpływem rozmaitych czynników.

W końcu autorowie wyliczają dwie seryje szczepień przetworami gruźliczemi i obojętnemi, wykonane w celu wyrobienia sobie pewnego zdania, co do możliwości wywoływania gruźlicy w tym i drugim razie.

Doświadczenia te nie są zbyt liczne, główny nacisk kładziony w nich na dokładność wykonania z zachowaniem wszelkich środków ostrożności.

Twory gruźlicze rozcierano z wodą destylowaną, filtrowano i otrzymaną ciecz zastrzykiwano szprycą Prawaza. Wyniki były zawsze dodatnie, przy tem zauważono, że im więcej zastrzyknięto, tem sprawa gruźlicza rozwijała się szybciej.

Jako ciała obojętne niegruźlicze służyły: ropa karbunkułowa (2), osad sinku anilinowego (2), pieprz rozproszony

wodą (4), nerka z świeżo zabitego zdrowego zwierzęcia (2). W tych dziesięciu doświadczeniach, *ani razu* nie znaleziono zmian gruzliczych.

Wszystkie zwierzęta znajdowały się w jak najlepszych warunkach, tak co do powietrza, pomieszczenia, jak i żywności.

O. Hewelke.

II. Anatomija Patologiczna.

284. HAUSER. **Przewlekły wrzód żołądka, tworzenie się blizny i jego związek z rozwojem raka.** *Das chronische Magengeschwür. Sein Vernarbungsprocess und dessen Beziehungen zur Entwicklung des Magencarcinom (Str. 78. Tablic litograf. 7. Lipsk 1883. Cena 8 mrk.)*

W niniejszj nadzwyczaj sumiennj i wielkiego znaczenia pracy, autor zajmuje się trzema kwestyjami, mianowicie:

1) stosunkiem zawału krwawego (infarctus haemorrhagicus), do przewlekłego wrzodu żołądka.

2) sposobem zabiźniania siętego ostatniego i 3) związkiem pomiędzy wrzodem i rakiem żołądka.

Poszukiwania swoje autor czynił w pracowni anatomo-patologicznj w Erlangen.

Ponieważ po śmierci błona śluzowa żołądka nadzwyczaj prędko się zmienia, H. wycinał żołądki natychmiast po stanowczem skonstatowaniu śmierci; albo tż za pomocą zgłębnika zaraz po śmierci żołądek przepłukiwał i wlewał doń wysokoku w celu jak najlepszego zachowania błony śluzowj.

Pierwsza część pracy autora stanowi osobną całość, druga zaś część i trzecia są z sobą w ścisłym związku. Z powodu ważności przedmiotu streścimy każdą oddzielnie.

1) *Zawał krwawy i przewlekły wrzód żołądka.* Zawały krwawe błony śluzowj żołądka, rzadko się u trupów napotykJą, gdyż bardzo prędko po ich powstaniu od-

powiednia część błony śluzowj zupełnie obumiera, a sok żołądkowy niszczy, strawia całe to miejsce. Autorowi jednak udało się widzieć tego rodzaju zawał krwawy, w stanie prawie niezmienionym, w pierwszym, jeśli tak można wyrazić, okresie.

Część jednak tego zawału uległa już sprawie niszczącj, druga część była zachowaną i posłużyła do badań. W niej H. znalazł bardzo ważne zmiany w tętniczkach, idących po bokach gruczołów żołądkowych, prostopadle do swobodnjej powierzchni błony śluzowj. Wszystkie tętniczki w těj okolicy były miażdżycowo zwyrodnione, a w pewnjej z nich okazał się dość duży skrzep (thrombus). Mając na względzie ten przypadek i opierając się na doświadczeniach Cohnheim'a, autor sądzi, iż zawsze okrągłe wrzody żołądka rozwijają się skutkiem zaburzeń w krwobiegu, resp.—skutkiem zawału powstałego z powodu tych zaburzeń.

Bezpośredni następstwem zawału jest miejscowe obumieranie błony śluzowj, a sok żołądkowy przyspiesza jěj rozpad. Według H. najczęstszą przyczyną powstawania zawału w żołądku, jest pęknięcie miażdżycowo zwyrodniałych tętniczek.

Tak właśnie się stało w przypadku badanym przez autora: skrzep w tym razie powstał nie pierwotnie, lecz, jak to można się było przekonać, w następstwie pęknięcia naczynia i krwotoku.

Za powstawaniem zawału resp.—przewlekłego wrzodu żołądka w skutek zmian w ścianach tętniczek, przemawiają tż dawniejsze obserwacyje Merhel'a i Towell'a, którzy przy wrzodzie okrągłym znajdowali miażdżycę, lub stłuszczenie naczyń żołądkowych.

Ogólna statystyka wykazuje, że u trupów, u których znajdują się przewlekłe wrzody żołądka, często spostrzegać się daje miażdżycę dużych tętnic. Wielka szkoda, iż w tych razach nie były szczerzej badane tętniczki żołądka.

Ze przewlekłe wrzody żołądka najczęściej przytrafiają się po 40 roku życia, t. j. w wieku, w którym też najczęściej i miażdżyca występuje, przemawia to również za poglądem autora.

Najważniejsze dwie cechy okrągłych wrzodów żołądka mianowicie: przewlekłość i trudne gojenie się, zależą także zapewne od miażdżycowego zwyrodnienia naczyń. Wiadomo, iż mechaniczne obrażenia błony śluzowej żołądka, posiadającego zdrowe naczynia zablizniają się bardzo prędko i wiadomo również, że każdy wrzód na skórze, której naczynia uległy zwyrodnieniu miażdżycowemu, staje się przewlekłym (chronicznym).

H. sądzi, iż w wielu przypadkach wrzodów żołądka wykrytoby miażdżycę naczyń, jeżeliby dokładniej pod tym względem żołądek badano. Zresztą ujemny wynik badania nie przemawia przeciwko istnieniu miażdżycy, gdyż uległe zwyrodnieniu naczynia, które były przyczyną wrzodu zostają zniszczone, „podczas sprawy destrukcyjnej i odpadają razem ze strupem. Nawet w sąsiedztwie naczynia mogą przedstawiać się zupełnie zdrowymi, gdyż owrządzenie rozprzestrzenia się na całą przestrzeń miażdżycową, draży ono dopóty, dopóki nie napotka naczyń zupełnie zdrowych.

Nie podobna jednak przypuścić, aby w ten sposób powstały wrzody okrągłe u młodych ludzi. Być może, iż w tym wieku zmianą naczyń, będącą przyczyną wrzodów okrągłych żołądka, jest zwyrodnienie mączkowate, jak tego dowodzi przypadek Merkeła i Zemanna.

Ale trudno przypuścić, żeby wszystkie wrzody żołądka u osób młodych, zależały od zwyrodnienia mączkowego. Muszą tutaj grać rolę inne jeszcze jakieś zmiany. Jakie to mianowicie są zmiany? Na pytanie to obecnie odpowiedzieć nie można.

Autor nie zgadza się z poglądem niektórych badaczy, że zastój w żyłce wrotnej, może wywołać przewlekły wrzód żo-

łądka. Co najwyżej zaburzenie to może utrudniać gojenie się już istniejącego wrzodu.

Wiadomo, iż przy marskości wątroby, lub przy zakrzepie żyły wrotnej! wyjątkowo tylko napotyka się wrzody w żołądku.

Prawda, iż zastój w żyłce wrotnej może spowodować pęknięcie naczyń włosowatych, powierzchowny zawał krwawy, ale owrządzenie w tem miejscu powstałe będzie raczej płytkim nadżarciem, niż głębokim i dużym wrzodem.

Przewlekły więc wrzód żołądka powstaje tylko w tych razach, w których naczynia krwionośne błony śluzowej są zmienione. Okoliczność ta tłumaczy nam dlaczego doświadczalnie niepotrafiono otrzymać prawdziwego przewlekłego wrzodu żołądka.

Nawet zatór (embolia) tętniczki z następczym zawałem krwawym, nie może u człowieka wywołać „przewlekłego” wrzodu żołądka, jeżeli ścianki naczyń żołądkowych są zdrowe.

Po obumarciu części w której się krew rozlała, naokoło powstaje zapalenie i nacieczenie drobnokomórkowe w rodzaju linii demarkacyjnej. Jeżeli zawał miał miejsce w błonie śluzowej, to dno wrzodu będzie stanowić błona podśluzowa; jeżeli wylew krwi nastąpił w tę ostatnią, to dnem wrzodu będzie błona mięśniowa.

Ponieważ w miejscu zawału krążenie krwi natychmiastowo ustaje, przeto nic nie przeszkadza sokowi żołądkowemu wywierać swe żrące działania. Siła tego ostatniego zostaje ograniczoną, przez znaczniejszy przyływ krwi i nacieczenie drobnokomórkowe (oddziaływające alkalicznie). Im to ostatnie będzie większe, tem prędzej nastąpi ograniczenie sprawy wrzodziejącej; tem prędzej wrzód się zablizni. Im zaś ono będzie mniejsze lub żadne, tem głębiej i tem dalej wrzód się rozprzestrzeni. Natężenie zaś tego odczynowego zapalenia przede wszystkim zależy od

większego lub mniejszego zajęcia sąsiednich naczyń sprawą chorobową (miażdżyca).

Budowa brzegu przewlekłego wrzodu żołądka, jest dość charakterystyczną.

Najpierw błona śluzowa jest mniej więcej zgrubiała; pod nią leży nadwzyczaj zgrubiała tkanka łączna podśluzowa, a na granicy pomiędzy brzegiem i dnem znajduje się błona mięśniowa, która zagina się ku górze tak, że jej dolna powierzchnia stanowi wewnętrzną granicę skośnie ściętego brzegu.

Duże przewlekłe wrzody żołądka tworzą się w trojaki sposób: albo pierwotny mały wrzód rozprzestrzenia się aż do miejsca w którym się kończą zmienione naczynia, zajmujące dość znaczną przestrzeń; albo pierwotnie tworzy się kilka małych zawałów resp., wrzodów, które się w następstwie zlewają; albo też powstaje odrazu duży zawał wskutek pęknięcia małych tętniaków znajdujących się w ścianie żołądka.

Rozdział niniejszy autor kończy następującymi wnioskami:

1) *Zawał krwawy*, będący powodem wrzodu żołądka, powstaje w skutek zatoru samoistnego, zakrzepu, lub pęknięcia jednej z tętniczek, idących prostopadle w kierunku gruczołów od błony podśluzowej do swobodnej powierzchni błony śluzowej.

2) *Przewlekłe wrzody* powstają wówczas kiedy zawał zależy od zaburzeń cyrkulacyjnych w tętnicze, powstających w skutek istniejących już w niej poprzednio zmian chorobowych (miażdżyca, stłuszczenie i t. p.), albo kiedy zator wytworzy się w chorągwie poprzednio tętnicze.

3) Wielkość wrzodu zależy z początku od wielkości zawału, a w dalszym przebiegu od wielkości przestrzeni zajętej przez zwyrodnione naczynia.

II. *Sprawa zablizniania się przewlekłego wrzodu żołądka*. Materiałem służącym do zablizniania przewlekłego wrzodu żołądka jest nacieczenie komórkowe brze-

gów i dna wrzodu, z których to komórek wytwarza się młoda tkanka łączna. Ta ostatnia zbliża, kurcząc się, brzegi wrzodu, skutkiem czego powstaje promienistogwiazdzista blizna. Przy tej sprawie, w promieniu około 1 ctm. od brzegów, błony żołądka zrastają się z sobą; przybliżając się do środka blizny, tkanka łączna podśluzowa coraz bardziej cienieje, tak że w bliskości środka warstwa mięsna błony śluzowej (*muscularis mucosae*) okazuje się zrosnięta z błoną mięśniową, (*tunica muscularis*).

Gruczoły żołądkowe w bliskości blizny, nie dochodząc nawet do tego miejsca w którym błony żołądka są zrosniętymi przedstawiają bardzo ważne zmiany. Są wykrzywione, mają przebieg falisty i przedstawiają liczne rozgałęzienia i wypustki.

Niektóre gruczoły przebijają nawet warstwę mięsna błony śluzowej i w niej w najrozmaitszych kierunkach się rozgałęziają. Im bliżej blizny tem przebieg gruczołów jest bardziej powikłany, tem więcej posiadają one rozgałęzień i wypustek. Niektóre z tych ostatnich przedstawiają się jako próżne torbiele (*cysty*).— W tak zmienionych gruczołach, komórki je wyściełające ulegają też ważnym zmianom, Zwykłych komórek pepsynowych nigdzie nie widać, natomiast spostrzegać się dają komórki nabłonkowe słupkowe, posiadające rozmaitą wysokość. Cienkie i wysokie komórki słupkowe (*cyldryczne*), szczególnie widać w otworach gruczołów tuż przy bliznie się znajdujących, jako też w dużych i szerokich wypustkach.

Komórki te posiadają owalne jądra, które się barwią za pomocą karminu na ciemnoczerwono.

Im komórki słupkowe są niższe tem ich jądra jaśniej się barwią.

Niektóre z wspomnianych torbieli są bardzo duże, jedna z nich w preparacie autora miała 6 mm. w średnicy większej, a 1—2 mm. w średnicy mniejszej.—

Są one również wysłane nabłonkiem słupkowym.

Ilość otworów gruczołowych w miejscu odpowiadającym bliznie jest daleko mniejszą, niż w innych miejscowościach błony śluzowej.

Liczne więc rozgałęzienia i wypustki, pochodzą z nieznacznej ilości gruczołów.

Powyżej opisany rozrost i rozgałęzienie gruczołów, można spostrzegać nietylko po zabliznieniu się wrzodu; brzegi bardzo dużych niezabliznionych jeszcze wrzodów, również te zmiany przedstawiają.

W jaki sposób i dla czego powstaje ten rozrost i rozgałęzienie gruczołów? Że to jest rzeczywiście rozrost już istniejących gruczołów, a nie tworzenie się nowych, o tem najlepiej nas przekonywa ta okoliczność, że w miejscu błony śluzowej, odpowiadającym bliznie jest daleko mniej otworów gruczołowych, niż na takiej samej przestrzeni zdrowej błony śluzowej.

Rozrost gruczołów w danym razie zależy bezwątpienia od bujania nabłonka, który wrasta i rozgałęzia się w częściach okolicznych.

Warunków sprzyjających tej sprawie jest tutaj bardzo dużo. Z jednej bowiem strony z powodu odczynowego zapalenia przyływ materiału odżywczego jest powiększony, a z drugiej w skutek rozpulchnienia części okolicznych, wrastanie i dalsze bujanie nabłonka jest bardzo ułatwione.

Torbiele napotykanne w tychże samych preparatach są dowodem, że komórki nabłonkowe nie tylko wrastają w części okoliczne, lecz z powodu gwałtownego bujania złączają się, tworząc masę wypełniającą te torbiele.

H. zwraca w końcu uwagę na to, że podobną do opisaną sprawę, obserwował Friedländer, na powierzchniach ziarninowych i w skórze (gruczoły potowe) przy trądzie.

III) *Związek pomiędzy przewlekłym wrzodem, jego zabliznianiem się i rozwojem*

raka żołądka. Klinicznie tego rodzaju związek powszechnie bywa przyjmowanym, dowodów anatomicznych dotychczas niebyło.

Napotyka się mianowicie dość często choroby, którzy przez lat wiele przedstawiając objawy wrzodu, umierają na raka żołądka. Ponieważ przebieg raka trwa nie dłużej jak 1½ roku, przeto klinicyści utrzymują, że w tego rodzaju przypadkach rak powstaje z przewlekłego wrzodu żołądka.

Pod względem anatomicznym to tylko spostrzeżono, że niekiedy raki żołądka są nadzwyczaj podobne do dużych wrzodów, i że one zarówno jak te ostatnie głównie się umiejscowiają na tylnej ścianie żołądka w bliskości odźwiernika.

Według autora, już na zasadzie powyżej opisanego bujania nabłonka we wrzodach zabliznionych, lub w brzegach dużych wrzodów jeszcze niezabliznionych, należałoby uznać za możliwe, że albo w skutek szczególnych okoliczności (np. starości), tak się zmniejsza oporność sąsiednich tkanek, albo blizna ulega takiemu rozpulchnieniu, iż nabłonek coraz bardziej może się w nie wdrażać. Taki przypadek szczególnie wydarzyć się może przy dużych wrzodach, których dno jest przyrośnięte do organu gruczołowego (np. trzustka), gdyż w podobnych okolicznościach zabliznienie z trudnością następuje.

Rzeczywiście tego rodzaju przypadek autor obserwował u zmarłego na raka żołądka.

Sekcja trupa wykazała: guzy rakowate w wątrobie, także guzy w nerkach, znaczne powiększenie gruczołów kiszkiowych i twarde obrzmienie na tylnej ścianie żołądka.

Stwardnieniu temu odpowiadał na błonie śluzowej duży wrzód, którego brzegi były zupełnie w ten sam sposób utworzone jak brzegi „przewlekłego” wrzodu żołądka. Uderzająco też była podobną budowa błony śluzowej wcho-

dzącej w skład brzegów. Widzieć w niej można było liczne przestrzenie wysłane nabłonkiem słupkowym — i zawierające resztki komórek i masę rozpadową.

Inne tego rodzaju przestrzenie okazały się w zupełności wypełnione komórkami, które w skutek wzajemnego ucisku przyjęły rozmaite kształty: słupkowe, owalne, stożkowe i t. d.

Na wielu skrawkach można się było przekonać, że te przestrzenie łączą się z gruczołami, że nie są czem innym jak tylko wypustkami tych ostatnich. — Gruczoły w ogóle przedstawiały się wydłużonymi, rozszerzonymi, pogiętymi, — z licznymi rozgałęzieniami. Nabłonek ich składał się z jednej lub z kilku warstw komórek słupkowych. Nie wszystkie jednak komórki miały postać słupkową, niektóre były stożkowe, inne wielokątne, inne okrągławe, w wielu miejscach widać było jak pomiędzy komórki słupkowe wciskały się cienkie stożkowe.

Niektóre z komórek przedstawiały dwa jądra. Liczne rozgałęzienia gruczołów po przebicciu warstwy mięśniowej błony śluzowej rozprzestrzeniały się w tkance łącznej podśluzowej gdzie tworzyły przestrzenie o których powyżej mówiliśmy.

Z niektórych takich przestrzeni komórki nawet powychodziły i infiltrowały tkankę okoliczną.

W sąsiedztwie wielu uległych rozrostowi gruczołów widać nacieczenie drobnokomórkowe, które uważać należy za objaw zapalny (w znaczeniu przyjętem przez Waldyer'a). Te ściśle ograniczone, puste twory wysłane nabłonkiem słupkowym, znajdują się nietylko w tkance łącznej podśluzowej, ale widać je również pomiędzy pęczkami błony mięśniowej, a nawet w tkance podsurowiczjej. Inne rozgałęzienia gruczołów nie są tak grube, są daleko cieńsze, mają postać rurkowatą, rozchodzą się w rozmaitych kierunkach pomiędzy pęczkami włókien mięśniowych i w tkance łącznej, są one wysłane nabło-

nkiem słupkowym, a światło ich w niektórych miejscach jest wypełnione obumarłemi komórkami i masą rozpadową. W niektórych miejscach tkanki podśluzowej widać nacieczenia komórkami nabłonkowemi, ułożonemi w grupy okrągławe lub owalne.

Te nacieczenia widocznie powstały w skutek pęknięcia właściwej błony gruczołów do czego się przyczyniło zbyt silne i zbyt prędkie bujanie nabłonka.

Wiele z tych komórek utraciło swoją postać słupkową. Nakoniec można było widzieć w skrawkach twory nabłonkowe rozmaitej postaci, które utraciły typ gruczołowy i niczem się nie różniły od pierwiastków rakowych zwykłego raka żołądka.

Czy te twory powstały również w skutek bujania nabłonka w gruczołkach i zupełnego zatkania tych ostatnich przez komórki nabłonkowe, czy też rozwinęły się one z tych komórek, które swobodnie się rozmnażają w przestrzeniach limfatycznych? — tego autor rozstrzygnąć nie może.

Badając dno wrzodu autor znalazł w nim również wszystkie powyżej opisane twory, które niczem innym nie są jak tworami rakowatemi. Nie w całym jednak dnie — twory te się znajdowały.

Były miejsca nieco dalej od brzegu leżące, które tworów rakowatych nie zawierały.

Badanie guzów wątroby wykazało ich rakowatą przyrodę i potwierdziło właściwe rozpoznanie raka żołądka.

Że w tym razie rak żołądka rozwinął się nie samoistnie, a wtórnie wskutek wrzodu przewlekłego, t. j.: w skutek bujania nabłonka gruczołów żołądkowych, o tem przekonywają nas następujące dane:

Najpierw, co się tyczy brzegów wrzodu, to one przy raku pierwotnym nigdy nie przedstawiają tak wyraźnie odgraniczonej błony mięśniowej, podnoszącej się ku górze, (t. j.: ku powierzchni owrzodze-

nia) i stanowiącej granicę pomiędzy brzegami a powierzchnią owrzodziła. Zwykle rak żołądka przenika w jednakowej mierze wszystkie tkanki, zamieniając je na jednorodną zbitą masę; ponieważ taki rak ulega owrzodzeniu we środku, a jednocześnie naciek rakowaty w miarę owrzadzania rozprzestrzenia się na sąsiednie zdrowe części tkanek, przeto nic dziwnego, że brzegi zwykłego rakowego owrzodzenia, przedstawiają jedną zbitą tkankę, bez odgraniczenia warstw pierwotnie ją składających. Drugą okolicznością, która przemawia za powstawaniem raka z przewlekłego wrzodu, w przypadku autora, jest to, iż w dnie wrzodu są miejsca zupełnie wolne od tworów rakowych, miejsca leżące tuż obok brzegów rakowo zwyrodniałych, lub sąsiednich części dna zawierających w obfitości twory rakowate.

Takięj budowy nie mogłoby posiadać dno wrzodu, powstałego z rozpadu pierwotnego raka.

Nastęrcza się teraz pytanie: czy rak przyłączył się do wrzodu niezależnie od tegoż, czy też wrzód był przyczyną powstania raka.

Jedynie tylko ostatnie przypuszczenie może być prawdziwe. Dla czegoż bowiem rak miałby koniecznie obrać za swe siedlisko to miejsce w którym wrzód istniał? Dla czego nacieczenie rakowe miałyby zająć cały brzeg wrzodu na przestrzeni wszędzie jednakowej, mianowicie wynoszącej około 2 ctm? Dla czegoż nacieczenie miałyby pozostawić wolne miejsca w dnie, skoro zajęło brzeg cały? Rozważwszy te pytania i zwróciwszy nadto uwagę na tę okoliczność, że każdy przewlekły wrzód jest przyczyną powstawania podobnych rozrostów i rozgałęzień gruczolowych, jak to miało miejsce w tym przypadku raka, że tutaj ten rozrost i rozgałęzienia przyjęły większe tylko rozmiary, musimy się zgodzić na to, że w tym razie bezpośrednią przyczyną raka był przewlekły wrzód żołądka. Przypuścić bowiem można, iż pod wpływem sprzyja-

jących okoliczności, bujanie komórek nabłonkowych nadmiernie się zwiększyło, a oporność tkanek się zmniejszyła, skutkiem czego wrastanie w te tkanki coraz to liczniejszych rozgałęzień gruczolowych było bardzo ułatwione. Toż samo może mieć miejsce już po utworzeniu się blizny, która z powodu jakichś okoliczności może uleść rozpulchnieniu, a komórki nabłonkowe mając obfitszy dowóz materyjału odżywczego, i napotykając mniejszą odporność, mogą się coraz więcej rozmnażać, rozgałęzienia zaś gruczolowe mogą coraz dalej wdrażać w tkanki okoliczne.

W końcu pracy autor zwraca uwagę, że podobny rozrost i rozgałęzienie się gruczolów żołądkowych ma też miejsce w błonie śluzowej, graniczącej z pierwotnym rakiem i mięśniakiem żołądka, o czym autor sam miał sposobność się przekonać i o czym poprzednio pisali Waldeyer i Perwerseff.

M. Rejchman.

III. Choroby nerwowe.

285. G. HAYEM i C. GIRANDEAU. — **Przyczynę do badań nad cierpieniami rdzenia przedłużonego, wynikającymi z przewlekłego zapalenia opon mózgowych.** *Contribution à l'étude des lésions du bulbe consécutives à la méningite chronique.* (*Revue de médecine* Nr. 3—1883).

Zapalenie przewlekłe opon mózgowych występuje pod różnorodnymi postaciami, które wszelako do trzech typów głównych odnieść się dadzą. Już-to łączy się z przewlekłym zapaleniem rozlanym mózgowia, wywołując zaburzenia ruchu, czucia i inteligencji, i stanowi wówczas jedną z postaci anatomicznych ogólnego porażenia postępowego. Już też bywa następstwem ostrego zapalenia opon, cierpienia kości czaszkowych, nowotworów mózgowych i t. p.; wówczas wikłać może objawy od tych cierpień zależne i utrudnić rozpoznanie.

W innych nareszcie razach sprawa chorobowa od początku już ma charakter przewlekły, jako taka przeważnie napotykaną bywa u pijaków, u dotkniętych przymiotem lub gruźlicą; najczęściej za życia chorego nie zdradza żadnym objawem swęj obecności lub téż sprowadza niewyraźne tylko objawy, jako to: ból i zawroty głowy, stępienie władz umysłowych, utraty przytomności i t. p.

Objawy te pozwalają zaledwie domyśleć się jakiego rodzaju cierpienia je wywołały. W innych wszelako wypadkach występują bezwłady w obrębie jednego z nerwów czaszkowych lub kilku i to stanowią już bardzo ważną wskazówkę dla rozpoznania cierpienia.

Bezwłady tu występujące są następstwem ucisku wywieranego na nerw przez wysięk opon mózgowych. Jeżeli ucisk przez czas krótszy tylko trwa, wówczas przemija i bezwład, gdy natomiast wysięk nie ulega wessaniu, nerw na ciągły ucisk narażany ulega zanikowi, a bezwład staje się niewyleczalny.

Zmiany zachodzące w budowie pni nerwowych, ulegających stałemu uciskowi, oraz w budowie mięśni od nich zależnych, dostatecznie w ostatnich czasach były rozpatrywane; inaczéj jednak rzecz się ma z badaniem rdzenia przedłużonego w tych razach.

Spostrzeżenia w tym kierunku odnoszą się prawie wyłącznie do patologii doświadczałnej, przeto H. i G. przypisują swym dwóm spostrzeżeniom klinicznym dużą doniosłość.

Spostrz. I. *Pachymeningitis ossea.—Hemiatrophia bulbaris.* Ucisk nerwu twarzowego i okoruchowego—zewnątrznego lewego.

Zanik tych nerwów i ich jąder ośrodkowych.

Kobieta 26 lat wieku mająca przybyła do szpitala z powodu ostrego zapalenia błony otrzewnej, przedstawia *bezwład zupełny lewej połowy twarzy*; spoidło warg po tejże stronie obwisłe, język lekko zba-

cza ku stronie lewej, języczek (uvula) ku prawej; bruzda nosowargowa, oraz fałdy skóry czoła są zatarte; oko lewe zupełnie domykalne (porażenia twarzy wywołane cierpieniem ośrodków bywają zwykle tylko częściowe), policzek lewy, obwisły, unosi się przy każdym ruchu oddechowym.

Upadek sił choréj niedozwala na zbadanie stanu zmysłów smaku i słuchu.

Oprócz połowicznego bezwładu twarzy znachodzi się bezwład nerwu okoruchowego zewnątrznego, wywołujący wydatne bardzo zézowanie ku wewnątrz.

Ruchy kończyn i czucie skórne prawidłowe.

Bezwłady wymienione miały istnieć od dzieciństwa — bliższe szczegóły nieznanne.

Śmierć nastąpiła w 48 godzin po przybyciu do szpitala.

Badanie pośmiertne. Niezależnie od rozległych zmian błony otrzewnej i zmian macicy, stwierdzono:

Kości czaszki grube posiadają niezwykłą odporność.

Istota gąbczasta (diploë) prawie zupełnie zanikła, tak, że blaszki kostne: zewnątrzna i wewnątrzna w wielu miejscach się zlewają. Zewnątrzna powierzchnia opony twardej ściśle z kośćmi zrosła; na całej powierzchni zewnątrznęj pokład kostny $\frac{1}{2}$ mm. gruby, cieniejący w kierunku ku podstawie, pozostaje jednak jeszcze widoczny w okolicy kości nadoczodołowych i skalistych, ginie zaś w zagłębieniach mózdkowych i przedłużeniach błony twardej. Pokład kostny ma postać giętkich blaszek, pod nim opona twarda, wydaje się prawidłową.

Preparaty drobnowidzowe, poddawane działaniu kwasu pikrynowego celem usunięcia soli wapiennych, wykazały, że pokład ten składa się z istoty bezkształtnéj, zawierającéj liczne komórki gwiałowate rozmieszczone w warstwach poziomych, prócz tego znaleziono liczne przestrzenie wolne nieregularne, prawdopodobnie u-

przednio, przed działaniem kwasu pikrynowego, solami wapiennymi wypełnione. Są to według VIRCHOWA cechy właściwe nowo wytworzonej tkanki kostnej.

Błona pajęczna i naczyniowa, nie przedstawia prócz silnego nastrożnienia naczyń, żadnych nieprawidłowości; łatwo odłączyć się dając od istoty mózgowia.

Mózgowie przedstawia spoistość i barwę prawidłową; komórki zawierają dosyć znaczną ilość płynu mózgo-rdzeniowego. Błona komór mózgowych (*ependyma*) przedstawia nierówności podobne do opisywanych przy przewlekłym alkoholizmie.

Nerwy 6-jej i 7-jej pary po stronie lewej, mają objętość o połowę mniejszą niżeli symetryczne nerwy prawej strony; korzenie ich są w stanie daleko posuniętego zaniku; śledząc za ich przebiegiem stwierdzić można przy zagięciu opony i przejściu jej wraz [z nerwem twarzowym do dziury słuchowej wewnętrznej, blaszkę kostną podobną do opisanych powyżej.—Blaszka ta uciskająca nerw na całym obwodzie, stała się przyczyną jego zaniku. W przebiegu przez kość skalistą, nerw również przedstawia zanik; przestrzeń pomiędzy jego obwodem, a ścianami kostnymi wypełniona jest tkanką tłuszczową, nerw na tej przestrzeni nie podlega uciskowi.

Przy wyjściu z dziury rylco-sutkowej, objętość nerwu wynosi zaledwie połowę objętości nerwu prawej strony.

Nerw okoruchowy zewnętrzny lewy, przy wejściu do zatoki jamistej (*sinus cavernosus*), również jest otoczony blaszką kostną.

Mięśnie dolnej wargi lewej, oraz mięsień prosty zewnętrzny oka—lewy, jedyne mięśnie w przypadku tym badane, przedstawiały zanik. Preparaty drobnowidzowe przedstawiają liczne komórki tłuszczowe, przeplatane [pęczkami tkanki łącznej, zajmującej miejsce włókien mięsnych, znachodzących się tu w małej tylko ilości.

Opony rdzeniowe, nerwy rdzeniowe i

rdzeń kręgowy są w stanie prawidłowym.

Most Varola i rdzeń przedłużony zbadane w stanie świeżym, przedstawiały lekki zanik, dotyczący połowy lewej, po stwardnieniu w dwuchromianie amonu, różnica dwóch połów narządów tych, stała się wydatniejszą. Cięcia przeprowadzone przez trzecią część dolną mostu okazało, że zmniejszenie objętości zależało od zaniku włókien, stanowiących początek nerwu okoruchowego zewnętrznego i twarzowego lewego. Zanik ten bardziej na nerwie pary szóstej, aniżeli siódmej był uwydatniony.

Cięcia przeprowadzone przez inne okolicy okazały prawidłową ich budowę.

Drobnowidz, przy słabem powiększeniu, stwierdzał że komórki jąder ośrodkowych nerwów cierpiących, prawie zupełnie znikły; te zaś, które jeszcze dostrzedz się dawały, były małe, zanikłe, zniekształcone, gubiące się w pośród tkanki łącznej.

W przypadku opisanym, oprócz ważnej doniosłości zmian wykazanych w rdzeniu przedłużonym, na bliższą uwagę zasługuje także owa warstwa kostna, wyściełająca powierzchnię zewnętrzną opony twardej.

Wytwory kostne opon mózgowych, a w szczególności opony twardej, często bywają napotykanne u obłąkanych, najczęściej umiejscowione przy sierpie mózgu lub w sąsiedztwie zatoki podłużnej górnej, wyjątkowo zaś tylko zajmują tak rozległą przestrzeń, jak w niniejszym przypadku. Należy tu także wspomnieć o podobnym przypadku ogłoszonym przez Velpeau (*Dictionnaire en trente volumes, art. ossification*): Przy badaniu pośmiertnym mózgu kobiety, znaleziono skorupę kostną chropawą i wzgórkowatą pokrywającą całą powierzchnię zrazów przednich mózgu. Kostnym wytworom tym dają początek sprawy zapalne (*pachymeningitis ossea*) i należy odróżniać je od narośli kostnych rozwijających się kosztem blaszki wewnętrznej.

trznój kości czaszkowych. Według zdania wszystkich autorów, kostnienia opony twardej biorą początek bądź to w grubości tej błony, jeżeli chodzi o sierp mózgu, bądź też w jej powierzchni *wewnętrznej*, jeżeli zajmują części pokrywające zrazy mózgowy (Rayer, Cruveilhier, Rokitsansky, Virchow etc.). W monografii JEANNERETA (Thèse de Strasbourg 1868), pośród zebranych spostrzeżeń, nie ma ani jednego gdzieby warstwa kostna wytwarzać się miała od strony kości czaszki.

Zdaje się przeto, że pachymeningitis interna, stanowi postać zwykłą, podczas gdy pachymeningitis externa, której przykładem jest niniejszy przypadek, wyjątek tylko stanowi.

Spostrz. II. *Przewlekłe zapalenie opon mózgowych skutkiem alkoholizmu. Hemiatrophia bulbaris.* Zanik nerwu podjęzykowego prawego spowodowany uciskiem. Zanik jądra ośrodkowego tegoż nerwu. *Hemiatrophia lingualis.*

Mężczyzna lat 46—przybył do szpitala z objawami silnego zapalenia otrzewnej, zmarł we 4 dni po przybyciu.

Zanik prawej połowy języka, błona śluzowa po tej stronie sfaldowna.

Połowa prawa przywarta do dna jamy ustnej, jedynie tylko boczne ruchy języka i to nieznaczne, są możliwe; koniec mocno ku stronie chorój skierowany.

Smak zachowany zarówno na prawej jak i lewej połowie. Stan mięśni po obu stronach twarzy prawidłowy, podobnie mięśni nad i pod gnykowych, oraz mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego.

Szczegóły odnoszące się do początku choroby nie wiadome.

Chory od dawna oddawał się pijaństwu.

Badanie pośmiertne: Rak dwunastnicy, przedziurawienie kiszki.

Czaszka znacznie więcej rozwinięta w swjej części tylnej jak przedniej, kości nie zbyt grube, opona twarda przedstawia na swjej wewnętrznej powierzchni warstwy błoniaste, mocno unaczynione,

jéj powierzchnia zewnętrzna prawidłowa.

Błona pajęczka i naczyniowa zmętniałe, trudno odłuszczyć się dające, przedstawiały w okolicy wypukłości mózgu zgrubienia znaczne (w niektórych miejscach około 2-ch mm.). W kierunku ku podstawie, zgrubienia te malały, na wysokości mostu i rdzenia przedłużonego wszelako znowu się pojawiały. Błony nie dają się łatwo rozrywać.

Badanie drobnowidzowe wykazało pęczki tkanki łącznej rozłożone w kilku warstwach w pośród nich ciałka białe.

Zrazy przednie mózgu, słabo rozwinięte, natomiast tylne bardzo znacznie.—Rdzeń przedłużony otoczony pochwą włóknistą, rozprzestrzeniającą się na nerw podjęzykowy prawy i towarzyszącą mu do dziury kłykciowej. Nerw ten przedstawiał wzdłuż całego swego przebiegu objętość trzy razy mniejszą, aniżeli nerw strony lewej, był bardzo odporny, barwy lśniaco białej. Inne nerwy czaszkowe porównywane parami, po obu stronach przedstawiały objętość jednakową. Mięśnie języka strony chorój przedstawiały barwę blado-żółtą, objętość ich znacznie zmniejszona.

Między dwiema połowami języka, istniało tak wydatne odgraniczenie, że skrawek dronowidzowy, wzięty z pośrodku, przedstawiał po jednej stronie prawidłową tkaninę mięśniową, podczas gdy po drugiej stronie znachodziła się tylko gromadka komórek tłuszczowych, w pośród niej—włókna tkanki łącznej, a tylko gdzieś niegdzie włókna mięsne. Zmiany te same stwierdzić się dawały w całej połowie języka, zarówno u podstawy jak u wierzchołka. Błona śluzowa, jak również mięśnie warg, nad i podgnykowe, mostko-obojczyko-sutkowe, przedstawiały budowę prawidłową.

Wątroba stłuszczone, jako téż i serce.

Inne narządy nic szczególnego nie przedstawiały.

Drobnowidzowe badanie nerwu pod-

językowego prawego, wykazało przeważnie włókna tkanki łącznej, a w pośród nich krople tłuszczowe i puste pochwy.

Rdzeń przedłużony na przecięciu poprzecznym, przechodzącym przez powierzchnię dośrodkową oliwek, przedstawia powierzchnię mniejszą po prawej stronie, aniżeli po lewej, szczególnie uwydatnia się ta różnica na wysokości dna czwartej komórki.

Włókna początkowe nerwu podjęzykowego zaledwie były widoczne, podczas gdy po stronie lewej miały rozmiary prawidłowe.

Jądro ośrodkowe prawe, składało się z nielicznych komórek nerwowych o szczupłych rozmiarach, zniekształconych, o wyrostkach bardzo krótkich. Inne jądra nerwów czaszkowych były prawidłowe.

W tém spostrzeżeniu zmiany znalezione na oponie pajęczej i naczyniowej, odpowiadają zwykłemu przewlekłemu zapaleniu opon (meningitis chronica) i nie przedstawiają nic szczególnego prócz rozprzestrzenienia znacznego i jednostajnego. Częściej bowiem, w przypadkach podobnych, gdzie cierpienie skrycie się rozwija, zmiany chorobne są ograniczone, lub téż w postaci wysp rozsiane, i przez części zdrowe oddzielone. Przewlekłe zapalenie rozlane—napotykanem bywa przy przyimocie i alkoholizmie. Autorowie upatrują tu tę drugą przyczynę i mniemają, że sprawa chorobowa już od bardzo dawna trwać musi, opierając się na zmianach napotykanych zarówno w wątrobie i sercu jakoteż w oczach i mięśniach.

Zmiany znalezione w tych dwóch przypadkach w rdzeniu przedłużonym podobne są do tych, jakie spotykał Dickin-son i Vulpian w rdzeniu niektórych amputowanych, oraz Hayem w rdzeniu zwierząt po wycięciu nerwu kulszowego, z tą jednak różnicą, że w tych razach cierpienie nieogranicza się do miejsca stanowiącego początek nerwu, lecz zwykle rozprzestrzenia się na cały mlecż kręgowy.

Porównyując cierpienia opisane

z pierwotnem cierpieniem rdzenia przedłużonego (np. paralysis glosso-labiolaryngea), zaznaczyć wypadnie, że tu zmiany nasamprzód pojawiają się w ośrodkowych jądrach, że zanik nerwów jest następczy, a mięśni jeszcze późniejszy. Natomiast w obec ucisku nerwu zmiany nasamprzód dotyczą samego nerwu, a następnie dopiero rozprzestrzeniają się z jednej strony na opuszkę rdzeniową, gdzie umiejscowiają się na wysokości ośrodkowych jąder, z drugiej na mięśnie odpowiednie.

Również i zejście obu tych spraw chorobowych jest zupełnie odmienne: podczas gdy pierwotne cierpienie opuszki rdzeniowej zagraża życiu chorego, ucisk na nerw, wyjąwszy niebezpieczeństwa ucisku nerwu płuco-żołądkowego, pozostaje bez wpływu na ogólny stan zdrowia.

A. Bauerertz.

IV. Chirurgija.

286. Prof. BUSCH—Berlin. **Wycięcie odbytnicy z zachowaniem zwieracza zewnętrznego.** *Die Extirpation des Mastdarms mit Bildung eines musculokutanen Perineallappens.* (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 15 r. 1883).

Zasluga zastosowania tej metody należy się prof. Hüterowi, który ją przed 11 laty pod powyższym tytułem (Deutsch Zeitsch. f. Chirurg T. I s. 485) opisał;—pomimo jednak świetnego rezultatu jaki zapewniać miała, ochraniając pacjentów od mimowolnego oddawania kału, między chirurgami mało miała zwolenników i zaledwie razy parę w ciągu tego czasu spotykało się o nią wzmianki.

Główną przyczynę tego zapomnienia Busch przypisuje tej okoliczności, że naśladowcy H. stosowali powyższą operacyję przy zwięzieniach rakowatych.

Wiadomo zaś, iż rak odbytnicy rozpoczynając się na błonie śluzowej w bliskości zwieracza zewnętrznego, szybko na takowy przechodzi, tak, iż zanim pacjent

zdecyduje się szukać porady chirurga, już prawie mowy być nie może o wykonaniu operacji.

Jeżeli jednak przy rakach kiszki nie wiele ma szans operacja Hütera, to pozostają jeszcze zwężenia innego pochodzenia, mianowicie syfilityczne, przy których Busch operację tę gorąco poleca, na tej zasadzie, że zapewnia ona trwałe i bezpowrotne usunięcia cierpienia.

Dotychczasowe sposoby leczenia zwężeń polegają na a) stopniowym i powolnym rozszerzaniu świeczkami; b) doraźnym rozszerzaniu, bądź za pomocą odpowiednich wzierników, bądź za pomocą przecięcia zwężenia nożem.

Stopniowe rozszerzania dają jeszcze czasem dobre rezultaty, przy zwężeniach małych i niegłębokich, przy zwężeniach jednak wywołanych wytworzeniem tkanki modzelowatej, rękoczyn ten jest zabolny, aby go bez chloroformu wykonywać, a co ważniejsza, że po przerwaniu rozszerzenia w 4 do 6 tygodni, zwężenie na nowo powraca.

Toż samo można powiedzieć o doraźnym rozszerzeniu, i tutaj długotrwały ból po operacyjny, nie pozwala na dalsze mechaniczne rękoczyny, stan więc pierwotnego zwężenia wkrótce powraca, albo w tym samym stopniu, albo jeszcze w większym, będąc zależnym od kurczenia się tkanki bliznowatej, podrażnionej gwałtownym rozerwaniem. Oprócz tego podobna operacja może być przyczyną, silnie go, trudnego do zatamowania krwotoku, albo też, tworząc zacieki kałowe, spowodzić posokowate zapalenie tkanki łącznej około odbytniczej, ze wszystkimi smutnymi jej następstwami.

Operacja więc Hüter-Buscha ma daleko więcej szans od poprzednich bo: zapobiega krwotokowi, niedopuszcza do zacieków kałowych, i nakoniec, po zagojeniu rany, pacjent prawie na pewno może być uważany za radykalnie uleczonego.

Na potwierdzenie powyższego B. przy-

tacza historię choroby 35-letniej pacjentki, dotkniętej przymiotowem zwężeniem odbytnicy, u której z dobrym skutkiem dokonał wycięcia części zwyrodniałej.

Zwężenie na cal długie, leżące na półtora cala po nad zwieraczem zewnętrznym, było tak znaczne, że tylko z trudnością można było koniec palca przez takowe precisnąć.

Błona śluzowa nad zwężeniem normalna, poniżej zaś zgrubiała w kierunku włókien podłużnych, tworząc wzniesione fałdy—zlewające się w zwężeniu w jednolitą modzelowatą tkankę.

Po odpowiednim przygotowaniu pacjentki w d. 8 września r. z. autor przystąpił do operacji. Poprzecznym cięciem, przebiegającym przez środek szwu krocza raphe—między sromem i odbytem, skierowanym ku obydwom brzegom kości krzyżowej, utworzył na około u odbytu półksiężycowaty płat, sięgający w głąb do skrzyżowania się włókien mięśniowych zwieraczy pochwy i odbytu. Po rozdzieleniu tych włókien z całą ostrożnością posuwał się nożem w tkance łącznej odbytopochwowej, aby nie ranić jednego z tych organów: orientowanie się ułatwiało mu odciąganie tylnej ściany pochwy i przedniej odbytnicy dokonywane przez asystujących.

Było to koniecznym z tego względu, że tkanka łączna między pochwą a odbytnicą, w miejscu odpowiadającym zwężeniu, była bardzo zbita, unaczynienie jej tak bogate, że około 50 ligatur katgutowych trzeba było nałożyć, co wpłynęło na powolność operacji.

Doszedłszy do luźnej tkanki łącznej powyżej zwężenia, B. naciął kiszki przez kilka cięć nożyczkami do połowy jej światła, górną część przecięcia przymocował do skóry zewnętrznej przez kilka szwów tymczasowych, poczem do reszty przeciął kiszki. Drugą część operacji, t. j.: oddzielenie tylnej ściany kiszki dokonał idąc od miejsca przecięcia z góry ku dołowi,

co nie było trudnem, ponieważ tkanka łączna nie była zwyrodniała. Po zupełnem oswoobodzeniu zwężonej części kieszki z jęj otoczenia, autor oddzielił takową za pomocą poprzecznego cięcia od dolnego odcinka odbytu.

Cała część usuniętej kieszki była długa około 5 centym. (3 cent. część zwyrodniała i po 1 cent. od góry i dołu zdrowej tkanki).

Następnie B. przystąpił do zblżenia obu końców kieszki, co łatwo się udało przez ściągnięcie górnego odcinka ku dołowi. Pierwsze szwy nałożył na tylną część kieszki, do połowy jęj światła, od strony błony śluzowej gdyż przystęp od zewnątrz i od tyłu był nie możliwy. Pozostała część kieszki przednią, połączył łatwo zewnątrz.

Dwadzieścia szwów wystarczyło do dokładnego zblżenia kieszki.

Po zrewidowaniu rany zewnętrznej i przemyciu, połączono ranę krocza kilkoma szwami pozostawiając w końcach otwórki dla przeciągnięcia drenu.

Płat skórný przyjął swoją pierwotną postać, odbył był nieco otwarty, z powodu przecięcia wielu pni nerwowych mięśniuruchowych, palcem wyczuwało się obrączkowate miejsce szwów, lecz bez zwężenia.

Opatrunek jodoformowy.

Długotrwałość operacyi, oraz znaczna utrata krwi pociągnęła za sobą objawy ostrój bezkrwistości, które po paru dniach ustąpiły.

W 4 dni po operacyi, odeszło kilka szwów z pierwszym wodnistem wypróżnieniem, poczem w ranie krocza pojawiło się nieco mas kałowych, a w parę dni potem dostał się kał i do pochwy, przez wytworzenie się maleńkiego otwórku na jęj tylnej ścianie.

Jeszcze przez kilka tygodni utrzymywało się uporczywie rozwolnienie, wkońcu jednak ustąpiło, rana krocza i pochwy zagoiły się w zupełności.

Chora, badana w połowie stycznia r.

b. była w stanie zatrzymywać kał, oprócz rzadkiego i to przy nagromadzeniu w wielkich ilościach, wypróżnienia bez bólu, zaraz za zwieraczem wyczuwało się nieznaczne zwężenie, przez które jednak wskaziciel z całą swobodą przechodził.

Proces gojenia trwał prawie cztery miesiące ¹⁾.
Kruszewski.

287. Sir Henry THOMPSON. **O badaniu pęcherza za pomocą palca.** *Digital exploration of the bladder.* (*The Lancet.* 1883 Nr. 6).

Na posiedzeniu Towarzystwa Medical and Chirurgical Society w styczniu r. b. Thompson odczytał pracę, w której radzi w celach rozpoznawczych w przypadkach niejasnych cierpień dróg moczowych wykonać nacięcie części błonistej cewki moczowej, dostateczne dla wprowadzenia palca wskaziciela aż do szyjki pęcherza. — Naciskając przy tem silnie pęcherz drugą ręką w okolicy nadłonowej, (przy zupeł-

¹⁾ Metoda proponowana przez prof. Busch'a, jak to już widać z przytoczonego opisu jest trudną do wykonania, a co ważniejsza naraża na rzeczywiste niebezpieczeństwo życie chorego, nie zdaje mi się więc aby ją można było zalecać, przy zwężeniach syfilitycznych, tem bardziej, iż Verneuil podał nową metodę operacyjną, tak zwaną „rectotomie linéaire”, która zapewniając choremu radykalne wyleczenie, nie jest tak niebezpieczną, jak proponowane przez Busch'a extirpatio recti. Operacyję wykonywa Verneuil w następujący sposób: przez zwężenie przeprowadza „gorgeret” i za pomocą tegoż naciska na tylną ścianę odbytnicy w kierunku z góry na dół w ten sposób, iż górny koniec gorgeret'y można wyczuć przez skórę międzykrocza pomiędzy kością ogonową a tylnym obwodem odbytnicy, następnie za pomocą żegadła Paquelin'a przepala części miękkie, znajdujące się między powierzchnią krocza, a górnym końcem gorgeret'y, w ten sposób wytwarza kanał prowadzący od międzykrocza do jamy odbytnicy powyżej zwężenia. Wprowadziwszy do tego kanału sondę żłobową, V. wyprowadza ją następnie przez otwór stolcowy, i wszystkie leżące na nim części miękkie przecina żegadłem,

Widziałem w szpitalu de la Pitié w Paryżu 3 chore leczone w ten sposób z wielkiem powodzeniem. U chorych, które przebyły operacyję z lata temu, powrotów cierpienia nie znaleziono.

(Przyp. Red.)

nem znieczuleniu chorego), można dokładnie zbadać całą powierzchnię wewnętrzną pęcherza za pomocą palca.

Metodę swoją Th. zaleca bardzo gorąco w wypadkach gdzie rozpoznanie dokładne choroby pęcherza jest inną drogą niemożliwe. Często rozpoznawszy przez zrobione nacięcie — guz lub inne źródło cierpienia pęcherza wymagając interwencji chirurgicznej, tą samą drogą można chorobę usunąć.

Thompson podaje następnie treściwy opis 14 przypadków w których postępował w sposób opisany; w 6 przypadkach udało mu się usunąć napotkane w pęcherzu nowotwory.

Podajemy tu w streszczeniu wszystkie opisane przypadki.

Przyp. I. Mężczyzna lat 39. 3 miesiące przedtem poddał się kruszeniu kamienia, po skruszeniu jednak stan się nie polepszał. Th. wykonał nacięcie cewki moczowej i palcem odnalazł na błonie śluzowej pęcherza narośl polipowatą, którą usunął za pomocą kleszczyków. — Chory szybko przyszedł do zdrowia.

Przyp. II. Mężcz. 48 lat. Cierpi na częste i bolesne oddawanie moczu i krwawienie. Przyczyna choroby ciemna.

Przy operacji metodą Th., również nie odnaleźć się nie dało. W ranie pozostawiono kateter przez tydzień.

Po operacji pomimo to znaczna poprawa.

Przyp. III. Mężcz. lat 52. Przed rokiem wykonano na tymże chorym cięcie boczne (lithotomia lateralis), dla usunięcia wielkiego kamienia pęcherzowego. — Wkrótce po operacji napowrót wystąpiła częsta potrzeba oddawania moczu i krwawienia, których przyczyny odnaleźć się nie dało.

Operacja metodą Th. Palcem odkryto osady fosfatyczne, ściśle przylegające do błony śluzowej pęcherza, które usunięto.

Po tygodniu wyzdrowienie zupełne.

Przyp. IV. Podobny do poprzednie-

go, chory cierpi tylko jeszcze równocześnie na znaczne powiększenie gruczołu krokowego. W pęcherzu znaleziono skorupę z fosfatów, ściśle przylegającą do błony śluzowej. Wydrapano ją paznokciem.

Przyp. V. Mężcz. lat 60. Znaczny przerost gruczołu krokowego, chory musi wprowadzać kateter 16 razy na dobę. Operacja. W pęcherzu nic nie znaleziono. Poprawa znaczna; wprowadzać potrzebuje kateter tylko 6 razy na dobę.

Przyp. VI. Kobieta lat 30. Objawy silnego kataru pęcherza i krwotoki. Po rozszerzeniu cewki i wprowadzeniu palca do pęcherza, znaleziono guzowatość polipową znacznych rozmiarów i usunięto takową za pomocą kleszczyków. Wyzdrowienie szybkie.

Przyp. VII. Mężcz. lat 72. Przed 4 laty Th. skruszył mu kamień z fosforanów złożony.

Od paru miesięcy nadzwyczajne bóle przy oddawaniu moczu. Przy sondowaniu żadnej przyczyny odkryć nie można. Operacja. W bliskości szyjki pęcherza odnaleziono zagłębienie (diverticulum), w którym się znajdował kamień wielkości dużej fasoli; wyjęto go palcem. Wyzdrowienie.

Przyp. VIII. Mężcz. lat 83. Nadzwyczaj częste i bolesne urynowanie. — Przyczyny odnaleźć nie można. Operacja. Znaleziono tylko przerost ścian pęcherza. Pozostawienie cewnika w ranie sprawia choremu znaczną ulgę. Po usunięciu takowego chory doznaje znacznej ulgi w porównaniu ze stanem dawniejszym.

Przyp. IX. Mężcz. 46 lat. Częste urynowanie i krwawienie. Rozpoznano nowotwór pęcherza. Operacja. Znaleziono znaczną masę zapełniającą pęcherz i wychodzącą podstawą szeroką z części górnej. Za pomocą kleszczyków usunięto większą część nowotworu (części oderwane napełniały 1/2 kufła). Wstawiono

kateter. Znaczny krwotok przez dwa dni, który śmierć spowodował.

Przyp. X. Mężcz. 52 lat. Od pięciu lat krwotoki pęcherzowe. Operacja. Znalaziono znacznej wielkości narośl polipową wychodzącą z lewej części pęcherza. Usunięcie za pomocą kleszczy skrzywnych. Wyzdrowienie.

Przyp. XI. Mężcz. 24 lat. Częste urynowanie i kwawienia. Operacja. Znalaziono znaczne zgrubienie i pomarszczenie błony śluzowej pęcherza. Żadnej poprawy po operacji.

Przyp. XII. Mężcz. 67 lat. Przed rokiem litotrypsia na jednym posiedzeniu (waga kamienia 200 granów), po takowej poprawa nieznaczna. Operacja Th. chory jest bardzo otyły, krocze bardzo głębokie). Znalaziono dość twardy i szeroki guz w lewej części pęcherza i usunięto za pomocą kleszczyków. Bóle i krwawienia przez dwa dni dość znaczne. Następnie wyzdrowienie.

Przyp. XIII. Mężcz. lat 52. Częste i bolesne urynowanie. Przyczyny odnaleźć nie można. Cięcie na kroczu. Palce nie znajdują w pęcherzu żadnej nieprawidłowości. Podczas gdy w ranie leży cewnik, chory czuje się zupełnie dobrze. Po zagojeniu rany bóle wracają lecz są nieznaczne.

Przyp. XIV. Mężcz. lat 67. Od 3 lat krwotoki pęcherzowe w ostatnich czasach bardzo znaczne. Przecięcie cewki. Znalaziono i usunięto nowotwór z dość szeroką podstawą ze strony lewej pęcherza.—Krwawienie nieznaczne. Wyzdrowienie.

Dinte.

288: Prof. BRUNS. **Wełna drzewna jako materiał opatrunkowy.** *Die Holzwolle ein neuer Verbandstoff (Ber. klin. Woch. Nr 20—r. 1883).*

W numerze 3-im „Kroniki”, podaliśmy referat z pracy Kümmela o piasku i popiele sublimatowym, jako materyjale opatrunkowym (str. 123). Świetne rezultaty, które K. za pomocą swój metody otrzymał zachęciły wielu chirurgów do

naśladownictwa, wkrótce jednak przekonano się, iż opatrunek pomieniony daleko jest jeszcze od ideału, do osiągnięcia którego nowoczesna chirurgija dąży z takim zapałem. Prof. P. Bruns wprowadził ten opatrunek na swój klinice w Tubindze i w artykule obecnie streszczanym — wykazuje jego zalety i wady, i podaje nową modyfikację usuwającą te ostatnie.

B. na wstępie zaznacza, iż zarzucił użycie kwasu karbolowego, a przeszedł do zastosowania sublimatu, nie dla tego że kwas karbolowy dawał mu złe rezultaty, przeciwnie w ciągu lat 5, podczas których opatrywano chorych na klinice gazą karbolową Bruns'a, autor nie miał ani jednego przypadku ropnicy lub posocznicy; do zastosowania sublimatu zachęciły B. doświadczenia Koch'a, wykazujące jego przewagę nad innymi środkami przeciwnilnymi. — Rzeczywiście doświadczenie kliniczne wykazało, iż sublimat jest lepszy od kwasu karbolowego a mianowicie: sublimat nie ulatnia się; nie wywołuje zatrucia nawet przy zastosowaniu wielkich ilości roztworu 0,1%; podrażnienie rany jest bardzo nieznaczne, ztąd też wydzieliną daleko mniejszą, a szanse primae intentionis daleko większe, niż przy użyciu kwasu karbolowego; podniesienia ciepłoty ciała, albo zupełnie nie ma, lub też jeśli się i pojawi, to jest zawsze mniejsze niż przy opatrunku karbolowym.

W początkach autor stosował sublimat tak, jak to radzi Kümmel, pod postacią piasku i popiołu sublimatowego wraz z watą szklaną i takimiż drenami. Doświadczenie jednak wykazało, iż opatrunek ten nie jest praktyczny, i tak:

Dreny szklane włosowate nie dokładnie usuwają wydzielinę, w skutek czego zbiera się ona wewnątrz rany; pod koniec gojenia, dreny te zostają tak silnie obrosnięte ziarniną, iż wydobycie ich jest bardzo trudne.

Poduszki z popiołu sublimatowego przy zmianie opatrunku wydawały zawsze cuchnący zapach rozkładającej się wy-

dzieliny; otworzywszy takie poduszki, można się było przekonać, iż wydzielina wcale nie równomiernie była z popiołem zmieszana, przeciwnie potworzyły się twarde grudki. Rozkład wydzieliny autor objaśnia t \acute{e} m, iż popiół jak to wykazały jego doświadczenia, sprzyja rozkładowi ciał białkowych.

Ujemne te strony wymienionego opatrunku skłoniły autora do poszukania innego materiału opatrunkowego. Taki ze wszech miar odpowiadający celowi materiał znalazł asystent prof. B. Dr WALCHER w tak zwan \acute{e} y „tkance drzewnej” (Holzstoff).

Tkan \acute{c} a drzewna otrzymuje się w szlifierniach drzewa z drzew iglastych i liściastych pod postaci \acute{a} cienkich włókien, tkan \acute{c} a ta ma obszerne zastosowanie w fabrykach papieru.

Fabryki dostarczają tkan \acute{c} ę drzewną zwykle wilgotną (65—75% wody). Tkan \acute{c} a ta przedstawia się jako biało żółta, cienko włóknista masa; odznacza się własnościami pochłaniania płynów w nadzwyczaj wielkiej ilości. Otrzymaną z fabryki tkan \acute{c} ę należy pozbawić nadmiaru wody przez wyciskanie, a następnie napoić roztworem $\frac{1}{2}$ % sublimatu i 10% gliceryny (tak \acute{a} tkaninę dostarcza firma P. Hartmann w Heidenheim w W \ddot{u} rtembergu). Zalety tego materiału opatrunkowego, s \acute{a} następujące: jest bardzo czysty, biały i mi \acute{e} ki jak bawełna, a nadto nadzwyczaj tan \acute{y} ; zawieraj \acute{a} c żywicę i olejki eteryczne posiada ju \acute{z} sam przez się własności przeciwnilne; jest bardzo elastyczny, co umo $\acute{z$ ebnia wykonanie silnego i równomiernego ucisku; posiada znakomit \acute{a} zdolno \acute{s} ć w Bierania w siebie płynów, pochłania bowiem 12 razy wi \acute{e} cej płynu ni \acute{z} sam wa \acute{y} , podczas gdy popiół sublimatowy pochłania tylko $\frac{9}{10}$ sw \acute{e} y wagi płynu, a piasek tylko $\frac{4}{10}$.

Ka \acute{z} dy dobry opatrunek powinien do \acute{k} ładnie i szybko w Bierac w siebie wydzielinę i łatwo wysychac, aby m \acute{o} gl pochłonic now \acute{a} jej ilo \acute{s} ć.

Pierwsz \acute{a} własno \acute{s} ć posiada w wysokim stopniu wełna drzewna, dla ułatwienia za \acute{s} szybkiego parowania, nie nale \acute{z} y opatrunkowi pokrywac tkan \acute{c} ą nieprzemakaln \acute{a} .

Spos \acute{o} b zastosowania: Po obmyciu rany roztworem sublimatu (1%) B. zakłada dreny kauczukowe, nast \acute{e} pnie, zaszywszy ranę, pokrywa ją cienk \acute{a} warstw \acute{a} waty szklannej, na któr \acute{a} dopiero nakłada poduszc \acute{z} ki z gazy sublimatowej wype $\acute{l$ nione wełn \acute{a} drzewn \acute{a} ; pierwsze poduszc \acute{z} ki powinny byc ma \acute{l} e, nast \acute{e} pnie nakłada się coraz wi \acute{e} ksze, a \acute{z} w ko \acute{n} cu wszystko pokrywa się jedn \acute{a} wielk \acute{a} poduszk \acute{a} .—Cały opatrunek utrzymuj \acute{a} banda \acute{z} e gazowe, przy nakładaniu których nale \acute{z} y wywiera \acute{c} równomierny ale do \acute{s} ć silny ucisk.

W ko \acute{n} cu autor powiada, iż miał sposobno \acute{s} ć oceni \acute{c} praktyczno \acute{s} ć tego opatrunku przy 180 operacjach; opatrunek pozostawał na miejscu od 1-go do 4-ch tygodni. Z chor \acute{o} b przyrannych raz tylko jeden przytrafiła się r \acute{o} za.

W. H. Krajewski.

V. Gynecologija.

289. J. MATTHEWS DUNCAN. **Nieplodno \acute{s} ć kobiety.** *On sterility in woman.*—(*The Lancet* Nr. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15 i 16. T. 1—r. 1883).

Nazywamy kobietę nieplodn \acute{a} wtedy, je \acute{z} eli ta przy zwykłych sprzyjających po \acute{e} dom warunkach nie wydaje na świat \acute{z} ywego i rozwiniętego dziecka. Przyczyna mał \acute{z} eństwa nieplodnego, le \acute{z} y w m \acute{e} z \acute{c} zynie lub kobiecie.

Gross utrzymuje, \acute{z} e nieplodno \acute{s} ć zale \acute{z} y od m \acute{e} z \acute{c} zyny, 17 razy na 100. Duncan przyjmuje 12%. Darwin, mówiac o zwierzętach, jest zdania, \acute{z} e nieplodno \acute{s} ć daleko częściej zale \acute{z} y od samicy, ani \acute{z} eli od samca.

Nieplodno \acute{s} ć u kobiet dzieli się na bezwzględn \acute{a} i względn \acute{a} .

Bezwzględnie nieplodn \acute{a} jest kobieta, któr \acute{a} nietylko nie rodzi, ale nawet wcale w ci \acute{a} żę nie zachodzi.

Względna niepłodność jest wtedy, gdy kobieta nie rodzi żywych dzieci, lub rodzi w niedostatecznej ilości, lub też w zadługich odstępach czasu, gdy roni i t. d.

Kobieta może być niepłodna dla tego, że np.: jajko ginie, rozwija się w sposób niezwykły, lub też macica nie daje dostatecznego odżywienia dla jajka, lub nakoniec, że jajko zawczasie zostaje wydalone z jamy macicznej.

Ilość niepłodnych kobiet niejednako-wo obliczają uczeni.

Lever utrzymuje, że na 100 zamężnych kobiet 5 jest niepłodnych; West przyjmuje 12%, a Duncan 10%.

Do względnie niepłodnych zaliczyć przedewszystkiem wypada kobiety, które rodziły jeden raz tylko.

Anxel na 1767 płodnych małżeństw (mających przecięciowo po 6 dzieci), zawartych przecięciowo w 25 roku życia kobiety—znalazł 131 względnie niepłodnych t. j.: mających tylko po jednym dziecku, czyli że na 13 płodnych wypada jedno niepłodne małżeństwo.

Dla dokładnego określenia względnej niepłodności, należy naprzód zbadać, cechy i przebieg płodności.

W tym celu autor stawia następujące pytania:

1) W jakim czasie po ślubie płodna kobieta rodzi pierwsze dziecko?

2) W jakich odstępach czasu idą następne porody?

3) Kiedy rodzenie dzieci ustaje, t. j.: jaki był wiek matki przy ostatnim dziecku i

4) Jak długo trwa peryjod rodzenia, t. j.: ile lat upłynęło od urodzenia się pierwszego do urodzenia się ostatniego dziecka?

Autor powiada, że tylko tą drogą dojść można do dokładnego określenia względnej niepłodności.

Na powyższe pytania D. daje bardzo dokładne odpowiedzi; opierając się na ścisłych tablicach własnych, Ansella, Whitehead'a, A, Mitchella i innych.

1) Whitehead utrzymuje na zasadzie 541 przypadków kobiet zamężnych płodnych, że pierwsze dziecko przychodzi na świat 11½ miesiąca po ślubie. Duncan na zasadzie 3722 przypadków, dowodzi tego samo.

Ścisłe tablica Ansella (6055 kobiet) pokazują, że większa połowa kobiet zamężnych, rodzi przed upływem roku, ⅓ przed dwoma laty, zaś po upływie czwartego roku tylko ⅓ część.

Na zasadzie powyższego powiedzieć wolno, że każda kobieta może być uważana za względnie niepłodną, jeżeli w 16 miesięcy po ślubie nie zaszła jeszcze w ciążę (naturalnie, że tu wszędzie mowa o niepłodności kobiecej z wykluczeniem męskiej).

2) Autor znalazł, że płodna kobieta rodzi co 24 miesiące.

Ansell odstępów czasu pomiędzy oddzielnymi porodami oblicza tylko na 18 miesięcy. — Jeżeli więc kobieta rodzi w dłuższych przestankach czasu, aniżeli 20-miesięcznych, może być wówczas uważaną za względnie niepłodną.

3) Kobieta zdaniem Ansella rodzi do 38 roku życia; obliczenie to — oparte jest na cyfrach, dowodzących, że przecięciowo (w Anglii), kobieta wychodząca za mąż w 25 roku życia, rodzi po raz pierwszy w 26, przestaje zaś rodzić w 38 roku. Tak samo obliczają czas ten Duncan i Whitehead. Dla tego kobietę przestającą wcześniej rodzić, aniżeli w 35-ym (uwzględniając nieco wcześniejsze wyjście za mąż), lub w 38-ym roku życia, uważać należy za względnie niepłodną.

4) Okres więc płodności u kobiet płodnych wynosi 12 lat.

Wreszcie D. stawia jeszcze jedno pytanie:

Ile dzieci rodzi kobieta?

Ansell ilość dzieci kobiet płodnych oblicza na 6. Duncan przyjmuje na zasadzie danych statystycznych, że ilość ta jest daleko większą, t. j.: przyjmuje 10 dzieci.

Ilość porodów większa, jak 10, jest już stanem wyjątkowym i nieprawidłowym. Autor dla tego o tym szczególnie wspomina, ponieważ nadmiar płodności (o czem później mowa), jest w ścisłym związku z niepłodnością.

Przyczyny niepłodności.

Ponieważ wyszukanie przyczyn niepłodności jest bardzo trudne, przeto autor szuka przede wszystkim podobieństw w świecie roślinnym i zwierzęcym. D. jest przekonany, że prawa niepłodności są te same w rodzaju ludzkim, co w świecie roślinnym i zwierzęcym.

Darwin twierdzi, że niepłodność zależy od przyczyn ogólnych, z których ważniejsze są: wpływ zimna i ciepła, zbyt uczynne lub niedostateczne odżywianie, zbyt młody, lub zbyt stary wiek, ogólne osłabienie, i wreszcie związki pokrewieństwa.

Ogólne osłabienie jest bardzo ważną przyczyną niepłodności roślin. Roślina, obficie pokryta kwiatami, przeniesiona do pokoju, wkrótce słabnie, ilość kwiatów coraz bardziej się zmniejsza — i roślina staje się w końcu niepłodną, albo na zawsze, albo też na czas krótszy lub dłuższy. — Drzewa, znajdujące się w miastach, wprawdzie stają się coraz grubsze, ale ich płodność z każdym rokiem maleje.

Nadmierne i niedostateczne odkarmianie wywiera również zgubny wpływ na płodność roślin.

Nadmierna ilość nawozu, wywiera zgubny wpływ na roślinę w kierunku mnożenia się, wpływa zaś dodatnio na wzrost samej rośliny. Rośliny pod wpływem zbyt uczynnego nawozu, pokrywają się kwiatami podwójnymi, lub monstrialnymi, dają bardzo niewiele owoców, nasiona których nie posiadają wcale, lub tylko w słabym stopniu, zdolności kiełkowania.

Za młody i za stary *wiek* rośliny również nie sprzyja jej płodności. Młoda grusza daje owoce w skąpej ilości, i dla te-

go ogrodnicy nie pozwalają jej rodić, utrzymując, że to szkodzi przyszłej płodności drzewa.

Szkodliwy wpływ *zimna i ciepła* dokładnie uwidacznia się w niepłodności roślin alpejskich, przeniesionych do nizin i w niepłodności roślin, rosnących w nizinach, a przeniesionych w sfery góryste.

O niepłodności zwierząt, dotychczas wiemy bardzo niewiele, a to, co wiemy, zawdzięczamy genialnemu Darwinowi.

Hodowcy zwierząt wiedzą doskonale, że *zbyt młoda* samica albo wcale nie ma potomstwa, albo też ma potomstwo pośredniego gatunku.

Nadmierne odkarmianie prowadzi do otyłości, a szkodzi sile rozrodczej zwierząt.

Ptaki przez zbytne odkarmianie, tracą zupełnie zdolność kładzenia jaj. Zdaniem Spencera pokarmy wywierają bardzo ważny wpływ na płodność. Dowodem tego daleko większa płodność zwierząt domowych, lub oddawna przyswojonych w porównaniu do płodności zwierząt dzikich.

Zamknięcie (confinement), wywiera w wysokim stopniu ujemny wpływ na siły rozrodcze zwierząt. Dzikie zwierzęta w klatce tracą w pierwszych latach zamknięcia płodność w zupełności, później zaś (*Shorschouse*) mają potomstwo nieżywe, lub słabe i nie rozwinięte.

Mało jest znany wpływ *zimna i ciepła*. Darwin jednak zrobił spostrzeżenie, że u mięsożernych niepłodność wzrasta w miarę powiększania się zimna.

Niezmiernie ważny ujemny wpływ na płodność zwierząt wywiera parzenie się zwierząt pokrewnych.

Samiec i samica po jednej matce, są niepłodne albo też mają potomstwo słabe, które już w następnej generacji staje się zupełnie niepłodnym.

Przechodząc do *rodzaju ludzkiego*, autor powiada, że łatwo wykazać, iż tutaj

działają te same przyczyny, co u roślin i zwierząt.

Jedną z najważniejszych przyczyn nieplodności kobiecej jest *wyjscie za mąż w zbyt młodym wieku*.

Na poparcie tego twierdzenia autor przytacza liczne tablice, wykazujące, że 1) ilość kobiet nieplodnych, wyszłych za mąż w 20-ym roku, lub wcześniej, jest daleko większa, aniżeli ilość nieplodnych kobiet, wyszłych za mąż w 25-ym roku życia, 2) młodsze kobiety daleko częściej ronia, aniżeli starsze, 3) mają więcej córek, aniżeli starsze, 4) mają więcej córek, aniżeli synów, 5) rodzą dzieci słabsze, mniej rozwinięte i mniej mają pokarmu 5) kobiety młode więcej wydają na świat idjotów, aniżeli kobiety starsze. Taki sam wpływ ujemny ma wyjście za mąż po 25-ym roku życia. Whitehead uważa końcowy czas płodnych lat kobiety za niesprzyjający rozwojowi dziecka, które urodzić się może za wcześnie, niedokładnie rozwinięte, lub idjotyczne, prędzej płci żeńskiej, jak męskiej.

Galton na zasadzie zebranych cyfr utrzymuje, że względnie nieplodne kobiety więcej rodzą dziewczyn, jak chłopców. Dla tego nadmiar rodzenia się dziewczyn, uważać należy za świadectwo względnej nieplodności.

Powiedzianem było wyżej, że kobiety, rodzące więcej, jak 10 razy, są niezwykle płodne. Otóż Duncan na zasadzie licznych cyfr dowodzi, że taka niezwykła płodność zdarza się przeważnie u kobiet, które wyszły za mąż w latach względnie nieplodnych, a cechuje się także mniejszymi odstępami czasu pomiędzy jednym a następnym porodem, a także częstszymi porodami bliźniąt, a nawet trojaczków.

Dla tego autor powiada, że niezwykła płodność jest w bardzo ważnym związku z względną nieplodnością i zależy od tych samych przyczyn.

Inne przyczyny nieplodności, jak zimno i ciepło, ogólne osłabienie, związki po-

między osobami pokrewnymi i t. d., mają niezaprzeczenie ważny wpływ, który wielokrotnie wykazany został przez lekarzy. Przyczyny te wszakże mają daleko mniejsze znaczenie, aniżeli wiek.

Z przyczyn mniej znacznych, a więc miejscowych i osobistych zaznaczyć należy bardzo częste kojarzenie się nieplodności z trudnym miesiączkowaniem (*Dysmenorrhoea spastica*). Autor u 332 kobiet zamężnych, absolutnie nieplodnych, znalazł miesiączkowanie bolesne 159 razy.— Znacznie osłabia wartość przekonywającą tych cyfr okoliczność, że D. nie zbadał częstości trudnego miesiączkowania u kobiet rodzących.

Przy określeniu przyczyn nieplodności u kobiet, należy zwrócić jeszcze uwagę na *popęd płciowy i zadowolenie płciowe*. Zdaniem Darwina zwierzęta płodne mają popęd i zadowolenie płciowe w umiarkowanym stopniu, zaś u zwierząt nieplodnych istnieje brak popędu, a nawet u niektórych z nich zauważyć się daje wstręt płciowy.

Zbadanie popędu i zadowolenia płciowego u kobiet, z powodu drażliwości samego pytania, na które większość kobiet wcale żadnej nie daje odpowiedzi, jest niezmiernie trudne. Na zasadzie jednak pozytywnych danych, autor utrzymuje, że kobiety płodne doznają obu tych uczuć w jednakowym stopniu; kobiety zaś nieplodne albo wcale nie doznają tych uczuć, albo w nierównym stopniu, albo też w nadmiarze. Że te uczucia niekoniecznie tylko istnieją u kobiet płodnych, na to są liczne dowody.

Oprócz tego nadmiar popędu i zadowolenia można znaleźć u kobiet absolutnie nieplodnych, skutkiem niedokładnego rozwoju organów płciowych. Campbell, Kussmaul, Jaulin i inni opisali przypadki nadmiernego popędu u kobiet, z brakiem jajnika, macic i t. d.

U kobiet nieplodnych nieraz się zdarza że brak popędu wynagradza się znacznie-

szém zadowoleniem płciowem i odwrotnie.

Zapobieganie i leczenie niepłodności.

Chcąc leczyć niepłodność, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na jej przyczyny. Niedostateczna siła twórcza uważaną jest u roślin, zwierząt i ludzi za jedną z ważniejszych przyczyn niepłodności.

Wywołuje ona u kobiet niepłodność bezwzględną lub tylko względną, albo też nadmiar produkcyi, lub produkcyję niedokładną, cechuje się poronieniami, rodzeniem bliźniąt, potworów (miscarriage), idjotycznych, lub chorowitych dzieci, skazanych na rozmaite choroby, w życiu pozamacicznem.

Niedostateczna energija twórcza (reproduction), nie jest chorobą samodzielną, a tylko objawem chorobowym, mogącym istnieć wśród całych warstw narodu.

Zimno i ciepło mogą wywołać niepłodność całego narodu. Nadmierna lub niedostateczna ilość pokarmów, zawczesne lub zapóźne zawieranie małżeństw mogą również wywołać niepłodność w większych masach.

W obec tych przyczyn kardynalnych, przyczyny indywidualne mają tylko podrzędne znaczenie.

U kobiet głównymi i najlepiej znanymi przyczynami niepłodności są: zbyt młodość, wiek przejrzwały, miesiączkowanie trudne i bolesne i zaburzenia w sferze popędu i zadowolenia płciowego, (sexual desire and pleasure).

Ponieważ na zasadzie cyfr dowiedzionym został zgubny wpływ zbyt wczesnych i zbyt późnych małżeństw, które nie tylko prowadzą do niepłodności, ale także do ściśle z nią związaną nadpłodności, tak zgubny wpływ wywierającej na potomstwo i na życie matki, przeto zawieranie małżeństw nie powinno następować przed 20-ym i 25-ym rokiem życia kobiety. Wydanie odpowiedniego prawa o tyle byłoby użytecznem, że inteligent-

niejsza część narodu zastosowałaby się do tego.

Związki pomiędzy krewnemi, stanowczo nie powinny być dozwolone; takie bowiem małżeństwa, albo są niepłodne, albo płodzą dzieci słabe lub idjotyczne.

Nowsze środki i sposoby leczenia niepłodności, pomimo ogromnych postępów fizjologii organów płciowych, nie wiele się posunęły naprzód.

Zdaniem autora przyczyny tego tkwią w niedokładnem poznaniu praw płodności.

Główne dotychczas podstawy leczenia opierają się na fałszywem mniemaniu, że niepłodność przeważnie zależy od przeszkód w doprowadzeniu nasienia do jajka. Sądzone, że zwięzienia szyjki macicy: zgięcia i przechylenia, nieżyty szyjki są głównymi przyczynami niepłodności.

Ta jednak teoria okazała się w praktyce niedostateczną, gdyż każdy z ginekologów mógł się przekonać, że bardzo często pomimo dostatecznego rozszerzenia szyjki za pomocą odpowiednich instrumentów kobieta w ciążę nie zachodzi. — Dla tego też obecnie teoria ta, kiedyś z entuzjazmem przyjmowana, straciła bardzo wiele na swem znaczeniu.

Dla autora najważniejszy środek leczniczy niepłodności polega na *polepszeniu ogólnego stanu zdrowia*. Środek ten okazał się już oddawna wyborem dla podniesienia płodności roślin i zwierząt. Bardzo liczne przykłady z praktyki lekarskiej pozwalają twierdzić, że środek ten również jest dzielny w leczeniu niepłodności kobiet.

Jaki wpływ wywierają pokarmy, ich nadmiar lub niedostateczność, na płodność kobiety, obecnie jeszcze nie wiadomo. — Spencer przypisuje pokarmom wpływ ogromny.

Wiadomo tylko, że kobiety otyłe, nie są płodne. Niewiadomo zaś, czy otyłość jest bezpośrednią przyczyną niepłodności lub też czy niepłodność i otyłość razem, nie zależą od innej przyczyny. Ostatnie

przypuszczenie jest daleko prawdopodobniejsze.

Przy leczeniu niepłodności, zwrócić wypada uwagę na stan żądz płciowych.— Przy prawidłowej funkcji organów płciowych popęd i zadowolenie płciowe w równą mierze istnieją.

Na brak popędu płciowego, zdaniem D., wielce wpływa wychowanie w duchu ascetycznym i t. p. wpływy.

Brak lub nadmiar żądz u kobiet zamężnych często usunąć się dają przez separację małżonków, na czas dłuższy lub krótszy.

Ponieważ napoje wyskokowe, którym nieraz kobiety (w Anglii) się oddają, wywierają ujemny wpływ na płodność, przeto na stan ten należy również zwrócić uwagę i starać się usunąć ten zgubny nałóg.

Nakoniec autor rozpatruje choroby organów płciowych, którym lekarze najczęściej przypisują winę niepłodności kobiety. Choroby te były już wyliczone powyżej.

Najczęściej dysmenorrhoea towarzyszy niepłodności.

Bolesne miesiączkowanie najczęściej zależy od zwężenia szyjki macicznej. Autor jednak przytacza bardzo liczne przykłady, dowodzące, że pomimo zwężenia szyjki zapłodnienie miało miejsce.

Zdaniem autora, niepłodność i dysmenorrhoea zależą od twardości szyjki i nieraz po usunięciu stwardnienia za pomocą odpowiedniego leczenia następuje zapłodnienie. Najczęściej jednak kobieta pozostaje nadal niepłodną, co dowodzi, że przyczyny leżą gdzieindziej.

W ostatnich czasach niezbytowi szyjki przypisywano ważny wpływ przyczynowy na powstawanie niepłodności.

Autor, podobnie jak West, zbija stanowczo to przekonanie.

Owrzodzenie szyjki macicznej również nie ma żadnego wpływu: Grünwaldt u 26 kobiet, będących w ciąży, tylko 11 razy znalazł szyjkę zdrową, reszta zaś ko-

biet miała owrzodzenia na szyjce, które bezwątpienia istniały jeszcze przed zapłodnieniem.

Zgięciom i pochyleniom macicy, autor również nie przypisuje żadnego znaczenia; zresztą najnowsze prace dowiodły, że zboczenia położenia macicy, nieraz są stanem fizjologicznym u kobiet zupełnie zdrowych.

H. Goldblum.

MISCELLANEA.

290 **Siłę rąk mężczyzu i kobiet** porównywał Monowicz, który trzymał następujące wyniki badań z dynamometrem:

1) przeciętna siła rąk 65 mężczyzn w wieku lat 25—45 (nie zajmujących się pracą fizyczną ani ćwiczeniami), wynosi 56 kilogr. (134 funty), maximum siły wynosi 85 kgr. (198 funtów), minimum—40 kgr. (96 funtów).

2) przeciętna siła 52 kobiet wynosi 33 kgr. (79 funtów), maximum—44 kgr., minimum—16 kgr.

3) różnica w sile obydwóch rąk wynosi u mężczyzn 10 kgr., u kobiet 5,5.

Tenże autor przytacza następujące dane porównawcze odnoszące się do płci, przyjmując normę męską za 100; u kobiet wypada:

Ciężar mózgu — 88,9 (wedł. rozmaitych statyst.)

„ czaszki — 85,8 (Broca).

Pojemność ży-

ciowa płuc (ca-

pacité vitale) — — 72,6 (Paghiani).

Spożywany wę-

giel — — — — — 64,5 (Andral i Gavarret).

Siła rąk — — — 58,0 (cięż).

(*Revue Scientifique*—1883).

291 **Różnicę siły obydwóch rąk** u ludzi porównywał Dr. Gaëtan Delaunay. Rasy wyższe nader rzadko posiadają mankutów, niższe często. U murzynów, według Harting'a, kończyny są równiejszy i wagi.

Porównyując kolejno połowy szkieletów od czasów przedhistorycznych do dziś dnia; — zauważylibyśmy rozwój stopniowy prawej połowy w porównaniu z lewą.—Przewaga lewej ręki częściej napotyka się u kobiet, niż u mężczyzn; różnica siły obydwóch rąk w ogólności jest nieznaczna.

U dzieci z początku przeważa lewa ręka lub obydwie są równiejszy, potem stopniowo rozwija się więcej prawa ręka. Pochodzi to, według Parrot, z pierwotnej przewagi prawej półkuli mózgowej; według Agassiz'a, zależy to od atawizmu.

U starców stosunkowo siła lewej ręki zwiększa się znowu.

Podobnyż stosunek obserwowano u idiotów i epileptyków. (*Revue scientifique*, luty 1883).

292 **Dziedziczność kurzej ślepoty** obserwowaną była, jak komunikuje Pflüger (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte. 2—1883), od r. 1750 u jednej rodziny. Cierpienie występuje wyłącznie u mężczyzn, ale nigdy od nich nie przechodzi bezpośrednio na synów, tylko poprzednio musi przejść w stanie nabytym, przynajmniej przez jedną generację żeńską. Najpospolitszy typ jest taki, iż ojciec przez córkę udziela cierpienia wnukowi.—Kurza ślepoty, która zawsze połączoną bywa z wysokim stopniem krótkowzroczności, może być ukrytą w 2—3—4 z rzędu pokoleń kobiecych zanim ukaże się w generacji męskiej.

(Wien. Med. Woch, Nr, 15, 1883).

293 **Potwór rzadki** obserwowany był niedawno w Buenos-Aires. Jest to mężczyzna 33-letni, nazwiskiem Claudio Martinez, pochodzi z rodziców zupełnie zdrowych i u bliższych krewnych nie ma zbożeń w rozwoju.

Potwór należy do kategorii „ectromelia” (Geoffroy Saint-Hilaire); zbożeń w narządach ważniejszych nie przedstawia; głowa i tułów prawidłowe, kończyny górne przedstawiają się w postaci dwóch krótkich wyrostków; dolne również niezmiernie krótkie i potwornie rozwinięte. Obwód prawego wyrostka powstałego w miejsce kończyny górnej od dołu pachowego mierzony, wynosi 16 centymetrów, odległość od dołu pachowego do końca wyrostka—6 cent. Obwód lewego wyrostka w miejscu odpowiednim, wynosi 18 cent., odległość jego końca od dołu pachowego—10 cent.

Obwód prawej nogi (przez sp. il. ant. sup.) wynosi 58 cent., odległość stawu biodrowego od stopy, 14 cent.; brzeg wewnętrzny stopy—11 cent., brzeg zewnętrzny—6 cent.— Obwód lewej nogi u góry wynosi 52 cent.; długość całej kończyny—30 cent.

(Revista médico-quirurgica Dyciembre 1882)

294 **Nowy mikrotom** przedstawił Dr. Charles Cathert, na jednym z ostatnich mitingów „Royal Scottish society of Arts”. Mikrotom ten, wykonany według szkicu autora, odznaczać się ma tem, iż pozwala otrzymywać nader szybkie i dostateczne dla robienia skrawków zamrożenia, za pomocą eteru.

(Brit. med. Journ. 1155—1883).

Wiadomości bieżące.

— **Towarzystwo lekarskie.** — Posiedzenie z dnia 15 maja r. b., wypełniły trzy nader zajmujące odczyty, dotyczące kwestyi nowych i ze wszec miar zasługujących na uwagę.

Kol. **Dobrzycki** miał odczyt o własnościach leczniczych **kairyny** nowego przetworu kory chinowej, (Kron. Lek. Nr. 5 str. 198. 1883 r.).

Prelegent opisał własności chemiczne i sposób otrzymywania tego środka, przytoczył doświadczenia dotychczas nad działaniem jego wykonane,

głównie zaś znane obserwacje **FILEHNE'GO**, poczem podał rezultaty własnych 10 spostrzeżeń po części w szpitalu ujazdowskim wykonanych, po części w praktyce prywatnej. Rezultaty te zgadzają się z wynikami poprzedników: kairyna posiada wpływ antitermiczny i napotny.

W dyskusyi wynikł, kol. **Sokolowski** zapytuje czy ciepłota mierzona była w odbytnicy, czy w dole pachowym, zauważa, iż we wszystkich dotychczasowych obserwacjach mierzona była w dole pachowym, wyniki z tego względu mogą być uważane tylko za warunkowo pewne, albowiem zmniejszenie ciepłoty mogło być tylko peryferycznem.—Nadto zauważa kol. S., iż pomimo zniesienia ciepłoty nie znać, aby stan ogólny chorych ulegał polepszeniu (kol. Dobrzycki, wykonywał doświadczenia przeważnie na suchotniczych), jak tego dowodzą i własne spostrzeżenia kol. Sokolowskiego (w liczbie 6).

Prelegent podziela zdania kol. S., co do ważności mierzenia ciepłoty „in recto”.

Kol. **Dunin** zaznacza ważność doświadczeń na zdrowych w celu stwierdzenia działania napotnego kairyny. Prelegent przypomina, iż doświadczenia takie już były wykonane (rezultat dodatni).

Kol. **Perkowski** mówi o wytyczkowaniu szpiku kostnego przy zapaleniu tęgoż. Dr. **Stoll** opisuje sześć przypadków obserwowanych w szpitalu ujazdowskim. Kanał kostny wypełniono jodoformem. Rezultat operacji świetny i kikut nie pozostawia nic do życzenia, gorączka spada, zagojenie następuje zupełnie.

Kol. **Wyszynski** miał odczyt o t. zw. **kumysie kefirowym**, jest to mleko krowie przyrządzone jako kumys za pomocą fermentu kefiru, ziarn podobnych do kalafforu, żółtawych, pęczniejących w wodzie i mleku.

W mleku ziarna rozpadają się i cząstki ich pęczniają znowu. W mleku początkowo tonie, poczem sływa na powierzchnię wraz z pęcherzykami kwasu węglowego. Pod wpływem fermentu mleko zmienia się na napój przyjemnego smaku, zwany przez górali kaukaskich hryppe, a przez kaberdynców i rosjan—kefir; napój o którym mowa przyjemniejszy jest od kumysu zwyczajnego. Kumys kefirowy jest to płyn pieniający się, gęstości śmietanki, smaku maślanej, a zapachem przypominający śmietanę. Z Kaukazu użycie kumysu kefirowego w celach leczniczych, rozpowszechniło się w Krymie i południowych guberniach Rosyi, a nawet w innych jej miejscowościach.

Obecnie istnieją zakłady kumysowe tego rodzaju: w Moskwie, Kijowie, Berdyczowie, Jalcie, Charkowie a najwięcej w Piatygorzku (latem do 4000 szklanek dziennie). Naukowo zaczęli się zajmować kumysem tym od r. 1867, t. j. od czasu ogłoszenia rozprawy Dr. **Lipowicza** w tow. lek. Kauk.

Pisali później o kefirze: *Szablowski, Kern* w r. 1881 (pierwsza rozprawa naukowa we właściwym znaczeniu), *Piasecki, Ogranowicz, Szczastny, Dmitrjew i Podwysocki*. Według Kern'a kefir składa się głównie z komórek drożdżowych (*Saccharomyces cerevisiae*) i z nitkowatych bakterii, oraz ich zarodników (*Dispora caucasica, Kern*).

Według Dmitrjewa różnica składu kumysów przedstawia się tak:

Na 1000 części zawierają:	kefir	kumys
	z krowiego	
	mleka	
Białka — — — —	38,000	11,200
Tłuszczu — — —	20,000	20,500
Laktozy — — — —	20,025	22,000
Kwasu mlecznego	9,000	11,500
Wysokoku — — —	8,000	16,500
Wody i soli — —	904,775	918,300

Rozbiór dokonany przez autora w pracowni chemicznej szpitali warszawskich, wykazuje:

Kefir	jednodniowy	Kumys	2-dniowy
ciężar gatunk.	10,32	10,26	
odczyn kwaśny	kwaśny	wydziela się	CO ₂
Alkoholu (na 1000) —	4,1	8,1	
Tłuszczu — — — —	19,6	28,9	
Cukru — — — — —	20,4	18,2	
Kwasu mlecznego — —	5,1	4,3	
Białka — — — — —	28,5	29,3	
Soli — — — — —	6,7	6,8	
Kwasu węglowego — —	0,3	0,8	

Kefir więc jest gęstszy od zwyczajnego kumysu, zawiera więcej ciał białkowych, mniej zaś wysokoku i kwasu mlecznego.

Jedną część kumysu kefirowego zawiera ilość białka odpowiadającą 3 cz. zwyczajnego; asymilacja kumysu jest łatwa, apetyt pod wpływem jego zwiększa się podobnie jak ciężar ciała. Przytem posiada kefir działanie wyksztuśne, moczopędne i napotne. Wskazany jest jako środek odżywczy przy wszelkich postaciach wyniszczenia. Dmitrjew z powodzeniem używał go do sztucznego karmienia dzieci. Pić należy kefir metodycznie począwszy od jednej szklanki, a dochodząc do 3 i więcej dziennie. Przy anemii i blednicy można dodawać żelaza. — Dogodność co do fabrykacji przedstawia kumys kefirowy o tyle, iż przyrządza się z mleka krowiego. Prelegent sprowadził kefir z Kaukazu i uprasza kolegów o wypróbowanie działania kumysu. Obecnie próby odbywają się w szpitalach: Dz Jezus (oddział kol. Dnnina); Św. Ducha (oddział kol. Sokołowski).

Kumys kefirowy sprzedaje się w aptece pp. Popiela i Wilczyńskiego.

Nekrologija.

— Dr. MICHEL, prof. klin. chirurgicznej i mer gminy Saue umarł w Nancy, której ofiarował dwie trzecie majątku swego na założenie szpitala i inne pożyteczne dzieła. (*La progr. med.* 12 maja 1883).

ODEZWA.

— *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie* podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1883/4 wakuje 6 stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w roku 1878 w mieście Piotrkowie, — dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. — Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich; b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkałi; c) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane będą i innym pilnym studentom pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyja winni złożyć podania do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa ulica Niecała nr. 7), najpóźniej do dnia 3/15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, a co do studentów, którzy pozostają w uniwersytecie na tymże wydziale, świadectwa o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem otrzymanych stopni na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o moralnem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa niezamożności; i 4) kandydaci z rodzin wyżej wymienionych złożyć winni nadto należyte, urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu, według zastrzeżenia testatora.

Z upoważnienia towarzystwa lekarskiego, sekretarz stały Dr. Szokalski.