

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

TREŚĆ: **Rozprawy naukowe.** Sprawozdanie z sezonu kąpielnego w zakładzie wód mineralnych Soleckich za rok 1870. Przez *Juljusza Wyrzykowskiego*, lekarza zdrojowego. O wpływie nerwów na odlechanie. Przez *A. Fabiana* i *A. Stockmanna*. (Ciąg dalszy) **Kronika Zagraniczna.** O nabłonkowych guzach jajnika a w szczególności o torbielach. Przez Prof. *Dr. Waldeyera*. Streścił *Dr. S. Witkowski*. **Korrespondencya** z Zamościa. Przez *Dr. S. Karczewskiego*. **Wiadomości bieżące.** Przyczynek do leczenia krupowego zapalenia płuc. Zmiany patologiczne na powierzchniach stawowych po częściowem wypilowaniu kości. Streścił *Dr. W. Mayzel*. **Dodałek.** Chirurgii operacyjnej Tom II ark. 6ty, Anatomii praktycznej arkusz 16ty, Pediatrii ark. 19, Fizyologii Tom I ark. 10ty.

Sprawozdanie z sezonu kąpielnego w zakładzie wód mineralnych Soleckich za rok 1870.

Przez *Juljusza Wyrzykowskiego*, lekarza zdrojowego.

Zanim przejdę do właściwego sprawozdania z chorób leczonych u zdrojowiska w Solcu w roku ubiegłym, niech mi będzie wolno bliżej nieco zastanowić się nad własnościami fizycznymi i chemicznymi wody Soleckiej, tém więcej że świeżo dokonany dokładny rozbiór ilościowy tej wody przez prof. *Wawnikiewicza*¹⁾ daje możność obecnie oprzeć się w tym względzie na bardzo pewnych i dokładnych danych.

Zródło wody mineralnej Soleckiej, znajdujące się we wsi Solcu, powiecie Stopnickim, gubernii Kieleckiej, wytryska z otworu świdrowego zrobionego w dnie szybu górniczego. Szyb rzeczony, wykonany pod kierunkiem radcy górniczego *Becker'a* w 1815 r., w celu odkrycia pokładów soli, opatrzony cembrowiną dębową jest długim na stóp 10 cali 7, szerokim na stóp 5 i głębokim na stóp 310. Z boku tego szybu znajdują się na różnej wysokości 3 chodniki wykute w skale. Na jesieni już woda wypełnia całą studnię i utrzymuje się stale na tym poziomie do połowy czerwca, kiedy woda zaczyna być czerpaną w większej ilości na potrzeby zakładu znajduje się znacznie niżej. Studnia rzeczona przykryta altaną łączy się za pomocą rur zamykanych z rezerwoarem położonym od niej o jakie 20 kroków,

¹⁾ Gazeta lekarska, tom VI, str. 762.

mającym na celu zaoszczędzenie wody przyływającej w czasie zimy; rozumie się, że woda ta zachowana w rezerwoarze nie może posiadać tych samych własności leczniczych co woda świeżo wytryskująca ze źródła i z tego też powodu od paru lat — rury te zupełnie są zamknięte i z wody nagromadzonej w rezerwoarze wcale się nie korzysta, tem bardziej, że przyływ wody wynoszący około 850 stóp sześć. na dobę, jest zupełnie wystarczającym na dzisiejsze potrzeby zakładu. W przyszłości zaś, gdyby się okazała większa potrzeba wody, sądzę, dałoby się to łatwo uskuteczyć przez oczyszczenie otworu świdrowego obecnie istniejącego lub przez wyświdrowanie nowego otworu. Woda na użytek zakładu czerpie się za pomocą kieratu, następnie rurami drewnianymi przeprowadza się do dwóch rezerwoarów, położonych za łazienkami; w jednym z tych rezerwoarów ogrzewa się ona za pomocą pary, w drugim pozostaje nie ogrzaną, z rezerwoarów tych za pomocą także rur drewnianych zostaje nakoniec doprowadzoną do wanien.

Woda solecka świeżo wydobyta posiada ciepłość 9,92° R., wlana do naczynia burzy się i perli, posiada silny zapach siarkowodoru, z początku jest bez koloru, później nieco opalizuje, opalizacja ta jej zależy od rozkładu siarkowodoru pod wpływem tlenu i osadzania wolnej siarki, po dłuższym czasie nabiera barwy zielono-żółtej, w końcu daje słaby męt czarny, siarek żelaza zawierający; smak jej jest wyraźnie słono-gorzki, zapach mocny, siarkowodorny, ciężar właściwy 1,0155.

Rozbiór chemiczny dokonany w grudniu 1868 r. przez prof. *W a w n i k i e w i c z a* wykazał w wodzie soleckiej następujące części składowe:

	w 1000 cz.	czyli	w 16 unc.
siarkowodoru siarku sody	0,22051	„	1,69351 gran.
siarku sodu	0,04325	„	0,33216 „
podsiarkonu sody	0,05065	„	0,38899 „
chlorku sodu	13,95532	„	107,17685 „
chlorku potassu	0,12941	„	0,99386 „
chlorku litynu	0,00303	„	0,02327 „
jodku magnezynu	0,01864	„	0,14315 „
bromku magnezynu	0,02480	„	0,19046 „
chlorku magnezynu	0,73092	„	5,61346 „
węglanu wapna	0,02145	„	0,16473 „
siarczanu wapna	2,94338	„	22,60515 „
siarczanu magnezyni	1,36791	„	10,50554 „
siarku manganu	0,00286	„	0,02196 „
kwasy krzemnego	0,02852	„	0,21903 „
tlenniku żelaza	0,00089	„	0,00683 „
materyi organicznych	0,60402	„	4,63887 „
kwasy węglanego wolnego	0,16231	„	1,24654 „
siarkowodoru wolnego	0,10009	„	0,76869 „
summa części składowych	20,30796	„	156,73305 „
kwasy węglanego	2,96 cent. sześć.	w 100 cent. sześć.	wody
siarkowodoru	1,83 „	„	„

Prócz tego ślady strontu, glinki, kwasu bornego i fosforowego.

Ze składu chemicznego, powyżej przytoczonego, przekonywamy się, że woda solecka, zawierająca 156,73 gr. części stałych w 16 uncjach wody, należy do wód mineralnych bardzo stężonych, ze względu zaś na znaczne ilości siarków alkalicznych, siarkowodoru, chlorku sodu i siarczanu magnezyi zaliczyć ją należy do wód słono-gorzkich siarczano-alkalicznych. Rozumie się, że sama ta nazwa nie może dać nam jeszcze dokładnego pojęcia o jej działaniu farmakologicznem, z tego powodu uważam za właściwe bliżej się nieco zastanowić nad najważniejszymi jej składnikami: siarkowodorem i siarkami alkalicznymi, chlorkiem sodu i siarczanem magnezyi i porównać w tym względzie wodę solecką z wodami mineralnymi odpowiednio złożonemi.

Siarkowódór wolny zwykle znajduje się w wodach mineralnych w bardzo małej ilości, wody zawierające 1 cent. sześć. czyli 0,42 gr tego gazu w 16 unc. wody należą już do bardzo silnych wód siarczanych. Akwisgram zawiera 0,03 gr., Weilbach 0,052, Neundorf 0,298, Swoszowice 0,75, Subien 0,9; z tego powodu woda solecka, zawierająca wolnego siarkowodoru 1,83 cent. sześć. czyli 0,76 gr., należy do najbogatszych wód siarczanych. Ilość ta siarkowodoru staje się jeszcze daleko większą z powodu obecności w wodzie soleckiej znacznej ilości siarków alkalicznych, te ostatnie znajdują się w wodzie soleckiej w ilości 2,02, gdy tymczasem w Neundorf znajduje się ich tylko 0,55, w Akwizgranie 0,07, w Bagnères de Luchon 0,42.

Co się tyczy fizyologicznego działania siarkowodoru i siarków alkalicznych, w tym względzie wiadomości nasze są bardzo jeszcze niedokładne, wiadomo tylko że siarkowódór działa przedewszystkiem niszcząco na hematoklobulinę, łącząc się z jej żelazem. Krew otrutych siarkowodorem przybiera barwę ciemno-czarną atramentową. D u b r o c h e t utrzymuje, że pod wpływem siarkowodoru wysysanie się zmniejsza. Siarkowódór poraża czynności mięśniowe. C h a u s s i e r znalazł, że u zwierząt otrutych tym gazem mięśnie tracą swoją pobudzalność; porażenie to rozciąga się i na mięśnie sercowe, bicie serca zwalnia się i nakoniec ustaje. Wdychany w małych ilościach lub wessany przez skórę gaz ten z początku zdaje się działać pobudzająco, pod jego wpływem z początku oddychanie staje się trudniejszym i mozolniejszym, błony śluzowe nosa, oczów i oskrzeli zostają podrażnione, skóra staje się cieplejszą i przekrwioną. Podobnie działają pobudzająco na przewod pokarmowy siarki alkaliczne i siarkowódór po dostaniu się ich do wewnątrz wydzielanie w kiszka pod ich wpływem powiększa się; powodują bardzo łatwo biegunkę. Gdy siarkowódór działać będzie przez czas dłuższy na ustrój, w takim razie występują objawy jego działania swoistego, następuje osłabienie, upadek sił, skóra staje się bladą, tętno małym i nie tak częstym, przedłużone działanie siarkowodoru prowadzi nakoniec do powolnego rozkładu krwi, wyniszczenia i śmierci.

Z tego co się powiedziało widzimy, że działanie wody soleckiej jako siarczaniej bez względu na inne jej składniki, według dzisiejszego stanu nauki bardzo trudno dałoby się wytłomaczyć, lecz zdaje się jednakże nie ulegać wątpliwości, że dla swojej siarki woda solecka :

1) powiększa wydzielanie na błonach śluzowych dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, oraz na skórze;

2) przyśpiesza zmianę materji w ustroju;

3) przy przedłużonem zaś używaniu w wysokim stopniu upośledza ogólne odżywianie.

Przechodzimy teraz do drugiego składnika znajdującego się w wodzie soleckiej w bardzo znacznej ilości, to jest do chlorku sodu. Chlorek sodu znajduje się w wodzie soleckiej w ilości 13,95 grm., w 1 kilogramie wody, czyli w ilości 107,17 gran w 16 unc. wody, w tym względzie Solec bogactwem soli kuchennej przewyższa bardzo wiele wód mineralnych słonych a ustępuje tylko solankom, porównywając bowiem Solec z odpowiednimi wodami słonymi i słonojodowymi widzimy, że w Kissingen (Rakoczy) znajduje się tylko chlorku sodu 44,71 gr. w 16 unc. wody, w Homburgu (Elisabethbrunnen) 79,15, w Wiesbaden 52,49, w Baden-Baden 16,52, w Kreutznach 108,70, w Hall 93,46, w Heilbrunn Adelaidsquelle 38,07, w Iwoniczu w 1^{em} źródle 60,46, w drugim źródle 47,19; w porównaniu z solankami znajdujemy naturalnie mniej soli w wodzie soleckiej i tak w Rehme znajduje się soli kuchennej 256,39 gr. w 16 unc., w Nauheim (Grosser Sprudel) 181,24, w Ischl 1893,88, w Truskawcu 363,10, w Ciechocinku w 2^o solance 136,70, w 3^o solance 167,77, w 5^o solance 339,88, w Wieliczce 1665,12. Z tego porównania pokazuje się, że Solec co do ilości soli kuchennej zajmuje pośrednie miejsce między wodami słonymi i solankami.

Co się tyczy fizyologicznego działania chlorku sodu, to wiemy, że sól ta stanowi składową część krwi i że następnie daje się wynaleść we wszystkich tkankach zwierzęcych. Doświadczenia wykonywane przez Voita, a następnie przez Kappa pokazały, że w zwykłych warunkach dzienny przychód i rozchód soli pozostaje w dokładnej równowadze, że przy dostawaniu się soli w większej ilości jak zazwyczaj przychód przewyższa jej rozchód i tym sposobem wtedy większa ilość soli może się nagromadzić w ustroju i nakoniec, że gdy do ustroju dostawać się będzie sól w ilości mniejszej jak zazwyczaj, w takim razie strata jej, przewyższa o wiele jej przychód. Rola jaką odgrywa sól kuchenna w ogólnej zmianie materji dotychczas nie jest jeszcze dokładnie poznana, to co wiemy opiera się więcej na przypuszczeniu jak na ściślejszej obserwacji. Sól kuchenna powszechnie jest uważana za środek dzielnie wspierający trawienie, działanie to jej jest niewątpliwem i występuje ono, jak się zdaje, w skutek podrażnienia, jakie wywiera sól kuchenna na ściany żołądka, przez co wydzielanie soku żołądkowego staje się daleko obfitszem. Drażnienie to rozciąga się i na cały przewód pokarmowy przez co powiększa się także i wydzielanie w kiszkaach i ruchy ich dokonywają się z większą daleko energią. W małych ilościach sól z powodu łatwego swego wsysania do krwi nie sprawia biegunki, działa dopiero przeczyszczająco, gdy będzie użytą na raz w większej dawce. We krwi sól kuchenna ma się przyczyniać do utrzymania w rozpuszczeniu czystego białka i białkanu sody. Liebig nadto znalazł, że sól kuchenna w małej ilości przyczynia się do rozpuszczenia glutenu i włóknika, w większych zaś ilościach (3—4%) osadza napowrót z roztworu ciała proteinowe.

Po dostaniu się do krwi sól kuchenna według Liebig'a ma ułatwiać wsysanie strawionych pokarmów do krwi i tym sposobem poprawiać odżywianie w ustroju ¹⁾. Nakoniec chlorek sodu zdaje się odgrywać bardzo wielką rolę w procesach twórczych, jak to możemy się przekonać przy wszelkich procesach zapalnych, szczególnie wyśiękowych, ropiastych, przy rakach, w których to razach w tkankach patologicznie zmienionych znajdujemy bardzo wielką ilość chlorku sodu, gdy jednocześnie zmniejsza się jego ilość w moczu lub nawet zupełnie znika. (Dalszy ciąg nastąpi).

O wpływie nerwów na oddechanie.

Przez A. Fabiana i A. Stookmanna.

(Ciąg dalszy *).

C z ę ś ć d r u g a.

Znakomite doświadczenia Legallois i Flourens'a, stanowiące prawdziwą epokę w fizyologii, stanowczo dowiodły, że ruchy oddechowe zależą od istnienia pewnego centrum w rdzeniu przedłużonym, którego umiejscowienie przybliżenie chociaż oznaczonem zostało. Jakkolwiek więc wpływ woli, działanie odruchowe niektórych nerwów mogą pod pewnym względem modyfikować czynność oddechową, to jednakże główny motor pozostaje czynnikiem niezależnym ani od woli, ani od wpływu nerwowego. Odkrycie Flourens'a pociągnęło za sobą szereg licznych prac, których zadaniem było rozstrzygnięcie muóstwa nasuwających się kwestyi. Skoro raz przyjęto istnienie centr oddechowych, potrzeba było określić bliżej jak działają, co powoduje ich czynność, w jakim stosunku stoją do reszty układu nerwowego.

I. Müller nazwał ruchy oddechowe „automatycznymi” w tém rozumieniu, że centra same przez się posiadają własność ciągłej czynności. W tém znaczeniu nazwa była niesłuszną i sam autor mało do niej przywiązywał wagi. Pogląd podobny długo utrzymać się nie mógł, gdyż centra oddechowe istnieją u płodu, a mimo to oddechanie nie ma miejsca aż do chwili urodzenia.

¹⁾ W tym względzie sól kuchenna działa podobnie jak węglan sody, który również przyczynia się do utrzymania w rozpuszczeniu białka we krwi i zwiększa wsysanie mleczka pokarmowego (*chylus*) do naczyń chłonnych, co zdaje się zależeć od tego, że krew alkaliczna, jak każdy płyn alkaliczny, posiada daleko wyższy równoważnik endosmotyczny aniżeli kwaśny mlecz pokarmowy, którego równoważnik endosmotyczny jest bardzo mały, jak to pokazały doświadczenia Jolly i Grama. Podobienstwo to między chlorkiem sodu i węglanem sody, daje się jeszcze i w inny sposób stwierdzić, mianowicie wiadomo, że chlorek sodu w wielu razach bywa źródłem, z którego we krwi tworzy się węglan i fosforan sody. Wiemy bowiem, że u zwierząt, które w swém żywieniu dostają prócz chlorku sodu same prawie tylko sole położone, znajdujemy jednakże we krwi przynajmniej 3 części węglanu sody na 1 część węglanu potażu, gdy tymczasem w ich mięśniach i soku mięsnyim znajduje się za to wiele chlorku potasu. Zdaje się zatem, że w pewnych razach chlorek sodu w obec węglanu i fosforanu potażu może się rozkładać we krwi, przy czém jego sod łączy się po części z kwasem węglanym, po części z kwasem fosfornym soli potażowych.

*) Patrz Nr. 33 Gaz. lek.

L u d w i g bardzo słusznie twierdził, że czynność tego rodzaju nie może być uważaną za automatyczną, w znaczeniu M ü l l e r'a, ale że jest następstwem wpływu ciągłego jakiegoś bodźca na centra. Najwybitniej spostrzegać się to daje u noworodka. Z chwilą gdy skutkiem zaciśnięcia naczyń łożyskowych, krew noworodka przestaje ulegać przemianie gazów w łożysku, następuje pierwsze poruszenie oddechowe, które napęlnia płuca powietrzem. Zresztą istnieją ściśle badane wypadki ruchów oddechowych u płodu w błonach zawartego, w razach gdy przemiana krwi w łożysku uległa zaburzeniom. Pomijając zresztą wszystkie pro i contra, stawiane przez wielu uczonych, wspominamy, że ostatecznie zgodzono się na to, iż centra oddechowe pobudzanemi są ciągle przez krew w nich krążącą. Z tego wypada, że pobudzenie jest ciągłym, dlaczegoż więc ruchy wywołane czynnością centr odbywają się w pewnym rytmicznym porządku? Udatnie tłumaczy przyczynę rytmiczności ruchów oddechowych R o s e n t h a l. Twierdzi, że praca wykonywana przez centra napotykać musi koniecznie pewien opór, już ze strony samych nerwów, za pośrednictwem których ruchy oddechowe wykonywać się mają. Jeżeli podrażnienie centr w jednostce czasu nie wystarcza na pokonanie oporu stawianego przez nerwy, potrzeba aby drażnienie trwało dłużej. Jak tylko podrażnienie dojdzie należytej siły, opór zostaje pokonanym i następuje ruch oddechowy, z chwilą jego wyswobodzenia pobudzenie centr uważać można za równe zeru, gdy tymczasem opór stoi w pierwotnej sile; potrzeba więc znowu nagromadzenia dostatecznej siły pobudzającej, aby ruch następny mógł mieć miejsce. Równowaga pomiędzy pobudzeniem i oporem wywołać musi ruchy miarowe mięśni oddechowych. Zmiana stosunku tych dwóch czynników będzie wpływać na zmianę samych ruchów. O innych zresztą warunkach, wpływających jużto na liczbę oddechów w danej jednostce czasu, jużto na ich głębokość wspomnimy niżej.

Dalej R o s e n t h a l powiada, że właściwym bodźcem dla centr oddechowych jest brak tlenu we krwi. Sam przyznaje, że zdanie to dziwnem się wydać może: nie przeczymy temu bynajmniej. Gdyby brak tlenu nie pociągał za sobą we krwi zmian żadnych, to i tak zmiana stosunkowa jej składu nasunie myśl, czy też inne składniki, występujące teraz w zwiększonej stosunkowo ilości, nie działają jak bodźce na centra. Wiemy dobrze co jest przyczyną zmniejszania się ilości tlenu, wiemy że jest to następstwem wytwarzania się w organizmie żywym kwasu węglanego. Ubytek więc tlenu we krwi jest następstwem innej sprawy koniecznie związanej z życiem. Dlaczegoż więc R o s e n t h a l upuszcza z uwagi sprawę główną a kładzie główny nacisk na jej następstwo? Powiada, że widziano objawy silnego podrażnienia centr oddechowych, gdzie dowiedzionym był brak tlenu we krwi bez nadmiernego nagromadzenia w niej kwasu węglanego. Gdzież jednak kryterium, że ilość choć nie nadmierna kwasu węglanego nie wystarcza na silniejsze pobudzenie. Chcąc poprzeć swoje zdanie powiada: że gdy zwierzę oddychało mieszaniną tlenu i wodoru, nie było objawów podrażnienia centr, gdy tymczasem przepędzanie przez płuca samego wodoru wywołało silne podrażnienie centr oddechowych, „mimo to, że gaz przepędzany przez płuca usuwał nagromadzający się we krwi kwas węglany,” przez co rozumie się, równoważąc ubytek tlenu, nie powinienby wywoływać objawów podrażnie-

nia, gdyby istotną przyczyną podrażnienia nie był sam brak tlenu. Dowodzenie powyższe na mylniej oparte jest podstawie. W pierwszym razie oddechanie mieszaniną, dostarczając tlenu potrzebnego do wydalenia ze krwi kwasu węglanego, rzeczywiście nie było różnem od oddechania w powietrzu atmosferycznem, miejsce normalnego azotu zajął wodór. Inaczej się rzecz ma w drugim wypadku. Wiemy, że wymiana gazów krwi w części tylko ulega prawom dyffuzyi, zależy ona od innych jeszcze warunków; przepędzanie więc przez płuca gazu obojętnego, jakim jest wodór, bynajmniej nie usuwa ze krwi tej części kwasu węglanego, która jest chemicznie związaną, tymczasem tlen ciągle ginie skutkiem przemiany materyi. Przyznać należy, że w tym razie ubyło tlenu, a jednocześnie przybyła do krwi nadmierna ilość kwasu węglanego. W obec takiego stanu rzeczy sądzimy, iż prawdopodobniejszem będzie przypisać podrażnienie centr spotęgowanemu we krwi czynnikowi t. j. kwasowi węglanemu, aniżeli czynnikowi działającemu w znaczeniu negatywném. Zresztą nie my tylko nie zgadzamy się na pogląd *R o s e n t h a l'a*. Znamienici badacze, jak: *P f l ü g e r*, *D o h m e n*, *N a s s e*, *S e c z e n o w*, *M a c G i l l a v r y* nie przyjmują tej teorii.

Szczególniej w tym względzie ciekawą jest praca *D o h m e n'a*, który na mocy swych doświadczeń (zwierzęta oddechają mieszaniną gazów) doszedł do wniosku: „że istotną przyczyną pobudzenia centr oddechowych, jest nagromadzony we krwi kwas węglany, o ile jednak konieczne przytém pomniejszenie ilości tlenu wpływać musi na podrażnienie, trudno oznaczyć.”

W obec takiego stanu rzeczy przedsięwzięliśmy doświadczenia na żywych zwierzętach, zbliżone formą do doświadczeń *D o h m e n'a*. Za punkt wyjścia służyło nam twierdzenie *R o s e n t h a l'a* że: „skoro tylko dostateczna ilość tlenu doprowadzona jest do płuc (resp. do krwi), obecność choćby 10% kwasu węglanego w powietrzu wdechaniem, na pobudzenie centr nie wpływa.” Miarą dla zwiększonego podrażnienia będzie zwiększenie pracy oddechowej, czyli większa czynność oddechowa. *R o s e n t h a l* przekonał, że wielkość oddechowa (*Athemgrösse*) polega na liczbie oddechów i na ich głębokości (resp. na zużyciu pewnej ilości powietrza w jednostce czasu). Zwiększenie liczby lub głębokości przemawia za tem, że czynność jest zwiększoną, czyli że i podrażnienie ją wywołujące jest silniejszym. Nie poblądziliśmy więc, używając za miarę podrażnienia ilość powietrza lub mieszaniny gazów zużytych do oddechania.

W tym celu użyliśmy przyrządu opisanego przez *R o s e n t h a l'a*, złożonego z rozdwojonej rurki i wentylów rtęciowych. Rurkę zakładaliśmy w tchawicę, łącząc następnie rozdwojone jej końce z wentylami. Wentyle urządzone były w ten sposób, że przez jeden przechodziło powietrze wdechane (wentyl wdechowy), przez drugi wychodziło wydychane (wentyl wydechowy). Skoro jeden z nich działał, drugi był zamkniętym. Mogliśmy więc ściśle oznaczać ilość wdechane powietrza w jednostce czasu, gdy wentyl wdechowy połączyliśmy ze spirometrem *H u t c h i n s o n'a* opatrzonym podziałką. Przystępując do każdego doświadczenia, oznaczaliśmy na jak długo wystarcza pewna ilość powietrza (stałe braliśmy za normę 360 cali sześciennych paryzkich). Następnie dopiero w miejsce powietrza czystego, używaliśmy powietrza z dodatkiem gazów to jest tlenu, kwasu węglanego lub obu na raz.

Ilość gazów dodawanych była różną i dokładnie procentowo oznaczaną. Dla usprawiedliwienia naszych wniosków przytaczamy trzy podobne doświadczenia.

D o ś w i a d c z e n i e I. Królik duży. Złożono rurkę do tchawicy i t. d.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełnionym czystym powietrzem. Królik zużył 360 cali sześć. w ciągu 12' 58" przy średniej liczbie oddechów 62 na minutę. Oddech równy, niezbyt głęboki. Nozdrza w ruchu jak zwykle.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełnionym powietrzem i kwasem węglanym czystym, (w stosunku 9% CO_2 na 360 c. sześć). Królik zużył 360 cali sześć. mieszaniny w ciągu 6' 11" przy średniej liczbie oddechów 63 na minutę. Oddechanie głębokie, klatka piersiowa w ruchu. (W ogóle objawy *dyspnoe*).

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem wypełnionym powietrzem, i kwasem węglanym i tlenem. (9% CO_2 , i 10% O). Królik zużył 360 c. s. mieszaniny w ciągu 6' 5" przy średniej liczbie oddechów, 62 na minutę. *Dyspnoe*.

D o ś w i a d c z e n i e II. Królik duży, założono kaniulę do tchawicy i t. d.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem. Oddechanie czystym powietrzem. Królik zużył 360 c. sześć. w ciągu 14' 10" przy średniej liczbie oddechów 64 na minutę. Oddech równy, działanie samej przepony.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełniony powietrzem i kwasem węglanym (12% CO_2). Królik zużył 360 c. sześć. mieszaniny w ciągu 6' 28" przy średniej liczbie oddechów 70 na minutę. Prócz przepony, działają mięśnie klatki i szyi. *Dyspnoe*.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełnionym powietrzem, tlenem i kwasem węglanym (12% CO_2 , i 12% O). Królik zużył 360 c. sześć. mieszaniny w ciągu 6' 39". Oddechanie podobne jak poprzednio, średnia liczba oddechów 78. *Dyspnoe*.
(*Dalszy ciąg nastąpi*).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O nabłonkowych guzach jajnika, a w szczególności o torbielach.

(*Die Epithelialen Eierstockgeschwülste insbesondere die Kystome.*

Archiv für Gynaekologie Bd. 1, S. 252).

Przez Prof. Dra W a l d e y e r a.

Streścił Dr. S. Witkowski.

Pod powyższym tytułem prof. W a l d e y e r z Wrocławia ogłosił rezultaty swych anatomo-patologicznych i mikroskopowych poszukiwań nad torbielami jajnika, których znaczną ilość miał sobie w tym celu komunikowaną.

Rozdziela on torbiele jajnika na dwie wielkie grupy, mianowicie na torbiele śluzowe (*Myxoidkystome*) i torbiele skórne (*Dermoidkystome*), które to nazwy uważa za najwłaściwsze dla tego, iż najlepiej określają wzajemny stosunek tych nowotworów do siebie i do normalnych utworów organizmu; gdy bowiem powierzchnia wewnętrzna torbieli skórnych przedstawia cechy skóry zewnętrznej pokrytej naskórkiem, powierzchnia ta w torbielach śluzowych przedstawia wejście i własności zwyczajnej obfitującej w naczynia i gruczoły błony śluzowej.

I.

Torbiele śluzowe tworzą zwykle jedno — lub wielokomórkowe worki dochodzące nieraz znacznej wielkości, tak iż zawierać mogą 50 do 100 i więcej litrów płynu. Mogą być pojedyncze, lub przy obustronnym przerodzeniu jajników podwójne, i łączą się z macicą za pomocą dłuższej lub krótszej s z y p u ł k i.

Szypułka utworzona jest przez: a) więz jajnikowy (*ligamentum ovarii*) zwykle zgrubiały i twardy, czasem jednak znacznie wydłużony i scieżczony; b) jajowód, który jest prawie zawsze wydłużony i ściśle połączony ze ścianą torbiela, zwłaszcza strzępy (*fimbriae*) są zwykle płasko rozpostarte i z torbielem stopione, a niekiedy nawet pokryte błonami fałszywymi; kanał jajowodu jest zawsze nie zarośniętym; c) więz szeroki z licznymi często bardzo grubymi naczyniami dochodzącymi nawet grubości tętnicy promieniowej. Szypułki w ogóle mają znaczną konsystencję, składają się z naczyń, włóknistej tkanki łącznej i gładkich włókien mięśniowych, stopień ich zbitości zależy od większej lub mniejszej przewagi tkanki łącznej nad naczynną i mięśniową; czasami szypułki bywają kruche i zmurszałe, co jak się zdaje, jest skutkiem tłuszczowego przerodzenia naczyń i komórek tkanki łącznej. W bardzo rzadkich wypadkach może nie być wcale szypułki i torbiel osadzony jest szeroką podstawą na boku macicy. Nussbaum opisał w jednym wypadku obecność podwojnej szypułki. Tam gdzie szypułka wchodzi w ścianę torbiela, ostatnia jest stale zgrubiała, a w zgrubieniu tem, można nieraz spotkać resztki normalnego mięszu jajnika. I tak w jednym wypadku Waldeyer wykazał kilka dobrze zachowanych starych ciałek żółtych w bliskości przyczepu szypułki. W innych wypadkach znajdowały się tu w ścianie torbiela małe pęcherzyki podobne do pęcherzyków Graafa lecz bez jajek.

W każdym torbielu śluzowym jajnika rozróżniamy torbiel główny czyli pierwotny i torbiele oboczne czyli wtórne. Ściana głównego torbiela otacza od zewnątrz wszystkie twory w skład jego wchodzące. Tam nawet gdzie torbiele wtórne tak są wystające iż zdają się być tylko przyczepionemi od zewnątrz guzami, na przecięciach preparatów stwardniałych przekonać się można, iż ściana ta przynajmniej swą warstwą zewnętrzną otacza je od zewnątrz. Większa część torbielów przedstawia także jamę główną, która powstaje przez zlanie się wielu torbieli wtórnych z pierwotnym. Do jamy tej wystają prawie wszystkie torbiele wtórne, w niej zawarta jest główna masa zawartości. Im torbiel jest starszy, tem jama jego główna jest większą, a w razie stopienia się wszystkich torbieli wtórnych z głównym, ten ostatni zawiera tylko jedną jamę, to jest staje się jednokomorowym. Młodsze torbiele zawsze są wielokomorowe, zwykle nie zawierają jamy głównej, lecz tworzą więcej stałe masy, na przecięciu których widzimy liczne małe torbielki napelnione istotą galaretowatą i otoczone przez ścianę główną. W miarę powiększania się tych torbieli wtórnych ściany ich coraz bardziej cieńszeją, a nareszcie pękają i otwierają się do torbiela głównego lub sąsiedniego wtórnego. Po takim pęknięciu torbiel wtórny przestaje rosnać samoistnie i płonieje, do czego przyczynia się ciśnienie pod jakim zostaje ogólna zawartość torbiela; pierwotny otwór staje się coraz większym, przestrzeń coraz bardziej płaska, a nareszcie pozostaje tylko płaskie wgłębienie w ścianie głównego torbiela. Torbiele wielokomórkowe, przedstawiają liczne przejściowe stopnie tego processu. Od takich spłoniałych torbieli wtórnych, pochodzi nierówne wejrzenie powierzchni wielu torbielów. W rozmaity sposób łączące się z sobą w liniach łukowatych, beczkowate grubsze lub cieńsze wyniosłości ściany wewnętrznej są prawie zawsze pozostałościami pierwotnych torbielów wtórnych. Ten process płonienia dotyka nie tylko większe torbiele wtórne, lecz również i mniejsze, w których nawet najlepiej śledzić się daje.

Ważne zatem pod względem praktycznym rozróżnienie torbielów na jedno i wielokomórkowe, pod względem patogenezy niema znaczenia. Pierwsze bowiem pochodzą zawsze z ostatnich i każdy torbiel jajnika jest z początku wielokomórkowym.

Odpowiednio do dalszych utworów powstających z powierzchni wewnętrznej, ściany głównego torbiela i torbielów wtórnych, rozróżnia Waldeyer dwie formy torbielów śluzowych, mianowicie: Torbiele proliferacyjne gruczolowe (*kystoma proliferum glandulare*) i torbiele proliferacyjne brodawkowe (*kystoma proliferum papillare*).

W torbielach gruczołowych przeważają utwory gruczołowe i zawsze znajduje się znaczna ilość torbieli wtórnych. Na przecięciach ściany takiego torbiela można zawsze rozpoznać małe woreczkowate wgłębienia nabłonkowe w tkankę tej ściany, przedstawiające wszystkie cechy utworów gruczołowych, i zamieniające się następnie na pęcherzyki zamknięte, tak zwane torbiele wtórne, w których ścianach ten sam process ciągle się powtarza. Tego rodzaju utwory torbielowe w postaci małych czasem dosyć twardej guzów dochodzących wielkości pięści, można widzieć nieraz osadzone na wewnętrznej powierzchni ściany głównego torbiela. Torbiele gruczołowe których cechą charakterystyczną stanowią te właśnie gruczołowe utwory, torbiele wtórne oraz gęsto płynna i ciągliwa zawartość, skutkiem pęknięcia i płonienia torbieli wtórnych zwykle stają się w końcu jednokomórkowymi.

Torbiele brodawkowe mają zupełnie inne wejrzenie. Z ich powierzchni wewnętrznej kielkują liczne mniejsze i większe kosmkowe i dentrytyczne utwory, które raz ograniczają się na małej przestrzeni i bujają tylko w niektórych miejscach, to znów nadzwyczaj się rozmnażają i wypełniają cały worek torbiela. Jeśli taki worek przetniemy, to na powierzchni przecięcia wystają szarobiałe przeświecające wyrostki kosmkowe. W niektórych wypadkach utwory te przedziurawiają ścianę główną i bujają w jamie otrzewnej.

Oba te rodzaje torbieli śluzowych polegają ostatecznie na jednoczesnym przeroście nabłonka i unaczynionej tkanki łącznej, różnica zaś formy zależy od przewagi jednej z tych dwóch tkanek. Jeśli przeważa formacja nabłonkowa to powstaje torbiel gruczołowa, jeśli zaś mocniej wybuja unaczynione podścielisko, to pojedyncze unaczynione brodawki tkanki łącznej wysuwają się do jamy torbiela i powstaje twór brodawkowy. Pomiedzy obydwojema temi formami mogą zachodzić liczne przejścia.

Często się zdarza, iż torbiele nawet większe od głowy dorosłego człowieka nie okazują wcale przyrostów do części otaczających, lecz leżą swobodnie ruchome w jamie brzusznej; mniejsze zaś torbiele jajnika są prawie zawsze wolnemi. Ze względu więc że wszystkie nawet mniejsze guzy innych okolic jamy brzusznej przedstawiają zawsze bardzo liczne zrosty z jej ścianą, zachodzi pytanie dla czego torbiele jajników okazują tak mało do tego dążności. Zdaniem Waldeyera pochodzi to od charakteru nabłonka jajnikowego, który składa się z komórek słupkowych i posiada także własności jak nabłonek błony śluzowej jajowodów, z wyjątkiem ruchu migawkowego. Powierzchnia zatem jajnika nabywa przez to charakteru błony śluzowej; aby zaś powierzchnie śluzowe mogły zrosnąć się z sobą lub z powierzchnią surowiczą, potrzeba aby nabłonek ich był zniszczony. Dopóki więc nabłonek jajnika powleka nienaruszenie powierzchnię jakiegokolwiek guza jajnikowego, dopóty nie przychodzi do zrostów, dopiero po jego utracie, co przy większych torbielach może nastąpić przez tarcie o ściany brzuszne, objawy zapalne i t. p., występują przyrosty. Waldeyer utrzymuje że na guzach jajnikowych nie przechodzących wielkością główki dziecięcia, znajdował zawsze nabłonek nienaruszony i dla tego nie przedstawiały one przyrostów. We wszystkich zaś guzach z przyrostami przekonał się iż w miejscu przyrośnięcia nie było nabłonka. Ta okoliczność powinna zdaniem jego skłaniać do ile możności wczesnego operowania torbieli jajników, oraz wstrzymywania się od ich punkcyi tam, gdzie mamy zamiar robić wycięcie, gdyż towarzyszące temu obrażenie sprzyja utracie powłoki nabłonkowej a tym sposobem i przyrostom. Powierzchnia zewnętrzna torbieli jajnika przedstawia nieraz małe stożkowate wyrostki nabłonkowe, które nie wywołują przyrostów, oraz inne wyrostki o mniej więcej licznych unaczynionych kosmkach, które przeciwnie są często punktem wyjścia dla takowych. Przedziurawienie ściany torbiela brodawkowego przez wybujałości tkanki łącznej sprowadza zwykle nierówności powierzchni zewnętrznej, nie daje jednak powodu do przyrostów, gdyż wybujałości te pokryte są zwykle grubą warstwą nabłonkową. Przyrosty tworzą się najczęściej z bocznej części ściany brzusznej, siatką i miednicą, rzadziej z kiszki. Budowa ich anatomiczna nie przedstawia nic szczególnego. Czasami na przedniej stronie ściany głównego torbiela dostrzegąć się dają okrągławe, często schodkowato zagłębienia się zniszczenia tkanki, które prawdopodobnie pochodzą od tarcia.

Co do budowy histologicznej torbieli śluzowych, ściany ich składają się z dwóch warstw: zewnętrznej twardej warstwy tkanki łącznej o włóknach równoległych, zawierającej mało komórek, i wewnętrznej cieńszej obfitującej w komórki i naczynia, bezpośrednio stykającej się z nabłonkiem wewnętrznym. Te dwie warstwy odpowiadają ściśle warstwom ściany pęcherzyka Graffa, mianowicie zewnętrzna błonie włóknistej (*tunica fibrosa*), a wewnętrzna błonie właściwej (*tunica propria*); nabłonek zaś wewnętrzny torbiela odpowiada błonie ziarnistej (*membrana granulosa*). Małe torbiele podczas swego pierwszego rozwoju, zawsze okazują tylko obfitującą w komórki warstwę wewnętrzną. Ogólna grubość obu warstw w rozmaitych torbielach jest zmienna, od 0,25—5—10 milimetrów. W ogóle torbiele gruczołowe posiadają grubsza i zbitsza ścianę, w niektórych jednak może ona być bardzo cienką; często błona zewnętrzna nie jest dobrze rozwinięta; w niektórych torbielach zdarza się iż ta ostatnia rozdzielona jest przez luźną tkankę łączną na kilka warstw, z których wewnętrzne zawierają zawsze więcej komórek niż zewnętrzne. W niektórych torbielach brodawkowych widać tuż przy nabłonku cienką prawie jednorodną warstwę, po za którą dopiero leżą warstwy unaczynione. Rozgałęzienie naczyń w tych torbielach nie przedstawia nic szczególnego. Fox zwraca uwagę na skręcony ich przebieg, co przypominałoby normalne stosunki naczyń jajnika.

Niewątpliwie najważniejszą częścią torbieli śluzowych jajnika jest nabłonek. We wszystkich badanych przez Waldeyera torbielach był nabłonkiem słupkowym, którego pojedyncza warstwa wyściela wewnętrzną powierzchnię torbiela oraz jej wyrostki brodawkowe. Eichwald opisuje torbiele wysłane nabłonkiem płaskim lub migawkowym, który mieli także obserwować Friedrich, Luschka, Virchow i Spigelberg. Rindfleisch, Fox i Böttcher wspominają o nabłonku słupkowym uwarstwionym, Waldeyer jednak znajdował zawsze tylko nabłonek słupkowy jednowarstwowy i powątpiewa aby w prawdziwych torbielach jajnika inny nabłonek mógł się znajdować, utrzymując iż obserwacje powyższych autorów prawdopodobnie odnosiły się do guzów teratologicznych. Jeśli zaraz po wyłuszczeniu torbiela, świeży nabłonek zwilżony płynem torbielowym będziemy badać pod mikroskopem, to patrząc z góry przedstawi się nam piękna mozaika, w której kontury pojedynczych komórek nie są dostrzegalne, lecz odróżnić je można tylko po pięknych pęcherzykowatych jądrach, oddzielonych od treści komórkowej, przez drobnoziarnistą linię graniczną. Jąderka są małe, czasem nie ma ich wcale. Treść komórkowa jest miękka, ciągliwa, bardzo biała i drobno ziarnista. Po dodaniu kwasu octowego, kontury komórkowe występują wyraźniej, i zwłaszcza, na częściach bocznych komórek ukazuje się zbitsza obwódka nakształt błony. Jądro leży zawsze bliżej dolnego brzegu komórki i otoczone jest przez nieco ciemniejszą mocniej ziarnistą część treści, która po dodaniu karminu barwi się daleko silniej niż treść górnej części komórki. Cięcia brane z preparatów moczonych w alkoholu okazują zawsze wyraźne boczne ściany komórek, górny zaś ich koniec wydaje się otwartym, tak iż komórka podobną jest do długiego wąskiego kieliszka. Niekiedy zdarzają się też tak zwane komórki kubkowe (*Becherzellen*) z wydętym ciałem komórkowym i jednorodną śluzową zawartością. W torbielach gruczołowych nabłonek wnika miejscami w postaci kolbek w głąb ściany torbiela. Te kolbkowate albo cylindryczne gruczołki są krótkie i nigdy nie przechodzą po za obfitującą w komórki warstwę wewnętrzną ściany torbiela; błony własnej nie mają. Brodawkowe wyrostki są najczęściej bardzo unaczynione i biorą początek w komórkowej wewnętrznej warstwie ściany torbiela. Forma ich jest rozmaita, nabłonek pokrywa wszystkie ich nierówności.

Zawartość torbiela jest zwykle mętną, brunatno-czerwonawą lub brudno żółtą, gęstą, ciągliwą masą; w miarę mniejszej gęstości i barwa jej staje się jaśniejszą. Według poszukiwań Eichwalda zawiera rozpuszczone w sobie dwa rodzaje istot organicznych należące do szeregu istot śluzowych i białkowych. Do pierwszych Eichwald zalicza mucin, tak zwaną istotę koloidalną i wykazany przez niego po raz pierwszy

ś l u z o p e p t o n, który jest w takim samym stosunku do mucinu, jak albuminpepton do białka. Do istot białkowych należy: b i a ł k o, p a r a l b u m i n, m e t a l b u m i n i a l b u m i n p e p t o n. Istoty te W a l d e y e r zgodnie z E i c h w a l d e m uważa za produkta przemiany mucinu lub białka. Cechującą jest stała obecność paralbuminu i metalbuminu, których w płynie torbieli jajnika nigdy nie brakuje. Zawartość torbielowa tworzy osad, złożony z szczątków komórkowych rozmaitej wielkości i postaci, wielkich tłuszczowo ziarnistych komórek, napęczniałych komórek w stanie przerodzenia paralbuminowego, śluzowego i koloidalnego (kulki koloidalne) i często dobrze zachowanych komórek słupkowych. Znajdują się też nieraz kryształki cholesteryny, ozerwone i białe ciała krwi, kupki barwnikowe, i ziarenka ciemno-brunatno-czerwonego barwnika pochodzące z czerwonych ciałek krwi, nie bywa zaś nigdy komórek wędrujących, przynajmniej na pewno rozpoznanych i w stanie amoebowego ruchu.

Czasami zachodzi potrzeba odróżnienia zawartości torbieli jajnika od innych płynów patologicznych organizmu, mianowicie: płynu puchliny brzusznej lub nerkowej, oraz zawartości worków Echinokoka. W tym celu podaje W a l d e y e r następujące charakterystyczne cechy:

P ł y n p u c h l i n y b r z u s z n e j jest mniej gęsty, jasno-żółty, mniejszej ciężkości gatunkowej (c. g. zawartości torbielowej 1018—1024, płynu zaś puchliny brzusznej 1010—1015), zawiera mniej stałych istot zwłaszcza białkowych, pozostawiony na powietrzu, po 12 do 48 godzinach tworzy delikatny, miękki, galaretowaty skrzep włóknikowy jaki nigdy nie tworzy się w zawartości torbielowej, nawet wtedy gdy miały miejsce wylewy krwi do wewnątrz torbiela, nie zawiera nigdy paralbuminu i metalbuminu, w osadzie jego nie ma komórek cylindrycznych, a natomiast znajdują się amoebowe ciała.

P ł y n z w o r k a E c h i n o k o k ó w różni się od zawartości torbielowej mniejszą ciężkością gatunkową, mniejszą ilością zawartego białka, obecnością cukru grobowego i inositu, obecnością strzępków błon zawierających właściwe prążkowane ciała chitinowe, wreszcie znalezienie skolexów tego pasożytu stanowczo rozstrzyga dyagnozę.

Trudniej zaś odróżnić płyn torbieli jajnika od p ł y n u pochodzącego z z a s t a r z a ł y c h p u c h l i n n e r k o w y c h, w którym już znikły cechujące części składowe moczu, nie mamy bowiem dotąd dokładnych chemicznych poszukiwań nad tym płynem, któreby mogły służyć za podstawę. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

KORRESPONDENCYA.

Zamość, d. 11 grudnia 1870 r.

Po dziś dzień nauka lekarska nie może nam zadawalniająco odpowiedzieć na pytanie, dlaczego w pewnych latach nieprawidłowe porody należą do rzadkości, w innych zaś są one zbyt częstymi. Do tych ostatnich obfitujących w nieszczęśliwe wypadki praktyki akuszerki, przynajmniej w naszych stronach zaliczyć możemy rok 1870. Niemasz prawie tygodnia by który z nas wolnym był od kilkokrotnego podania pomocy rodzającym, nie mówiąc już o wypadkach gdzie ciemnota, obojętność lub nieufność w sztukę lekarską właściwa naszym chłopkom pomnaża o wiele liczbę ofiar nie żądających pomocy akuszerki. Jeśli zawezwanym zostaje lekarz, zwykle sprawa porodowa ciągnie się od dwóch lub trzech dni, odejście wód płodowych poprzedza przybycie nasze najczęściej o jakie dwie doby, wyczerpanie zupełne bólów przynajmniej o dobę, a ręczna manipulacja osób niekompetentnych, we wszystkich prawie razach przed przybyciem naszym zaaplikowana, zwykle zabija dziecko i o wiele stan matki pogarsza.

Ale wróćmy do przedmiotu.

Wszystkie prawie tegoroczne nieprawidłowe porody, które już to sam miałem sposobność obserwowania, już też wiem z łaski szanownych kolegów, zawsze chętnie dzielących

się ze mną swojemi spostrzeżeniami; czy to dziwnym zbiegiem okoliczności, czy też z powodów nie dających się wytłumaczyć, stanowią położenia poprzeczne. Dzieci tym sposobem na świat przychodzące, są w największej liczbie wypadków donoszone, i stawiają się do porodu boczkiem lewym; główka z strony lewej matki, nóżki z prawej, wypada, lub co częściej wyciągniętą zostaje kończyna górna lewa, grzbiet dziecka zwrócony ku kości krzyżowej matki, piersi i brzuszki ku spojeniu łonowemu. Położenie takie, jedno z najczęstszych, jakkolwiek u pierwiastek i kobiet kilka razy rodzących obserwowanem bywa; rzadziej jednak u tych pierwszych spostrzeżać się daje, być może z znacznej przewagi liczniejszej kobiet parę razy rodzących nad pierwiastkami.

Nie jest zupełnie zamiarem moim wymieniać wszystkie wypadki po szczególe owych mniej więcej jednakowych położeni i przypadłości, które obrotem, już to szybciej, już wolniej, stosownie do okoliczności usunąć się daje; podzielić się tylko chcę z publicznością lekarską wypadkiem jednym, z którym pewny jestem prawie, że rzadko który z nas spotka się w praktyce swojej, dowodzącym zarazem jak koniecznie potrzebne jest u nas ustanowienie po wsiach lub małych miasteczkach przynajmniej jako tako uzdolnionych babek, i surowe wzbronienie aby osoby niekompetentne nie podawały pomocy akuszerki, a to celem uchronienia wielu kobiet i dzieci od rozmyślnego prawie, że się tak wyrażę, zabójstwa.

W dniu 1m grudnia 1870 roku, zawezwany zostałem w nocy do rodzącej w miasteczku o cztery mile od Zamościa położonego. Od męża który po mnie przybył, dowiedziałem się iż rodząca ma 45 lat wieku, ciała składu szczupłego, dziesiąty raz w życiu rodzi, upadek sił znaczny, inne porody odbywała zawsze jak najszczęśliwiej. Obecnie w czasie ciąży, żadnych chorobliwych przypadłości właściwych niektórym ciężarnym nie przechodziła; poród jest na czasie i tenże od trzech dni się rozpoczął. Przed dwoma dniami po pęknięciu, czy umyślném przedarciu pęcherza płodowego, miała odejść znaczna ilość wód, i niebawem wkrótce ukazała się z części płciowych zewnętrznych rączka. Dalszą opowiedział mi iż w przeddzień przybycia jego po mnie, jakaś kobieta poprawić miała położenie płodu w macicy, poczem coś (?) wypadło z rodzącej, i od tej chwili bóle zupełnie ustały.

Przybywszy na miejsce z akuszerką, znalazłem obie rączki sterczące aż po łokcie z części płciowych zewnętrznych silnie obrzmiałe, zasiniałe, zimne zupełnie i na całej swój powierzchni prawie obnażone z naskórka. Rodząca mocno osłabiona, kończyny zimne, sine, puls niewyczuwalny. Części płciowe zewnętrzne silnie obrzmiałe. Ruchów płodu już od czasu ustania bólów nie czuje, bicia serca płodu na żaden sposób nie udało mi się wyaskultować.

Od jednej z kobiet, których w podobnych razach nie brakuje, dowiedziałem się iż wczoraj jeszcze miejsce (wyraz ludowy dla oznaczenia łożyska służący) odeszło, i że od tego czasu bóle zupełnie ustały. Zkąd druga rączka wzięła się w częściach płciowych zewnętrznych na żaden sposób nie udało mi się dowiedzieć. Usłyszawszy iż krwotoku charakterystycznego przy odklejaniu się poprzedzającego łożyska (*placenta praevia*) nie było, nie znając jeszcze dokładnie jako młody praktyk barbarzyńskich manipulacji naszych pseudo-babek, nie mogłem sobie wytłumaczyć w pierwszej chwili jak łożysko mogło odejść dobrowolnie z kawałkiem sznurka pępkowego, a dziecko zostać w jamie macicy. Spytawszy się gdzie podziano owo łożysko, usłyszałem odpowiedź że wyrzucono go w siano, w którym w nocy trudno i niebezpiecznie szukać ze światłem. Okoliczności nagliły, bez straty tedy czasu, zabrałem się do wykonania obrotu, tłumacząc sobie iż w danym wypadku albo nie odeszło, lub też skrzep krwi wziętym został przez obecnych za łożysko. Po zrobieniu obrotu na nóżki i wyprowadzeniu sztuczném dziecięcia, które z powodu zupełnego ustania bólów, pomimo poprawionego położenia, siłami natury urodzić się nie mogło, zdziwiłem się niezmiernie zobaczywszy idący od pępka zaledwie kilka cali długości mający zerwany sznurek pępkowy. Niedowierzając oczom własnym, wprowadziłem rękę do jamy

macicy, lecz w niej ani reszty sznurka pępkowego, ani też łożyska nie znalazłem. W powyższym wypadku jak się pokazuje, sznurek pępkowy rozerwano w jamie macicy, lub co prędzej tenże wypadł, albo umyślnie wyciągnięty został na zewnątrz i następnie rozerwany; poczem w skutek bólów porodowych wypchniętém zostało łożysko wraz z kawałkiem sznurka pępkowego, albo też po przerwaniu sznurka dotąd ciągniono za tenże, dopóki nie odklejono łożyska które wraz ze sznurkiem wyciągnięto na zewnątrz.

Ruchy płodu istniejące do chwili owego nieszczęśliwego wydarzenia łożyska, oraz płód sam donoszony, dowodzi nam iż dziecko żyło, lecz następnie przez rozerwanie sznurka zamrzeć musiało.

Przytem dodać winniem że jak przedtem tak i po wyprowadzeniu dziecięcia nie było najmniejszego krwotoku, a po kilku dniach powróciwszy od położnicy, akuszerka oznajmiła mi iż stan tejże nic do życzenia nie zostawia. Przebiegu położu z powodów odemnie niezależnych obserwować nie mogłem.

Stefan Kurczewski.

Wiadomości bieżące.

— Przyczynek do leczenia krupowego zapalenia płuc. (Dyskussya Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu, na posiedzeniu w d. 25 listopada 1870 r.). Przez Dra *Sohrötter*. — Działanie n a p a r s t n i c y (*digitalis*). Naparstnicę zadawano w 22 wypadkach, zaraz po przybyciu chorych do szpitala jako *infusum* z 20 gran, w celu otrzymania prędszego skutku. W jednym wypadku tylko zadano ten środek w okresie wzrastania choroby; nie zdołał on tu przeszkodzić dojściu choroby do szczytu. Trwanie tego okresu było tak długie jak przy obojętném leczeniu. Intermissye były nieliczne, również ku końcowi choroby nie powiększały się. Bardzo ważną jest rzeczą że przecięciowo otrzymane najwyższe stopnie ciepłoty były prawie takież same jak przy obojętném leczeniu (40,3—40,5⁰), jednak w pewnych dniach nie dochodziły takiej liczby. Również nagle spadanie ciepłoty przy użyciu naparstnicy nie zdarzało się częściej jak przy obojętném leczeniu, a nawet czas trwania tego spadania temperatury był dłuższy w pierwszym razie. Przy obliczaniu czasu obniżenia ciepłoty należy uwzględnić dzień choroby, gdyż niemamy prawa przypisywać działaniu lekarstwa spadnięcie temperatury w 6 lub 10 dniu, jak to czyni *Thomas*. Również nie można było przeszkodzić podniesieniu się temperatury po dojściu jej do normy, ani też rozszerzeniu się infiltracji. Częstość pulsu w ogóle szybciej się zmniejszała niż temperatura, w tym więc względzie zachodzi różnica od leczenia obojętnego, przy którym tak tętno jak i ciepłota w równej mierze spadają. Taki rezultat osiągnięto z leczenia naparstnicą, którą zadawano od 2go do 5go dnia choroby w ilości 40—80 gran. Szkodliwe skutki naparstnicy (wymioty etc.) zdarzały się nadzwyczaj rzadko.

Działanie *tinct. veratri viridis*. Zadawano oryginalny amerykański przetwórc po 2 krople co godzina, aż do nudności i wymiot lub do wyraźnego osłabienia objawów gorączkowych; w ten sposób zadawano ten środek od 8 do 200 kropli; przecięciowo 30—40 kropli między 2 i 5 dniem choroby. Przedstawiona graficznie temperatura okazała liczne intermissye, które jednak i przy obojętném leczeniu często się zdarzają. O okresie wzrastania choroby mało da się powiedzieć, gdyż jeden tylko wypadek był leczony. Okres szczytu trwał zwykle 2—3 dni, przy obojętném zaś leczeniu 3—4 dni; byłby to dobry rezultat, gdyby większa ilość wypadków była obserwowaną. Co do stopnia najwyższej temperatury, przecięciowo liczby były te same co przy obojętném leczeniu, niekiedy nawet wyższe (do 41,1⁰). Większe wachania temperatury i nieprawidłowe wachaniaienne szły w parze z licznymi intermissyami. Wiele z tych ostatnich zależało od wpływu lekarstwa, wszakże nie tyczyło się to wszystkich, z uwagi na obserwacye przy obojętném leczeniu i bezskuteczność lekarstwa w różnych dniach w tymże samym wypadku. Inter-

missye nie zwiększały się ku końcowi okresu szczytu choroby. Niemożna więc zgodzić się na zdanie K o e h l e r'a, że intermissya w 1. dniu choroby zależy od wpływu lekarstwa. Na korzyść *tinct. veratri viridis* można przytoczyć to, że przez jej zadanie można było przeszkodzić pogorszeniom (*exacerbatio*). Pod względem spadania temperatury przy leczeniu *tinct. ver. virid.*, było ono częściej powolne niż nagłe. Również nie tylko że środek ten nie przeszkadzał rozszerzaniu się infiltracyi w jednem płucu, ale przeciwnie widziano zajęcie drugiego płuca sprawą zapalną. Co się tyczy wpływu tego środka na inne objawy, to niemożna było zauważyć widocznej ulgi w cierpieniach chorych. Po wymiotach następowało niekiedy polepszenie; były one połączone z długimi nudnościami, występowały raz lub dwa razy i ustawały po odstawieniu lekarstwa. Materye zwymiotowane były zielone. Działanie tego środka było zwykle bardzo rozmaite. W niektórych razach objawiało się już po 2 kroplach, w innych zaś razach potrzeba było 60—80, nawet 130 kropel dla osiągnięcia skutku! Wpływu na jakość pulsu nie można się było dopatrzeć, prócz że często stawał się on nawet szybszym. W 2ch tylko wypadkach puls prędzej stał się normalnym niż temperatura. Słowem, jesteśmy wprawdzie w możności przez zadanie *tinct. ver. virid.* usunąć przemijająco gorączkę, ale zaledwie na czas bardzo krótki, przyczem często sprawa zapalna nie przestaje się szerzyć, działanie jest jej bardzo niestałe, w użyciu jest nieprzyjemna i dawki muszą być rozmaicie wielkie.

Działanie emetyku. Obserwowano 20 wypadków; temperaturę mierzono po wymiotach, i raz lub dwa razy w czasie nocy. Po przybyciu chorych do szpitala, zadawano z roztworu 4 gr. na 4 uncye, połowę naraz a później co kwadrans łyżkę stosownie do potrzeby. Przecięciowo zadawano 3—4 gran, niekiedy do 9 gran. W wielu wypadkach okres szczytu choroby trwał 2 dni (krócej niż przy obojętnem leczeniu), wszakże w ogóle za mało wypadków obserwowano dla wyciągnięcia ostatecznych wniosków. Intermissye zdarzały się znaczne i dłuższe, wszakże nie powiększały się ku końcowi okresu szczytu choroby. Temperatura nie dochodziła takiego stopnia wysokości jak przy leczeniu obojętnem i za pomocą *tinct. veratri virid.*, ale bywała wyższą niż przy używaniu naparstnicy. Upadek temperatury bywał częściej nagły niż powolny, wszakże w obec małej liczby obserwowanych wypadków, wnioski w tym względzie nie mogą być wymowne. Czas trwania choroby nie bywał skróconym. Pokazuje się z tego że emetyk powoduje obniżenie temperatury, tak co do liczby stopni jak i czasu trwania. Temperatura zwykle spadała przy wymiotach lub rozwolnieniu, ale niekiedy pomimo tego wznosiła się. Objawy subiektywne niewiele bywały złagodzone. Puls nie ulegał widocznej zmianie; zwykle spadał równocześnie z obniżeniem temperatury. Kilkakrotne nawet zadawanie emetyku nie zdołało przeszkodzić natężeniu i rozszerzaniu się sprawy zapalnej; również płwocina nie wiele zmieniała się. Po wymiotach następowało zwykle osłabienie gorączki, ale na czas zbyt krótki i bez widocznego wpływu na dalszy przebieg choroby.

Działanie chininum bisulfuricum. Środek ten zadawano po 5 gran *pro dosi* zwykle co 2 godziny, z wyjątkiem czasu 4ch mierzeń temperatury. Przecięciowo zadawano w ciągu dnia 20—30 gran, w całym przebiegu choroby 110—120 gran, od 2go do 7go dnia. W jednym wypadku pomimo zadania 150 gran w ciągu trzech dni, choroba doszła swego szczytu. Wszakże czas trwania tego okresu był krótki, po większej części wynosił 2 dni, przyczem wysokość temperatury była mniejsza niż przy wszelkich innych metodach leczenia; w jednym wypadku mimo 145 gran chininy temperatura doszła 42^o! Upadek temperatury bywał przeważnie szybki; wszakże i to mogło zależeć od przypadku, gdyż często pomimo zadawania chininy okres szczytu przeciągał się długo. Intermissye jakie się zdarzały nie upoważniają do wyciągania ostatecznych wniosków. Chinina nie zdołała przeszkodzić rozszerzaniu się sprawy zapalnej w płucach, ani powstaniu wysięku pleurytycznego, ani podnoszeniu się ponownemu temperatury. Po większej części i tu puls spadał równocześnie z temperaturą, rzadko tylko wcześniej; mimo dłuższego zadawania chininy puls dochodził 126—166 uderzeń na minutę. Objawy subiektywne nie zmniejszały się

od chininy, rzadko powodowała ona szum w uszach, osłabienie słuchu i rozwolnienie, z których to powodów odstawiano ją w tych razach.

W jednym wypadku ostrej gruźlicy i stwardnienia płuc, obserwowano nadzwyczajne wabania dzienną temperatury, która rano wynosiła 32,5^o, wieczorem zaś dochodziła 39—40^o!

Dr. D r a s c h e robił postrzeżenia w 150 wypadkach nad działaniem *tinct. veratri virid.*, i otrzymał lepsze rezultaty. Głównie kładzie on nacisk na polepszenie się stanu subiektywnego chorych.

S k o d a oświadcza że nadzwyczaj trudno jest należycie ocenić skutki leczenia: mianowicie subiektywny stan chorych nie daje nam w tym względzie żadnej miary.

Dr. N u s s e r zaznacza, że przy panującym sceptycyzmie szkoły wiedeńskiej, lekarze przekonali się iż w większej liczbie chorób ostrych, działanie lekarstw nie wywiera pomysłnego wpływu na ich przebieg i zejście. Zależą one więcćj od samej choroby, a mianowicie od jej stopnia. Działanie przeto lekarskie na sam proces chorobny, byłoby w ten sposób nader podrzędne.

— Zmiany patologiczne na powierzchniach stawowych po częściowém wypiłowaniu. (*Wien. Mediz. Wochenschr. N. 3, 1871*). N a s i ł o f f pod przewodnictwem R e o k l i n g h a u s e n'a robił doświadczenia w tym względzie, i przekonał się, iż bujanie tkanek ma miejsce z końca stawowego zarówno z przestrzeni szpikowych jakoteż i z okostnej, przez co tworzą się wykwity kostne i nowa kość. Przy mikroskopijnem badaniu okostnej pokazało się że zmiany w niej zachodzące polegają na rozwoju tkanki chrzęstnej. Substancya międzykomórkowa w tej chrząstce staje się następnie włókienkowatą, komórki stają się kątowatemi, a przez odłożenie się soli wapiennych do istoty międzykomórkowej, tkanka ta zamienia się na kość. Ponieważ naczynia w tych nowych tkankach przebiegają pionowo do osi podłużnej kości, a przemiana wzmiankowana odbywa się równolegle do naczyń, przeto w tymże kierunku powstają także wykwity kostne. Wzdłuż tych ostatnich leżą obficie t. z. osteoplasty, prawdopodobnie powstają także i z komórek szpiku, które przez odłożenie soli wapiennych w substancję międzykomórkową mogą się także zamienić na ciątka kostne. W razie gdy się tworzy staw nowy choćby niedokładny, stwardniała tkanka posiada powierzchnię gładką, lecz nigdy nie pokrytą chrząstką. W 3 tygodnie po operacyi znajdujemy już części chrząstki przemienione w kość. Osteoplasty powstają prawdopodobnie z komórek chrząstkowych przez rozpląnięcie się substancyi międzykomórkowej, podczas gdy wielojądrowe myeloplaxy zdają się powstawać przez zlanie się kilku komórek z sobą, który to domysł wypowiedział już poprzednio B i l l r o t h. Wypiłowany koniec kości zrasta się także za pomocą młodej tkanki łącznej z pozostawionym dolkiem stawowym. Chrząstka przy tém zamienia się na tkankę łączną począwszy od powierzchni w głąb'. Istota zasadnicza przemienia się w przezroczystą substancję międzykomórkową, komórki chrząstkowe zaś w komórki tkanki łącznej. W miejscach chrząstki w ten sposób przemienionych, powstają równocześnie lub później naczynia włosowate stanowiące bezpośrednie przedłużenie naczyń przestrzeni szpikowych. N a s i ł o f f obserwował powstawanie myeloplaxów szczególniej na przeniesionym szpiku kostnym. Wprowadziwszy świeży szpik z kości piszczelowej pod skórę czola, w 17 dni po operacyi mógł on wyczuć pod skórą twardą kość wielkości ziarna grochu. Zarówno w myeloplaxach jako też i w niezlanych jeszcze komórkach mógł on wykazać cynober wstrzyknięty psu do krwi na kilka dni przed śmiercią.

(*Zentralbl. f. d. Med. Wiss. N. 49, 50*).

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarzni Gazety Polskiej, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

TREŚĆ: **Rozprawy naukowe.** Sprawozdanie z sezonu kąpielnego w zakładzie wód mineralnych Soleckich za rok 1870. Przez *Juljusza Wyrzykowskiego*, lekarza zdrojowego. O wpływie nerwów na oddechanie. Przez *A. Fabiana* i *A. Stockmanna*. (Ciąg dalszy) **Kronika Zagraniczna.** O nabłonkowych guzach jajnika a w szczególności o torbielach. Przez Prof. *Dr. Waldeyera*. Streścił *Dr. S. Witkowski*. **Korrespondencya** z Zamościa. Przez *Dr. S. Karczewskiego*. **Wiadomości bieżące.** Przyczynek do leczenia krupowego zapalenia płuc. Zmiany patologiczne na powierzchniach stawowych po częściowem wypilowaniu kości. Streścił *Dr. W. Mayzel*. **Dodałek.** Chirurgii operacyjnej Tom II ark. 6ty, Anatomii praktycznej arkusz 16ty, Pediatrii ark. 19, Fizyologii Tom I ark. 10ty.

Sprawozdanie z sezonu kąpielnego w zakładzie wód mineralnych Soleckich za rok 1870.

Przez *Juljusza Wyrzykowskiego*, lekarza zdrojowego.

Zanim przejdę do właściwego sprawozdania z chorób leczonych u zdrojowiska w Solcu w roku ubiegłym, niech mi będzie wolno bliżej nieco zastanowić się nad własnościami fizycznymi i chemicznymi wody Soleckiej, tém więcej że świeżo dokonany dokładny rozbiór ilościowy tej wody przez prof. *Wawnikiewicza*¹⁾ daje możność obecnie oprzeć się w tym względzie na bardzo pewnych i dokładnych danych.

Zródło wody mineralnej Soleckiej, znajdujące się we wsi Solcu, powiecie Stopnickim, gubernii Kieleckiej, wytryska z otworu świdrowego zrobionego w dnie szybu górniczego. Szyb rzeczony, wykonany pod kierunkiem rady górniczego *Becker'a* w 1815 r., w celu odkrycia pokładów soli, opatrzony cembrowiną dębową jest długim na stóp 10 cali 7, szerokim na stóp 5 i głębokim na stóp 310. Z boku tego szybu znajdują się na różnej wysokości 3 chodniki wykute w skale. Na jesieni już woda wypełnia całą studnię i utrzymuje się stale na tym poziomie do połowy czerwca, kiedy woda zaczyna być czerpaną w większej ilości na potrzeby zakładu znajduje się znacznie niżej. Studnia rzeczona przykryta altaną łączy się za pomocą rur zamykanych z rezerwoarem położonym od niej o jakie 20 kroków,

¹⁾ Gazeta lekarska, tom VI, str. 762.

mającym na celu zaoszczędzenie wody przyływającej w czasie zimy; rozumie się, że woda ta zachowana w rezerwoarze nie może posiadać tych samych własności leczniczych co woda świeżo wytryskująca ze źródła i z tego też powodu od paru lat — rury te zupełnie są zamknięte i z wody nagromadzonej w rezerwoarze wcale się nie korzysta, tem bardziej, że przyływ wody wynoszący około 850 stóp sześć. na dobę, jest zupełnie wystarczającym na dzisiejsze potrzeby zakładu. W przyszłości zaś, gdyby się okazała większa potrzeba wody, sądzę, dałoby się to łatwo uskutecznić przez oczyszczenie otworu świdrowego obecnie istniejącego lub przez wyświdrowanie nowego otworu. Woda na użytek zakładu czerpie się za pomocą kieratu, następnie rurami drewnianymi przeprowadza się do dwóch rezerwoarów, położonych za łazienkami; w jednym z tych rezerwoarów ogrzewa się ona za pomocą pary, w drugim pozostaje nie ogrzaną, z rezerwoarów tych za pomocą także rur drewnianych zostaje nakoniec doprowadzoną do wanien.

Woda solecka świeżo wydobyta posiada ciepłość 9,92° R., wlana do naczynia burzy się i perli, posiada silny zapach siarkowodoru, z początku jest bez koloru, później nieco opalizuje, opalizacya ta jej zależy od rozkładu siarkowodoru pod wpływem tlenu i osadzania wolnej siarki, po dłuższym czasie nabiera barwy zielonawo-żółtej, w końcu daje słaby męt czarny, siarek żelaza zawierający; smak jej jest wyraźnie słono-gorzki, zapach mocny, siarkowodorny, ciężar właściwy 1,0155.

Rozbiór chemiczny dokonany w grudniu 1868 r. przez prof. *W a w n i k i e w i c z a* wykazał w wodzie soleckiej następujące części składowe:

	w 1000 cz.	czyli	w 16 unc.
siarkowodoru siarku sody	0,22051	„	1,69351 gran.
siarku sodu	0,04325	„	0,33216 „
podsiarkonu sody	0,05065	„	0,38899 „
chlorku sodu	13,95532	„	107,17685 „
chlorku potassu	0,12941	„	0,99386 „
chlorku litynu	0,00303	„	0,02327 „
jodku magnezynu	0,01864	„	0,14315 „
bromku magnezynu	0,02480	„	0,19046 „
chlorku magnezynu	0,73092	„	5,61346 „
węglanu wapna	0,02145	„	0,16473 „
siarczanu wapna	2,94338	„	22,60515 „
siarczanu magnezyi	1,36791	„	10,50554 „
siarku manganu	0,00286	„	0,02196 „
kwasu krzemnego	0,02852	„	0,21903 „
tlenniku żelaza	0,00089	„	0,00683 „
materyi organicznych	0,60402	„	4,63887 „
kwasu węglanego wolnego	0,16231	„	1,24654 „
siarkowodoru wolnego	0,10009	„	0,76869 „
summa części składowych	20,30796	„	156,73305 „
kwasu węglanego	2,96 cent. sześć.	w 100 cent. sześć.	wody
siarkowodoru	1,83 „	„	„

Prócz tego ślady strontu, glinki, kwasu bornego i fosfornego.

Ze składu chemicznego, powyżej przytoczonego, przekonywamy się, że woda solecka, zawierająca 156,73 gr. części stałych w 16 uncjach wody, należy do wód mineralnych bardzo stężonych, ze względu zaś na znaczne ilości siarków alkalicznych, siarkowodoru, chlorku sodu i siarczanu magnezyi zaliczyć ją należy do wód słono-gorzkich siarczano-alkalicznych. Rozumie się, że sama ta nazwa nie może dać nam jeszcze dokładnego pojęcia o jej działaniu farmakologicznem, z tego powodu uważam za właściwe bliżej się nieco zastanowić nad najważniejszymi jej składnikami: siarkowodorem i siarkami alkalicznymi, chlorkiem sodu i siarczanem magnezyi i porównać w tym względzie wodę solecką z wodami mineralnymi odpowiednio złożonemi.

Siarkowódór wolny zwykle znajduje się w wodach mineralnych w bardzo małej ilości, wody zawierające 1 cent. sześć. czyli 0,42 gr tego gazu w 16 unc. wody należą już do bardzo silnych wód siarczanych. Akwisgram zawiera 0,03 gr., Weilbach 0,052, Neundorf 0,298, Swoszowice 0,75, Subien 0,9; z tego powodu woda solecka, zawierająca wolnego siarkowodoru 1,83 cent. sześć. czyli 0,76 gr., należy do najbogatszych wód siarczanych. Ilość ta siarkowodoru staje się jeszcze daleko większą z powodu obecności w wodzie soleckiej znacznej ilości siarków alkalicznych, te ostatnie znajdują się w wodzie soleckiej w ilości 2,02, gdy tymczasem w Neundorf znajduje się ich tylko 0,55, w Akwizgranie 0,07, w Bagnères de Luchon 0,42.

Co się tyczy fizyologicznego działania siarkowodoru i siarków alkalicznych, w tym względzie wiadomości nasze są bardzo jeszcze niedokładne, wiadomo tylko że siarkowódór działa przedewszystkiem niszcząco na hematoklobulinę, łącząc się z jej żelazem. Krew otrutych siarkowodorem przybiera barwę ciemno-czarną atramentową. D u b r o c h e t utrzymuje, że pod wpływem siarkowodoru wysysanie się zmniejsza. Siarkowódór poraża czynności mięśniowe. C h a u s s i e r znalazł, że u zwierząt otrutych tym gazem mięśnie tracą swoją pobudzalność; porażenie to rozciąga się i na mięśnie sercowe, bicie serca zwalnia się i nakoniec ustaje. Wdychany w małych ilościach lub wessany przez skórę gaz ten z początku zdaje się działać pobudzająco, pod jego wpływem z początku oddychanie staje się trudniejszym i mozolniejszym, błony śluzowe nosa, oczów i oskrzeli zostają podrażnione, skóra staje się cieplejszą i przekrwioną. Podobnie działają pobudzająco na przewód pokarmowy siarki alkaliczne i siarkowódór po dostaniu się ich do wewnątrz wydzielanie w kiszkaach pod ich wpływem powiększa się; powodują bardzo łatwo biegunkę. Gdy siarkowódór działać będzie przez czas dłuższy na ustrój, w takim razie występują objawy jego działania swoistego, następuje osłabienie, upadek sił, skóra staje się bladą, tętno małym i nie tak częstym, przedłużone działanie siarkowodoru prowadzi nakoniec do powolnego rozkładu krwi, wyniszczenia i śmierci.

Z tego co się powiedziało widzimy, że działanie wody soleckiej jako siarczaniej bez względu na inne jej składniki, według dzisiejszego stanu nauki bardzo trudno dałoby się wytłomaczyć, lecz zdaje się jednakże nie ulegać wątpliwości, że dla swojej siarki woda solecka :

1) powiększa wydzielanie na błonach śluzowych dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, oraz na skórze;

2) przyśpiesza zmianę materji w ustroju;

3) przy przedłużonem zaś używaniu w wysokim stopniu upośledza ogólne odżywianie.

Przechodzimy teraz do drugiego składnika znajdującego się w wodzie soleckiej w bardzo znacznej ilości, to jest do chlorku sodu. Chlorek sodu znajduje się w wodzie soleckiej w ilości 13,95 grm., w 1 kilogramie wody, czyli w ilości 107,17 gran w 16 unc. wody, w tym względzie Solec bogactwem soli kuchennej przewyższa bardzo wiele wód mineralnych słonych a ustępuje tylko solankom, porównywając bowiem Solec z odpowiedniami wodami słonymi i słonojodowymi widzimy, że w Kissingen (Rakoczy) znajduje się tylko chlorku sodu 44,71 gr. w 16 unc. wody, w Homburgu (Elisabethbrunnen) 79,15, w Wiesbaden 52,49, w Baden-Baden 16,52, w Kreutznach 108,70, w Hall 93,46, w Heilbrunn Adelaidsquelle 38,07, w Iwoniczu w 1^{em} źródle 60,46, w drugim źródle 47,19; w porównaniu z solankami znajdujemy naturalnie mniej soli w wodzie soleckiej i tak w Rehme znajduje się soli kuchennej 256,39 gr. w 16 unc., w Nauheim (Grosser Sprudel) 181,24, w Ischl 1893,88, w Truskawcu 363,10, w Ciechocinku w 2^o solance 136,70, w 3^o solance 167,77, w 5^o solance 339,88, w Wieliczce 1665,12. Z tego porównania pokazuje się, że Solec co do ilości soli kuchennej zajmuje pośrednie miejsce między wodami słonymi i solankami.

Co się tyczy fizyologicznego działania chlorku sodu, to wiemy, że sól ta stanowi składową część krwi i że następnie daje się wynaleść we wszystkich tkankach zwierzęcych. Doświadczenia wykonywane przez Voita, a następnie przez Kappa pokazały, że w zwykłych warunkach dzienny przychód i rozchód soli pozostaje w dokładnej równowadze, że przy dostawaniu się soli w większej ilości jak zazwyczaj przychód przewyższa jej rozchód i tym sposobem wtedy większa ilość soli może się nagromadzić w ustroju i nakoniec, że gdy do ustroju dostawać się będzie sól w ilości mniejszej jak zazwyczaj, w takim razie strata jej, przewyższa o wiele jej przychód. Rola jaką odgrywa sól kuchenna w ogólnej zmianie materji dotychczas nie jest jeszcze dokładnie poznana, to co wiemy opiera się więcej na przypuszczeniu jak na ściślejszej obserwacji. Sól kuchenna powszechnie jest uważana za środek dzielnie wspierający trawienie, działanie to jej jest niewątpliwem i występuje ono, jak się zdaje, w skutek podrażnienia, jakie wywiera sól kuchenna na ściany żołądka, przez co wydzielanie soku żołądkowego staje się daleko obfitszem. Drażnienie to rozciąga się i na cały przewód pokarmowy przez co powiększa się także i wydzielanie w kiszkaach i ruchy ich dokonywają się z większą daleko energią. W małych ilościach sól z powodu łatwego swego wsysania do krwi nie sprawia biegunki, działa dopiero przeczyszczająco, gdy będzie użytą na raz w większej dawce. We krwi sól kuchenna ma się przyczyniać do utrzymania w rozpuszczeniu czystego białka i białkanu sody. Liebig nadto znalazł, że sól kuchenna w małej ilości przyczynia się do rozpuszczenia glutenu i włóknika, w większych zaś ilościach (3—4%) osadza napowrót z roztworu ciała proteinowe.

Po dostaniu się do krwi sól kuchenna według Liebig'a ma ułatwiać wsysanie strawionych pokarmów do krwi i tym sposobem poprawiać odżywianie w ustroju ¹⁾. Nakoniec chlorek sodu zdaje się odgrywać bardzo wielką rolę w procesach twórczych, jak to możemy się przekonać przy wszelkich procesach zapalnych, szczególnie wyśiękowych, ropiastych, przy rakach, w których to razach w tkankach patologicznie zmienionych znajdujemy bardzo wielką ilość chlorku sodu, gdy jednocześnie zmniejsza się jego ilość w moczu lub nawet zupełnie znika. (Dalszy ciąg nastąpi).

O wpływie nerwów na oddechanie.

Przez A. Fabiana i A. Stookmanna.

(Ciąg dalszy *).

C z ę ś ć d r u g a.

Znakomite doświadczenia Legallois i Florens'a, stanowiące prawdziwą epokę w fizyologii, stanowczo dowiodły, że ruchy oddechowe zależą od istnienia pewnego centrum w rdzeniu przedłużonym, którego umiejscowienie przybliżenie chociaż oznaczonem zostało. Jakkolwiek więc wpływ woli, działanie odruchowe niektórych nerwów mogą pod pewnym względem modyfikować czynność oddechową, to jednakże główny motor pozostaje czynnikiem niezależnym ani od woli, ani od wpływu nerwowego. Odkrycie Florens'a pociągnęło za sobą szereg licznych prac, których zadaniem było rozstrzygnięcie muóstwa nasuwających się kwestyi. Skoro raz przyjęto istnienie centr oddechowych, potrzeba było określić bliżej jak działają, co powoduje ich czynność, w jakim stosunku stoją do reszty układu nerwowego.

I. Müller nazwał ruchy oddechowe „automatycznymi” w tém rozumieniu, że centra same przez się posiadają własność ciągłej czynności. W tém znaczeniu nazwa była niesłuszną i sam autor mało do niej przywiązywał wagi. Pogląd podobny długo utrzymać się nie mógł, gdyż centra oddechowe istnieją u płodu, a mimo to oddechanie nie ma miejsca aż do chwili urodzenia.

¹⁾ W tym względzie sól kuchenna działa podobnie jak węglan sody, który również przyczynia się do utrzymania w rozpuszczeniu białka we krwi i zwiększa wsysanie mleczka pokarmowego (*chylus*) do naczyń chłonnych, co zdaje się zależeć od tego, że krew alkaliczna, jak każdy płyn alkaliczny, posiada daleko wyższy równoważnik endosmotyczny aniżeli kwasny mlecz pokarmowy, którego równoważnik endosmotyczny jest bardzo mały, jak to pokazały doświadczenia Jolly i Grama. Podobienstwo to między chlorkiem sodu i węglanem sody, daje się jeszcze i w inny sposób stwierdzić, mianowicie wiadomo, że chlorek sodu w wielu razach bywa źródłem, z którego we krwi tworzy się węglan i fosforan sody. Wiemy bowiem, że u zwierząt, które w swém żywieniu dostają prócz chlorku sodu same prawie tylko sole położone, znajdujemy jednakże we krwi przynajmniej 3 części węglanu sody na 1 część węglanu potażu, gdy tymczasem w ich mięśniach i soku mięsnyim znajduje się za to wiele chlorku potasu. Zdaje się zatem, że w pewnych razach chlorek sodu w obec węglanu i fosforanu potażu może się rozkładać we krwi, przy czém jego sod łączy się po części z kwasem węglanym, po części z kwasem fosfornym soli potażowych.

*) Patrz Nr. 33 Gaz. lek.

L u d w i g bardzo słusznie twierdził, że czynność tego rodzaju nie może być uważaną za automatyczną, w znaczeniu M ü l l e r'a, ale że jest następstwem wpływu ciągłego jakiegoś bodźca na centra. Najwybitniej spostrzegać się to daje u noworodka. Z chwilą gdy skutkiem zaciśnięcia naczyń łożyskowych, krew noworodka przestaje ulegać przemianie gazów w łożysku, następuje pierwsze poruszenie oddechowe, które napęlnia płuca powietrzem. Zresztą istnieją ściśle badane wypadki ruchów oddechowych u płodu w błonach zawartego, w razach gdy przemiana krwi w łożysku uległa zaburzeniom. Pomijając zresztą wszystkie pro i contra, stawiane przez wielu uczonych, wspominamy, że ostatecznie zgodzono się na to, iż centra oddechowe pobudzanemi są ciągle przez krew w nich krążącą. Z tego wypada, że pobudzenie jest ciągłym, dlaczegoż więc ruchy wywołane czynnością centr odbywają się w pewnym rytmicznym porządku? Udatnie tłumaczy przyczynę rytmiczności ruchów oddechowych R o s e n t h a l. Twierdzi, że praca wykonywana przez centra napotykać musi koniecznie pewien opór, już ze strony samych nerwów, za pośrednictwem których ruchy oddechowe wykonywać się mają. Jeżeli podrażnienie centr w jednostce czasu nie wystarcza na pokonanie oporu stawianego przez nerwy, potrzeba aby drażnienie trwało dłużej. Jak tylko podrażnienie dojdzie należytej siły, opór zostaje pokonanym i następuje ruch oddechowy, z chwilą jego wyswobodzenia pobudzenie centr uważać można za równe zeru, gdy tymczasem opór stoi w pierwotnej sile; potrzeba więc znowu nagromadzenia dostatecznej siły pobudzającej, aby ruch następny mógł mieć miejsce. Równowaga pomiędzy pobudzeniem i oporem wywołać musi ruchy miarowe mięśni oddechowych. Zmiana stosunku tych dwóch czynników będzie wpływać na zmianę samych ruchów. O innych zresztą warunkach, wpływających jużto na liczbę oddechów w danej jednostce czasu, jużto na ich głębokość wspomnimy niżej.

Dalej R o s e n t h a l powiada, że właściwym bodźcem dla centr oddechowych jest brak tlenu we krwi. Sam przyznaje, że zdanie to dziwnem się wydać może: nie przeczymy temu bynajmniej. Gdyby brak tlenu nie pociągał za sobą we krwi zmian żadnych, to i tak zmiana stosunkowa jej składu nasunie myśl, czy też inne składniki, występujące teraz w zwiększonej stosunkowo ilości, nie działają jak bodźce na centra. Wiemy dobrze co jest przyczyną zmniejszania się ilości tlenu, wiemy że jest to następstwem wytwarzania się w organizmie żywym kwasu węglanego. Ubytek więc tlenu we krwi jest następstwem innej sprawy koniecznie związanej z życiem. Dlaczegoż więc R o s e n t h a l upuszcza z uwagi sprawę główną a kładzie główny nacisk na jej następstwo? Powiada, że widziano objawy silnego podrażnienia centr oddechowych, gdzie dowiedzionym był brak tlenu we krwi bez nadmiernego nagromadzenia w niej kwasu węglanego. Gdzież jednak kryterium, że ilość choć nie nadmierna kwasu węglanego nie wystarcza na silniejsze pobudzenie. Chcąc poprzeć swoje zdanie powiada: że gdy zwierzę oddychało mieszaniną tlenu i wodoru, nie było objawów podrażnienia centr, gdy tymczasem przepędzanie przez płuca samego wodoru wywołało silne podrażnienie centr oddechowych, „mimo to, że gaz przepędzany przez płuca usuwał nagromadzający się we krwi kwas węglany,” przez co rozumie się, równoważąc ubytek tlenu, nie powinienby wywoływać objawów podrażnie-

nia, gdyby istotną przyczyną podrażnienia nie był sam brak tlenu. Dowodzenie powyższe na mylniej oparte jest podstawie. W pierwszym razie oddechanie mieszaniną, dostarczając tlenu potrzebnego do wydalenia ze krwi kwasu węglanego, rzeczywiście nie było różnem od oddechania w powietrzu atmosferycznem, miejsce normalnego azotu zajął wodór. Inaczej się rzecz ma w drugim wypadku. Wiemy, że wymiana gazów krwi w części tylko ulega prawom dyffuzyi, zależy ona od innych jeszcze warunków; przepędzanie więc przez płuca gazu obojętnego, jakim jest wodór, bynajmniej nie usuwa ze krwi tej części kwasu węglanego, która jest chemicznie związaną, tymczasem tlen ciągle ginie skutkiem przemiany materyi. Przyznać należy, że w tym razie ubyło tlenu, a jednocześnie przybyła do krwi nadmierna ilość kwasu węglanego. W obec takiego stanu rzeczy sądzimy, iż prawdopodobniejszem będzie przypisać podrażnienie centr spotęgowanemu we krwi czynnikowi t. j. kwasowi węglanemu, aniżeli czynnikowi działającemu w znaczeniu negatywném. Zresztą nie my tylko nie zgadzamy się na pogląd R o s e n t h a l'a. Znamienici badacze, jak: P f l ü g e r, D o h m e n, N a s s e, S e c z e n o w, M a c G i l l a v r y nie przyjmują tej teoryi.

Szczególniej w tym względzie ciekawą jest praca D o h m e n'a, który na mocy swych doświadczeń (zwierzęta oddechają mieszaniną gazów) doszedł do wniosku: „że istotną przyczyną pobudzenia centr oddechowych, jest nagromadzony we krwi kwas węglany, o ile jednak konieczne przytém pomniejszenie ilości tlenu wpływać musi na podrażnienie, trudno oznaczyć.”

W obec takiego stanu rzeczy przedsięwzięliśmy doświadczenia na żywych zwierzętach, zbliżone formą do doświadczeń D o h m e n'a. Za punkt wyjścia służyło nam twierdzenie R o s e n t h a l'a że: „skoro tylko dostateczna ilość tlenu doprowadzona jest do płuc (resp. do krwi), obecność choćby 10% kwasu węglanego w powietrzu wdechaniem, na pobudzenie centr nie wpływa.” Miarą dla zwiększonego podrażnienia będzie zwiększenie pracy oddechowej, czyli większa czynność oddechowa. R o s e n t h a l przekonał, że wielkość oddechowa (*Athemgrösse*) polega na liczbie oddechów i na ich głębokości (resp. na zużyciu pewnej ilości powietrza w jednostce czasu). Zwiększenie liczby lub głębokości przemawia za tem, że czynność jest zwiększoną, czyli że i podrażnienie ją wywołujące jest silniejszym. Nie poblądziliśmy więc, używając za miarę podrażnienia ilość powietrza lub mieszaniny gazów zużytych do oddechania.

W tym celu użyliśmy przyrządu opisanego przez R o s e n t h a l'a, złożonego z rozdwojonej rurki i wentylów rtęciowych. Rurkę zakładaliśmy w tchawicę, łącząc następnie rozdwojone jej końce z wentylami. Wentyle urządzone były w ten sposób, że przez jeden przechodziło powietrze wdechane (wentyl wdechowy), przez drugi wychodziło wydychane (wentyl wydechowy). Skoro jeden z nich działał, drugi był zamkniętym. Mogliśmy więc ściśle oznaczać ilość wdechane powietrza w jednostce czasu, gdy wentyl wdechowy połączyliśmy ze spirometrem H u t c h i n s o n'a opatrzonym podziałką. Przystępując do każdego doświadczenia, oznaczaliśmy na jak długo wystarcza pewna ilość powietrza (stałe braliśmy za normę 360 cali sześciennych paryzkich). Następnie dopiero w miejsce powietrza czystego, używaliśmy powietrza z dodatkiem gazów to jest tlenu, kwasu węglanego lub obu na raz.

Ilość gazów dodawanych była różną i dokładnie procentowo oznaczaną. Dla usprawiedliwienia naszych wniosków przytaczamy trzy podobne doświadczenia.

D o ś w i a d c z e n i e I. Królik duży. Złożono rurkę do tchawicy i t. d.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełnionym czystym powietrzem. Królik zużył 360 cali sześć. w ciągu 12' 58" przy średniej liczbie oddechów 62 na minutę. Oddech równy, niezbyt głęboki. Nozdrza w ruchu jak zwykle.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełnionym powietrzem i kwasem węglanym czystym, (w stosunku 9% CO_2 na 360 c. sześć). Królik zużył 360 cali sześć. mieszaniny w ciągu 6' 11" przy średniej liczbie oddechów 63 na minutę. Oddechanie głębokie, klatka piersiowa w ruchu. (W ogóle objawy *dyspnoe*).

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem wypełnionym powietrzem, i kwasem węglanym i tlenem. (9% CO_2 , i 10% O). Królik zużył 360 c. s. mieszaniny w ciągu 6' 5" przy średniej liczbie oddechów, 62 na minutę. *Dyspnoe*.

D o ś w i a d c z e n i e II. Królik duży, założono kaniulę do tchawicy i t. d.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem. Oddechanie czystym powietrzem. Królik zużył 360 c. sześć. w ciągu 14' 10" przy średniej liczbie oddechów 64 na minutę. Oddech równy, działanie samej przepony.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełniony powietrzem i kwasem węglanym (12% CO_2). Królik zużył 360 c. sześć. mieszaniny w ciągu 6' 28" przy średniej liczbie oddechów 70 na minutę. Prócz przepony, działają mięśnie klatki i szyi. *Dyspnoe*.

Połączono wentyl wdechowy ze spirometrem napełnionym powietrzem, tlenem i kwasem węglanym (12% CO_2 , i 12% O). Królik zużył 360 c. sześć. mieszaniny w ciągu 6' 39". Oddechanie podobne jak poprzednio, średnia liczba oddechów 78. *Dyspnoe*. (Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O nabłonkowych guzach jajnika, a w szczególności o torbielach.

(*Die Epithelialen Eierstockgeschwülste insbesondere die Kystome.*

Archiv für Gynaekologie Bd. 1, S. 252).

Przez Prof. Dra W a l d e y e r a.

Streścił Dr. S. Witkowski.

Pod powyższym tytułem prof. W a l d e y e r z Wrocławia ogłosił rezultaty swych anatomo-patologicznych i mikroskopowych poszukiwań nad torbielami jajnika, których znaczną ilość miał sobie w tym celu komunikowaną.

Rozdziela on torbiele jajnika na dwie wielkie grupy, mianowicie na torbiele śluzowe (*Myxoidkystome*) i torbiele skórne (*Dermoidkystome*), które to nazwy uważa za najwłaściwsze dla tego, iż najlepiej określają wzajemny stosunek tych nowotworów do siebie i do normalnych utworów organizmu; gdy bowiem powierzchnia wewnętrzna torbieli skórnych przedstawia cechy skóry zewnętrznej pokrytej naskórkiem, powierzchnia ta w torbielach śluzowych przedstawia wejście i własności zwyczajnej obfitującej w naczynia i gruczoły błony śluzowej.

I.

Torbiele śluzowe tworzą zwykle jedno — lub wielokomórkowe worki dochodzące nieraz znacznej wielkości, tak iż zawierać mogą 50 do 100 i więcej litrów płynu. Mogą być pojedyncze, lub przy obustronnem przerodzeniu jajników podwójne, i łączą się z macicą za pomocą dłuższej lub krótszej s z y p u ł k i.

Szypułka utworzona jest przez: a) więz jajnikowy (*ligamentum ovarii*) zwykle zgrubiały i twardy, czasem jednak znacznie wydłużony i scieżczony; b) jajowód, który jest prawie zawsze wydłużony i ściśle połączony ze ścianą torbiela, zwłaszcza strzępy (*fimbriae*) są zwykle płasko rozpostarte i z torbielem stopione, a niekiedy nawet pokryte błonami fałszywymi; kanał jajowodu jest zawsze nie zarośniętym; c) więz szeroki z licznymi często bardzo grubymi naczyniami dochodzącymi nawet grubości tętnicy promieniowej. Szypułki w ogóle mają znaczną konsystencję, składają się z naczyń, włóknistej tkanki łącznej i gładkich włókien mięśniowych, stopień ich zbitości zależy od większej lub mniejszej przewagi tkanki łącznej nad naczynną i mięśniową; czasami szypułki bywają kruche i zmurszałe, co jak się zdaje, jest skutkiem tłuszczowego przerodzenia naczyń i komórek tkanki łącznej. W bardzo rzadkich wypadkach może nie być wcale szypułki i torbiel osadzony jest szeroką podstawą na boku macicy. Nussbaum opisał w jednym wypadku obecność podwojnej szypułki. Tam gdzie szypułka wchodzi w ścianę torbiela, ostatnia jest stale zgrubiała, a w zgrubieniu tem, można nieraz spotkać resztki normalnego mięszu jajnika. I tak w jednym wypadku Waldeyer wykazał kilka dobrze zachowanych starych ciałek żółtych w bliskości przyczepu szypułki. W innych wypadkach znajdowały się tu w ścianie torbiela małe pęcherzyki podobne do pęcherzyków Graafa lecz bez jajek.

W każdym torbielu śluzowym jajnika rozróżniamy torbiel główny czyli pierwotny i torbiele oboczne czyli wtórne. Ściana głównego torbiela otacza od zewnątrz wszystkie twory w skład jego wchodzące. Tam nawet gdzie torbiele wtórne tak są wystające iż zdają się być tylko przyczepionemi od zewnątrz guzami, na przecięciach preparatów stwardniałych przekonać się można, iż ściana ta przynajmniej swą warstwą zewnętrzną otacza je od zewnątrz. Większa część torbielów przedstawia także jamę główną, która powstaje przez zlanie się wielu torbieli wtórnych z pierwotnym. Do jamy tej wystają prawie wszystkie torbiele wtórne, w niej zawarta jest główna masa zawartości. Im torbiel jest starszy, tem jama jego główna jest większą, a w razie stopienia się wszystkich torbieli wtórnych z głównym, ten ostatni zawiera tylko jedną jamę, to jest staje się jednokomorowym. Młodsze torbiele zawsze są wielokomorowe, zwykle nie zawierają jamy głównej, lecz tworzą więcej stałe masy, na przecięciu których widzimy liczne małe torbielki napelnione istotą galaretowatą i otoczone przez ścianę główną. W miarę powiększania się tych torbieli wtórnych ściany ich coraz bardziej cieńszeją, a nareszcie pękają i otwierają się do torbiela głównego lub sąsiedniego wtórnego. Po takim pęknięciu torbiel wtórny przestaje rosnać samoistnie i płonieje, do czego przyczynia się ciśnienie pod jakim zostaje ogólna zawartość torbiela; pierwotny otwór staje się coraz większym, przestrzeń coraz bardziej płaska, a nareszcie pozostaje tylko płaskie wgłębienie w ścianie głównego torbiela. Torbiele wielokomórkowe, przedstawiają liczne przejściowe stopnie tego processu. Od takich spłoniałych torbieli wtórnych, pochodzi nierówne wejrzenie powierzchni wielu torbielów. W rozmaity sposób łączące się z sobą w liniach łukowatych, beczkowate grubsze lub cieńsze wyniosłości ściany wewnętrznej są prawie zawsze pozostałościami pierwotnych torbielów wtórnych. Ten process płonienia dotyka nie tylko większe torbiele wtórne, lecz również i mniejsze, w których nawet najlepiej śledzić się daje.

Ważne zatem pod względem praktycznym rozróżnienie torbielów na jedno i wielokomórkowe, pod względem patogenezy niema znaczenia. Pierwsze bowiem pochodzą zawsze z ostatnich i każdy torbiel jajnika jest z początku wielokomórkowym.

Odpowiednio do dalszych utworów powstających z powierzchni wewnętrznej, ściany głównego torbiela i torbielów wtórnych, rozróżnia Waldeyer dwie formy torbielów śluzowych, mianowicie: Torbiele proliferacyjne gruczolowe (*kystoma proliferum glandulare*) i torbiele proliferacyjne brodawkowe (*kystoma proliferum papillare*).

W torbielach gruczołowych przeważają utwory gruczołowe i zawsze znajduje się znaczna ilość torbieli wtórnych. Na przecięciach ściany takiego torbiela można zawsze rozpoznać małe woreczkowate wgłębienia nabłonkowe w tkankę tej ściany, przedstawiające wszystkie cechy utworów gruczołowych, i zamieniające się następnie na pęcherzyki zamknięte, tak zwane torbiele wtórne, w których ścianach ten sam process ciągle się powtarza. Tego rodzaju utwory torbielowe w postaci małych czasem dosyć twarych guzów dochodzących wielkości pięści, można widzieć nieraz osadzone na wewnętrznej powierzchni ściany głównego torbiela. Torbiele gruczołowe których cechą charakterystyczną stanowią te właśnie gruczołowe utwory, torbiele wtórne oraz gęsto płynna i ciągliwa zawartość, skutkiem pęknięcia i płonienia torbieli wtórnych zwykle stają się w końcu jednokomórkowymi.

Torbiele brodawkowe mają zupełnie inne wejrzenie. Z ich powierzchni wewnętrznej kielkują liczne mniejsze i większe kosmkowe i dentrytyczne utwory, które raz ograniczają się na małej przestrzeni i bujają tylko w niektórych miejscach, to znów nadzwyczaj się rozmnażają i wypełniają cały worek torbiela. Jeśli taki worek przetniemy, to na powierzchni przecięcia wystają szarobiałe przeświecające wyrostki kosmkowe. W niektórych wypadkach utwory te przedziurawiają ścianę główną i bujają w jamie otrzewnej.

Oba te rodzaje torbieli śluzowych polegają ostatecznie na jednoczesnym przeroście nabłonka i unaczynionej tkanki łącznej, różnica zaś formy zależy od przewagi jednej z tych dwóch tkanek. Jeśli przeważa formacja nabłonkowa to powstaje torbiel gruczołowa, jeśli zaś mocniej wybuja unaczynione podścielisko, to pojedyncze unaczynione brodawki tkanki łącznej wysuwają się do jamy torbiela i powstaje twór brodawkowy. Pomiedzy obydwojma temi formami mogą zachodzić liczne przejścia.

Często się zdarza, iż torbiele nawet większe od głowy dorosłego człowieka nie okazują wcale przyrostów do części otaczających, lecz leżą swobodnie ruchome w jamie brzusznej; mniejsze zaś torbiele jajnika są prawie zawsze wolnemi. Ze względu więc że wszystkie nawet mniejsze guzy innych okolic jamy brzusznej przedstawiają zawsze bardzo liczne zrosty z jej ścianą, zachodzi pytanie dla czego torbiele jajników okazują tak mało do tego dążności. Zdaniem Waldeyera pochodzi to od charakteru nabłonka jajnikowego, który składa się z komórek słupkowych i posiada także własności jak nabłonek błony śluzowej jajowodów, z wyjątkiem ruchu migawkowego. Powierzchnia zatem jajnika nabywa przez to charakteru błony śluzowej; aby zaś powierzchnie śluzowe mogły zrosnąć się z sobą lub z powierzchnią surowiczą, potrzeba aby nabłonek ich był zniszczony. Dopóki więc nabłonek jajnika powleka nienaruszenie powierzchnię jakiegokolwiek guza jajnikowego, dopóty nie przychodzi do zrostów, dopiero po jego utracie, co przy większych torbielach może nastąpić przez tarcie o ściany brzuszne, objawy zapalne i t. p., występują przyrosty. Waldeyer utrzymuje że na guzach jajnikowych nie przechodzących wielkością główki dziecięcia, znajdował zawsze nabłonek nienaruszony i dla tego nie przedstawiały one przyrostów. We wszystkich zaś guzach z przyrostami przekonał się iż w miejscu przyrośnięcia nie było nabłonka. Ta okoliczność powinna zdaniem jego skłaniać do ile możności wczesnego operowania torbieli jajników, oraz wstrzymywania się od ich punkcyi tam, gdzie mamy zamiar robić wycięcie, gdyż towarzyszące temu obrażenie sprzyja utracie powłoki nabłonkowej a tym sposobem i przyrostom. Powierzchnia zewnętrzna torbieli jajnika przedstawia nieraz małe stożkowate wyrostki nabłonkowe, które nie wywołują przyrostów, oraz inne wyrostki o mniej więcej licznych unaczynionych kosmkach, które przeciwnie są często punktem wyjścia dla takowych. Przedziurawienie ściany torbiela brodawkowego przez wybujałości tkanki łącznej sprowadza zwykle nierówności powierzchni zewnętrznej, nie daje jednak powodu do przyrostów, gdyż wybujałości te pokryte są zwykle grubą warstwą nabłonkową. Przyrosty tworzą się najczęściej z bocznej części ściany brzusznej, siatką i miednicą, rzadziej z kiszki. Budowa ich anatomiczna nie przedstawia nic szczególnego. Czasami na przedniej stronie ściany głównego torbiela dostrzegąć się dają okrągławe, często schodkowato zagłębienia się zniszczenia tkanki, które prawdopodobnie pochodzą od tarcia.

Co do budowy histologicznej torbieli śluzowych, ściany ich składają się z dwóch warstw: zewnętrznej twardej warstwy tkanki łącznej o włóknach równoległych, zawierającej mało komórek, i wewnętrznej cieńszej obfitującej w komórki i naczynia, bezpośrednio stykającej się z nabłonkiem wewnętrznym. Te dwie warstwy odpowiadają ściśle warstwom ściany pęcherzyka Graffa, mianowicie zewnętrzna błonie włóknistej (*tunica fibrosa*), a wewnętrzna błonie właściwej (*tunica propria*); nabłonek zaś wewnętrzny torbiela odpowiada błonie ziarnistej (*membrana granulosa*). Małe torbiele podczas swego pierwszego rozwoju, zawsze okazują tylko obfitującą w komórki warstwę wewnętrzną. Ogólna grubość obu warstw w rozmaitych torbielach jest zmienna, od 0,25—5—10 milimetrów. W ogóle torbiele gruczołowe posiadają grubszą i zbitszą ścianę, w niektórych jednak może ona być bardzo cienką; często błona zewnętrzna nie jest dobrze rozwinięta; w niektórych torbielach zdarza się iż ta ostatnia rozdzielona jest przez luźną tkankę łączną na kilka warstw, z których wewnętrzne zawierają zawsze więcej komórek niż zewnętrzne. W niektórych torbielach brodawkowych widać tuż przy nabłonku cienką prawie jednorodną warstwę, po za którą dopiero leżą warstwy unaczynione. Rozgałęzienie naczyń w tych torbielach nie przedstawia nic szczególnego. Fox zwraca uwagę na skręcony ich przebieg, co przypominałoby normalne stosunki naczyń jajnika.

Niewątpliwie najważniejszą częścią torbieli śluzowych jajnika jest nabłonek. We wszystkich badanych przez Waldeyera torbielach był nabłonkiem słupkowym, którego pojedyncza warstwa wyściela wewnętrzną powierzchnię torbiela oraz jej wyrostki brodawkowe. Eichwald opisuje torbiele wysłane nabłonkiem płaskim lub migawkowym, który mieli także obserwować Friedrich, Luschka, Virchow i Spigelberg. Rindfleisch, Fox i Böttcher wspominają o nabłonku słupkowym uwarstwionym, Waldeyer jednak znajdował zawsze tylko nabłonek słupkowy jednowarstwowy i powątpiewa aby w prawdziwych torbielach jajnika inny nabłonek mógł się znajdować, utrzymując iż obserwacje powyższych autorów prawdopodobnie odnosiły się do guzów teratologicznych. Jeśli zaraz po wyłuszczeniu torbiela, świeży nabłonek zwilżony płynem torbielowym będziemy badać pod mikroskopem, to patrząc z góry przedstawi się nam piękna mozaika, w której kontury pojedynczych komórek nie są dostrzegalne, lecz odróżnić je można tylko po pięknych pęcherzykowatych jądrach, oddzielonych od treści komórkowej, przez drobnoziarnistą linię graniczną. Jąderka są małe, czasem nie ma ich wcale. Treść komórkowa jest miękka, ciągliwa, bardzo biała i drobno ziarnista. Po dodaniu kwasu octowego, kontury komórkowe występują wyraźniej, i zwłaszcza, na częściach bocznych komórek ukazuje się zbitsza obwódka nakształt błony. Jądro leży zawsze bliżej dolnego brzegu komórki i otoczone jest przez nieco ciemniejszą mocniej ziarnistą część treści, która po dodaniu karminu barwi się daleko silniej niż treść górnej części komórki. Cięcia brane z preparatów moczonych w alkoholu okazują zawsze wyraźne boczne ściany komórek, górny zaś ich koniec wydaje się otwartym, tak iż komórka podobną jest do długiego wąskiego kieliszka. Niekiedy zdarzają się też tak zwane komórki kubkowe (*Becherzellen*) z wydętym ciałem komórkowym i jednorodną śluzową zawartością. W torbielach gruczołowych nabłonek wnika miejscami w postaci kolbek w głąb ściany torbiela. Te kolbkowate albo cylindryczne gruczołki są krótkie i nigdy nie przechodzą po za obfitującą w komórki warstwę wewnętrzną ściany torbiela; błony własnej nie mają. Brodawkowe wyrostki są najczęściej bardzo unaczynione i biorą początek w komórkowej wewnętrznej warstwie ściany torbiela. Forma ich jest rozmaita, nabłonek pokrywa wszystkie ich nierówności.

Zawartość torbiela jest zwykle mętną, brunatno-czerwonawą lub brudno żółtą, gęstopłynną, ciągliwą masą; w miarę mniejszej gęstości i barwa jej staje się jaśniejszą. Według poszukiwań Eichwalda zawiera rozpuszczone w sobie dwa rodzaje istot organicznych należące do szeregu istot śluzowych i białkowych. Do pierwszych Eichwald zalicza mucin, tak zwaną istotę koloidalną i wykazany przez niego po raz pierwszy

ś l u z o p e p t o n, który jest w takim samym stosunku do mucinu, jak albuminpepton do białka. Do istot białkowych należy: b i a ł k o, p a r a l b u m i n, m e t a l b u m i n i a l b u m i n p e p t o n. Istoty te W a l d e y e r zgodnie z E i c h w a l d e m uważa za produkta przemiany mucinu lub białka. Cechującą jest stała obecność paralbuminu i metalbuminu, których w płynie torbieli jajnika nigdy nie brakuje. Zawartość torbielowa tworzy osad, złożony z szczątków komórkowych rozmaitej wielkości i postaci, wielkich tłuszczowo ziarnistych komórek, napęczniałych komórek w stanie przerodzenia paralbuminowego, śluzowego i koloidalnego (kulki koloidalne) i często dobrze zachowanych komórek słupkowych. Znajdują się też nieraz kryształki cholesteryny, ozerwone i białe ciała krwi, kupki barwnikowe, i ziarenka ciemno-brunatno-czerwonego barwnika pochodzące z czerwonych ciałek krwi, nie bywa zaś nigdy komórek wędrujących, przynajmniej na pewno rozpoznanych i w stanie amoebowego ruchu.

Czasami zachodzi potrzeba odróżnienia zawartości torbieli jajnika od innych płynów patologicznych organizmu, mianowicie: płynu puchliny brzusznej lub nerkowej, oraz zawartości worków Echinokoka. W tym celu podaje W a l d e y e r następujące charakterystyczne cechy:

P ł y n p u c h l i n y b r z u s z n e j jest mniej gęsty, jasno-żółty, mniejszej ciężkości gatunkowej (c. g. zawartości torbielowej 1018—1024, płynu zaś puchliny brzusznej 1010—1015), zawiera mniej stałych istot zwłaszcza białkowych, pozostawiony na powietrzu, po 12 do 48 godzinach tworzy delikatny, miękki, galaretowaty skrzep włóknikowy jaki nigdy nie tworzy się w zawartości torbielowej, nawet wtedy gdy miały miejsce wylewy krwi do wewnątrz torbiela, nie zawiera nigdy paralbuminu i metalbuminu, w osadzie jego nie ma komórek cylindrycznych, a natomiast znajdują się amoebowe ciała.

P ł y n z w o r k a E c h i n o k o k ó w różni się od zawartości torbielowej mniejszą ciężkością gatunkową, mniejszą ilością zawartego białka, obecnością cukru grobowego i inositu, obecnością strzępków błon zawierających właściwe prążkowane ciała chitinowe, wreszcie znalezienie skolexów tego pasożytu stanowczo rozstrzyga dyagnozę.

Trudniej zaś odróżnić płyn torbieli jajnika od płynu pochodzącego z z a s t a r z a ł y c h p u c h l i n n e r k o w y c h, w którym już znikły cechujące części składowe moczu, nie mamy bowiem dotąd dokładnych chemicznych poszukiwań nad tym płynem, któreby mogły służyć za podstawę. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

KORRESPONDENCYA.

Zamość, d. 11 grudnia 1870 r.

Po dziś dzień nauka lekarska nie może nam zadawalniająco odpowiedzieć na pytanie, dlaczego w pewnych latach nieprawidłowe porody należą do rzadkości, w innych zaś są one zbyt częstymi. Do tych ostatnich obfitujących w nieszczęśliwe wypadki praktyki akuszerki, przynajmniej w naszych stronach zaliczyć możemy rok 1870. Niemasz prawie tygodnia by który z nas wolnym był od kilkokrotnego podania pomocy rodzającym, nie mówiąc już o wypadkach gdzie ciemnota, obojętność lub nieufność w sztukę lekarską właściwa naszym chłopkom pomnaża o wiele liczbę ofiar nie żądających pomocy akuszerki. Jeśli zawezwanym zostaje lekarz, zwykle sprawa porodowa ciągnie się od dwóch lub trzech dni, odejście wód płodowych poprzedza przybycie nasze najczęściej o jakie dwie doby, wyczerpanie zupełne bólów przynajmniej o dobę, a ręczna manipulacja osób niekompetentnych, we wszystkich prawie razach przed przybyciem naszym zaaplikowana, zwykle zabija dziecko i o wiele stan matki pogarsza.

Ale wróćmy do przedmiotu.

Wszystkie prawie tegoroczne nieprawidłowe porody, które już to sam miałem sposobność obserwowania, już też wiem z łaski szanownych kolegów, zawsze chętnie dzielących

się ze mną swojemi spostrzeżeniami; czy to dziwnym zbiegiem okoliczności, czy też z powodów nie dających się wytłumaczyć, stanowią położenia poprzeczne. Dzieci tym sposobem na świat przychodzące, są w największej liczbie wypadków donoszone, i stawiają się do porodu boczkiem lewym; główka z strony lewej matki, nóżki z prawej, wypada, lub co częściej wyciągniętą zostaje kończyna górna lewa, grzbiet dziecka zwrócony ku kości krzyżowej matki, piersi i brzusek ku spojeniu łonowemu. Położenie takie, jedno z najczęstszych, jakkolwiek u pierwiastek i kobiet kilka razy rodzących obserwowanem bywa; rzadziej jednak u tych pierwszych spostrzeżać się daje, być może z znacznej przewagi liczniejszej kobiet parę razy rodzących nad pierwiastkami.

Nie jest zupełnie zamiarem moim wymieniać wszystkie wypadki po szczególe owych mniej więcej jednakowych położzeń i przypadłości, które obrotem, już to szybciej, już wolniej, stosownie do okoliczności usunąć się daje; podzielić się tylko chcę z publicznością lekarską wypadkiem jednym, z którym pewny jestem prawie, że rzadko który z nas spotka się w praktyce swojej, dowodzącym zarazem jak koniecznie potrzebne jest u nas ustanowienie po wsiach lub małych miasteczkach przynajmniej jako tako uzdolnionych babek, i surowe wzbronienie aby osoby niekompetentne nie podawały pomocy akuszerki, a to celem uchronienia wielu kobiet i dzieci od rozmyślnego prawie, że się tak wyrażę, zabójstwa.

W dniu 1m grudnia 1870 roku, zawezwany zostałem w nocy do rodzącej w miasteczku o cztery mile od Zamościa położonego. Od męża który po mnie przybył, dowiedziałem się iż rodząca ma 45 lat wieku, ciała składu szczupłego, dziesiąty raz w życiu rodzi, upadek sił znaczny, inne porody odbywała zawsze jak najszczęśliwiej. Obecnie w czasie ciąży, żadnych chorobliwych przypadłości właściwych niektórym ciężarnym nie przechodziła; poród jest na czasie i tenże od trzech dni się rozpoczął. Przed dwoma dniami po pęknięciu, czy umyślném przedarciu pęcherza płodowego, miała odejść znaczna ilość wód, i niebawem wkrótce ukazała się z części płciowych zewnętrznych rączka. Dalszą opowiedział mi iż w przeddzień przybycia jego po mnie, jakaś kobieta poprawić miała położenie płodu w macicy, poczem coś (?) wypadło z rodzącej, i od tej chwili bóle zupełnie ustały.

Przybywszy na miejsce z akuszerką, znalazłem obie rączki sterczące aż po łokcie z części płciowych zewnętrznych silnie obrzmiałe, zasiniałe, zimne zupełnie i na całej swój powierzchni prawie obnażone z naskórka. Rodząca mocno osłabiona, kończyny zimne, sine, puls niewyczuwalny. Części płciowe zewnętrzne silnie obrzmiałe. Ruchów płodu już od czasu ustania bólów nie czuje, bicia serca płodu na żaden sposób nie udało mi się wyaskultować.

Od jednej z kobiet, których w podobnych razach nie brakuje, dowiedziałem się iż wczoraj jeszcze miejsce (wyraz ludowy dla oznaczenia łożyska służący) odeszło, i że od tego czasu bóle zupełnie ustały. Zkąd druga rączka wzięła się w częściach płciowych zewnętrznych na żaden sposób nie udało mi się dowiedzieć. Usłyszawszy iż krwotoku charakterystycznego przy odklejaniu się poprzedzającego łożyska (*placenta praevia*) nie było, nie znając jeszcze dokładnie jako młody praktyk barbarzyńskich manipulacji naszych pseudo-babek, nie mogłem sobie wytłumaczyć w pierwszej chwili jak łożysko mogło odejść dobrowolnie z kawałkiem sznurka pępkowego, a dziecko zostać w jamie macicy. Spytawszy się gdzie podziano owo łożysko, usłyszałem odpowiedź że wyrzucono go w siano, w którym w nocy trudno i niebezpiecznie szukać ze światłem. Okoliczności nagliły, bez straty tedy czasu, zabrałem się do wykonania obrotu, tłumacząc sobie iż w danym wypadku albo nie odeszło, lub też skrzep krwi wziętym został przez obecnych za łożysko. Po zrobieniu obrotu na nóżki i wyprowadzeniu sztuczném dziecięcia, które z powodu zupełnego ustania bólów, pomimo poprawionego położenia, siłami natury urodzić się nie mogło, zdziwiłem się niezmiernie zobaczywszy idący od pępka zaledwie kilka cali długości mający zerwany sznurek pępkowy. Niedowierzając oczom własnym, wprowadziłem rękę do jamy

macicy, lecz w niej ani reszty sznurka pępkowego, ani też łożyska nie znalazłem. W powyższym wypadku jak się pokazuje, sznurek pępkowy rozerwano w jamie macicy, lub co prędzej tenże wypadł, albo umyślnie wyciągnięty został na zewnątrz i następnie rozerwany; poczem w skutek bólów porodowych wypchniętém zostało łożysko wraz z kawałkiem sznurka pępkowego, albo też po przerwaniu sznurka dotąd ciągniono za tenże, dopóki nie odklejono łożyska które wraz ze sznurkiem wyciągnięto na zewnątrz.

Ruchy płodu istniejące do chwili owego nieszczęśliwego wydarzenia łożyska, oraz płód sam donoszony, dowodzi nam iż dziecko żyło, lecz następnie przez rozerwanie sznurka zamrzeć musiało.

Przytem dodać winniem że jak przedtem tak i po wyprowadzeniu dziecięcia nie było najmniejszego krwotoku, a po kilku dniach powróciwszy od położnicy, akuszerka oznajmiła mi iż stan tejże nic do życzenia nie zostawia. Przebiegu położu z powodów odemnie niezależnych obserwować nie mogłem.

Stefan Kurczewski.

Wiadomości bieżące.

— Przyczynek do leczenia krupowego zapalenia płuc. (Dyskussya Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu, na posiedzeniu w d. 25 listopada 1870 r.). Przez Dra *S o h r ö t t e r*. — D z i a ł a n i e n a p a r s t n i c y (*digitalis*). Naparstnicę zadawano w 22 wypadkach, zaraz po przybyciu chorych do szpitala jako *infusum* z 20 gran, w celu otrzymania prędszego skutku. W jednym wypadku tylko zadano ten środek w okresie wzrastania choroby; nie zdołał on tu przeszkodzić dojściu choroby do szczytu. Trwanie tego okresu było tak długie jak przy obojętném leczeniu. Intermissye były nieliczne, również ku końcowi choroby nie powiększały się. Bardzo ważną jest rzeczą że przecięciowo otrzymane najwyższe stopnie ciepłoty były prawie takież same jak przy obojętném leczeniu (40,3—40,5⁰), jednak w pewnych dniach nie dochodziły takiej liczby. Również nagłe spadanie ciepłoty przy użyciu naparstnicy nie zdarzało się częściej jak przy obojętném leczeniu, a nawet czas trwania tego spadania temperatury był dłuższy w pierwszym razie. Przy obliczaniu czasu obniżenia ciepłoty należy uwzględnić dzień choroby, gdyż niemamy prawa przypisywać działaniu lekarstwa spadnięcie temperatury w 6 lub 10 dniu, jak to czyni *T h o m a s*. Również nie można było przeszkodzić podniesieniu się temperatury po dojściu jęj do normy, ani też rozszerzeniu się infiltracji. Częstość pulsu w ogóle szybciej się zmniejszała niż temperatura, w tym więc względzie zachodzi różnica od leczenia obojętnego, przy którym tak tętno jak i ciepłota w równej mierze spadają. Taki rezultat osiągnięto z leczenia naparstnicą, którą zadawano od 2go do 5go dnia choroby w ilości 40—80 gran. Szkodliwe skutki naparstnicy (wymioty etc.) zdarzały się nadzwyczaj rzadko.

D z i a ł a n i e *tinct. veratri viridis*. Zadawano oryginalny amerykański przetwór po 2 krople co godzina, aż do nudności i wymiot lub do wyraźnego osłabienia objawów gorączkowych; w ten sposób zadawano ten środek od 8 do 200 kropli; przecięciowo 30—40 kropli między 2 i 5 dniem choroby. Przedstawiona graficznie temperatura okazała liczne intermissye, które jednak i przy obojętném leczeniu często się zdarzają. O okresie wzrastania choroby mało da się powiedzieć, gdyż jeden tylko wypadek był leczony. Okres szczytu trwał zwykle 2—3 dni, przy obojętném zaś leczeniu 3—4 dni; byłby to dobry rezultat, gdyby większa ilość wypadków była obserwowaną. Co do stopnia najwyższej temperatury, przecięciowo liczby były te same co przy obojętném leczeniu, niekiedy nawet wyższe (do 41,1⁰). Większe wachania temperatury i nieprawidłowe wachaniaienne szły w parze z licznymi intermissyami. Wiele z tych ostatnich zależało od wpływu lekarstwa, wszakże nie tyczyło się to wszystkich, z uwagi na obserwacye przy obojętném leczeniu i bezskuteczność lekarstwa w różnych dniach w tymże samym wypadku. Inter-

missye nie zwiększały się ku końcowi okresu szczytu choroby. Niemożna więc zgodzić się na zdanie K o e h l e r'a, że intermissya w 1. dniu choroby zależy od wpływu lekarstwa. Na korzyść *tinct. veratri viridis* można przytoczyć to, że przez jej zadanie można było przeszkodzić pogorszeniom (*exacerbatio*). Pod względem spadania temperatury przy leczeniu *tinct. ver. virid.*, było ono częściej powolne niż nagłe. Również nie tylko że środek ten nie przeszkadzał rozszerzaniu się infiltracyi w jednym płucu, ale przeciwnie widziano zajęcie drugiego płuca sprawą zapalną. Co się tyczy wpływu tego środka na inne objawy, to niemożna było zauważyć widocznej ulgi w cierpieniach chorych. Po wymiotach następowało niekiedy polepszenie; były one połączone z długimi nudnościami, występowały raz lub dwa razy i ustawały po odstawieniu lekarstwa. Materye zwymiotowane były zielone. Działanie tego środka było zwykle bardzo rozmaite. W niektórych razach objawiało się już po 2 kroplach, w innych zaś razach potrzeba było 60—80, nawet 130 kropel dla osiągnięcia skutku! Wpływu na jakość pulsu nie można się było dopatrzeć, prócz że często stawał się on nawet szybszym. W 2ch tylko wypadkach puls prędzej stał się normalnym niż temperatura. Słowem, jesteśmy wprawdzie w możności przez zadanie *tinct. ver. virid.* usunąć przemijająco gorączkę, ale zaledwie na czas bardzo krótki, przyczem często sprawa zapalna nie przestaje się szerzyć, działanie jest jej bardzo niestałe, w użyciu jest nieprzyjemna i dawki muszą być rozmaicie wielkie.

Działanie emetyku. Obserwowano 20 wypadków; temperaturę mierzono po wymiotach, i raz lub dwa razy w czasie nocy. Po przybyciu chorych do szpitala, zadawano z roztworu 4 gr. na 4 uncye, połowę naraz a później co kwadrans łyżkę stosownie do potrzeby. Przecięciowo zadawano 3—4 gran, niekiedy do 9 gran. W wielu wypadkach okres szczytu choroby trwał 2 dni (krócej niż przy obojętném leczeniu), wszakże w ogóle za mało wypadków obserwowano dla wyciągnięcia ostatecznych wniosków. Intermissye zdarzały się znaczne i dłuższe, wszakże nie powiększały się ku końcowi okresu szczytu choroby. Temperatura nie dochodziła takiego stopnia wysokości jak przy leczeniu obojętném i za pomocą *tinct. veratri virid.*, ale bywała wyższą niż przy używaniu naparstnicy. Upadek temperatury bywał częściej nagły niż powolny, wszakże w obec małej liczby obserwowanych wypadków, wnioski w tym względzie nie mogą być wymowne. Czas trwania choroby nie bywał skróconym. Pokazuje się z tego że emetyk powoduje obniżenie temperatury, tak co do liczby stopni jak i czasu trwania. Temperatura zwykle spadała przy wymiotach lub rozwolnieniu, ale niekiedy pomimo tego wznosiła się. Objawy subiektywne niewiele bywały złagodzone. Puls nie ulegał widocznej zmianie; zwykle spadał równocześnie z obniżeniem temperatury. Kilkakrotne nawet zadawanie emetyku nie zdołało przeszkodzić natężeniu i rozszerzaniu się sprawy zapalnej; również płwocina nie wiele zmieniała się. Po wymiotach następowało zwykle osłabienie gorączki, ale na czas zbyt krótki i bez widocznego wpływu na dalszy przebieg choroby.

Działanie chininum bisulfuricum. Środek ten zadawano po 5 gran *pro dosi* zwykle co 2 godziny, z wyjątkiem czasu 4ch mierzeń temperatury. Przecięciowo zadawano w ciągu dnia 20—30 gran, w całym przebiegu choroby 110—120 gran, od 2go do 7go dnia. W jednym wypadku pomimo zadania 150 gran w ciągu trzech dni, choroba doszła swego szczytu. Wszakże czas trwania tego okresu był krótki, po większej części wynosił 2 dni, przyczem wysokość temperatury była mniejsza niż przy wszelkich innych metodach leczenia; w jednym wypadku mimo 145 gran chininy temperatura doszła 42^o! Upadek temperatury bywał przeważnie szybki; wszakże i to mogło zależeć od przypadku, gdyż często pomimo zadawania chininy okres szczytu przeciągał się długo. Intermissye jakie się zdarzały nie upoważniają do wyciągania ostatecznych wniosków. Chinina nie zdołała przeszkodzić rozszerzaniu się sprawy zapalnej w płucach, ani powstaniu wysięku pleurytycznego, ani podnoszeniu się ponownemu temperatury. Po większej części i tu puls spadał równocześnie z temperaturą, rzadko tylko wcześniej; mimo dłuższego zadawania chininy puls dochodził 126—166 uderzeń na minutę. Objawy subiektywne nie zmniejszały się

od chininy, rzadko powodowała ona szum w uszach, osłabienie słuchu i rozwolnienie, z których to powodów odstawiano ją w tych razach.

W jednym wypadku ostrej gruźlicy i stwardnienia płuc, obserwowano nadzwyczajne wabania dzienną temperatury, która rano wynosiła 32,5^o, wieczorem zaś dochodziła 39—40^o!

Dr. D r a s c h e robił postrzeżenia w 150 wypadkach nad działaniem *tinct. veratri virid.*, i otrzymał lepsze rezultaty. Głównie kładzie on nacisk na polepszenie się stanu subiektywnego chorych.

S k o d a oświadcza że nadzwyczaj trudno jest należycie ocenić skutki leczenia: mianowicie subiektywny stan chorych nie daje nam w tym względzie żadnej miary.

Dr. N u s s e r zaznacza, że przy panującym sceptycyzmie szkoły wiedeńskiej, lekarze przekonali się iż w większej liczbie chorób ostrych, działanie lekarstw nie wywiera pomysłnego wpływu na ich przebieg i zejście. Zależą one więcćj od samej choroby, a mianowicie od jej stopnia. Działanie przeto lekarskie na sam proces chorobny, byłoby w ten sposób nader podrzędne.

— Zmiany patologiczne na powierzchniach stawowych po częściowém wypiłowaniu. (*Wien. Mediz. Wochenschr. N. 3, 1871*). N a s i ł o f f pod przewodnictwem R e o k l i n g h a u s e n'a robił doświadczenia w tym względzie, i przekonał się, iż bujanie tkanek ma miejsce z końca stawowego zarówno z przestrzeni szpikowych jakoteż i z okostnej, przez co tworzą się wykwity kostne i nowa kość. Przy mikroskopijnem badaniu okostnej pokazało się że zmiany w niej zachodzące polegają na rozwoju tkanki chrzęstnej. Substancya międzykomórkowa w tej chrząstce staje się następnie włókienkowatą, komórki stają się kątowatemi, a przez odłożenie się soli wapiennych do istoty międzykomórkowej, tkanka ta zamienia się na kość. Ponieważ naczynia w tych nowych tkankach przebiegają pionowo do osi podłużnej kości, a przemiana wzmiankowana odbywa się równolegle do naczyń, przeto w tymże kierunku powstają także wykwity kostne. Wzdłuż tych ostatnich leżą obficie t. z. osteoplasty, prawdopodobnie powstają także i z komórek szpiku, które przez odłożenie soli wapiennych w substancję międzykomórkową mogą się także zamienić na ciątka kostne. W razie gdy się tworzy staw nowy choćby niedokładny, stwardniała tkanka posiada powierzchnię gładką, lecz nigdy nie pokrytą chrząstką. W 3 tygodnie po operacyi znajdujemy już części chrząstki przemienione w kość. Osteoplasty powstają prawdopodobnie z komórek chrząstkowych przez rozplnięcie się substancyi międzykomórkowej, podczas gdy wielojądrowe myeloplaxy zdają się powstawać przez zlanie się kilku komórek z sobą, który to domysł wypowiedział już poprzednio B i l l r o t h. Wypiłowany koniec kości zrasta się także za pomocą młodej tkanki łącznej z pozostawionym dolkiem stawowym. Chrząstka przy tém zamienia się na tkankę łączną począwszy od powierzchni w głąb'. Istota zasadnicza przemienia się w przezroczystą substancję międzykomórkową, komórki chrząstkowe zaś w komórki tkanki łącznej. W miejscach chrząstki w ten sposób przemienionych, powstają równocześnie lub później naczynia włosowate stanowiące bezpośrednie przedłużenie naczyń przestrzeni szpikowych. N a s i ł o f f obserwował powstawanie myeloplaxów szczególniej na przeniesionym szpiku kostnym. Wprowadziwszy świeży szpik z kości piszczelowej pod skórę czola, w 17 dni po operacyi mógł on wyczuć pod skórą twardą kość wielkości ziarna grochu. Zarówno w myeloplaxach jako też i w niezlanych jeszcze komórkach mógł on wykazać cynober wstrzyknięty psu do krwi na kilka dni przed śmiercią.

(*Zentralbl. f. d. Med. Wiss. N. 49, 50*).

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarui Gazety Polskiej, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.
