

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1870 roku do 1 stycznia 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1871 r. sr. 68.

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

TREŚĆ: Prace oryginalne. Kazyistyka szpitalna. Postrzeżenia Dra J. Mińkiewicza (z Tyflisu). (Ciąg dalszy). O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki a w szczególności na krążenie. Przez Dra W. Piwowarskiego (ze Sławatycz). (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. Dwa wypadki pierwotnego raka płuc. Zestawił Dr. Gustaw Fritsche. Poszukiwania doświadczalne nad własnościami fizyologicznymi i terapeutycznymi fosforanu wapna. Przez L. Dusart'a. Streścił Dr. Langowski. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Spostrzeżenia nad fizyologicznym działaniem veratrum viride. Chinina w chorobach dzieci. Zastosowanie kwasu mlecznego w dławcu (*croup*). *Caunabis indica* przy leczeniu menorrhagiae i dysmenorrhoeae. Streścił Dr. Majzel Wacław. Dodatek. Historia szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (461—468). Przez Juljana Bartoszewicza. (Ciąg dalszy). — Farmacyi ark. 26ty, Anatomii praktycznej ark. 2gi, Anatomii opisowej ark. 6ty, Epizoocyologii i weterynaryi politycznej ark. 6ty, Fizyologii ark. 2gi.

KAZUISTYKA SZPITALNA.

Postrzeżenia Dra J. Mińkiewicza (z Tyflisu).

(Ciąg dalszy ¹⁾).

3. Wyluszczenie torbieli kaszowatej w okolicy zwaczowej lewej (*reg. masseterica sinistra*), z niezwykłemi następczemi zjawiskami nerwowemi.

Ostatnich dni maja, roku 1869, zgłosiła się do mnie wdowa po urzędniku Z..., 38 l. m., prosząc abym wyciął torbiel kaszowatą, objętości jajka gołębiego, przed lewem uchem położoną. Chora udzieliła następnej historii swojej choroby. Od dwóch lat cierpi na ból mocny głowy z nieznaną przyczyną. Jednocześnie prawie zjawły się u niej bóle, kurcze, podrygiwania w lewej połowie twarzy, poczem chora uczuła osłabienie w całej połowie lewej ciała, która przeszła w paralityczny stan lewych odnóg, mięśni lewej połowy twarzy i języka. Opatrząc chorą po raz pierwszy zauważyłem, że twarz obwisła, usta cokolwiek skrzywione, przeciągnięte na prawo. Chora mówi z trudnością, powoli, z przestankami, ciągnie lewą odnogę dolną. Czulość lewej połowy twarzy mniejsza niż prawej. Chora niewyraźnie widzi; co jednakże — to się pogarsza, to polepsza.

¹⁾ Patrz Nr. 14 Gaz. lek.

Lewem uchem nic nie słyszy. Jeśli zamknie oczy i zatknie prawe ucho — chora nie jest w stanie odróżnić, czy kto chodzi po pokoju lub nie. Miała ona w okol. żwacznej, przed skrawkiem lewego ucha (*tragus*) od urodzenia małą brodawkę (*naevus*). Pod nią prawie jednocześnie z wyżej podanymi objawami powstała narośl, w chwili opatrywania przezemnie ograniczona w następujący sposób. Brzeg tylny guza dotykał się prawie do podstawy skrawka, górny zaś nie dosięgł na jeden cent. do łuku licowego (*pons zygomaticus*); brzeg dolny kończył się na równi z wycięciem między skrawkiem (*incisura inter tragica*) i początkiem płatka (*lobulus*). Mając na względzie objawy mózgowie — postanowiłem dokonać operacji *par embrochement* w obec kolegi S c i e p u r y, bez zachloroformowania. Przebiwszy podstawę narośli rozciąłem jej przednią ściankę, oddalwszy masę kaszowatą — ująłem torebkę pincetem i wyciągnąłem prawie ją całą; tkanka łączna bowiem lekko się rozrywała, zaledwom zrobił tylko kilka nacięć nożycami w górnym kącie narośli. Chora najspokojniej to wszystko wytrzymała, na twarzy jej nie było śladów bólu, cierpienia. Chora tuż po operacji powiedziała, że nie czuła żadnego bólu przy rozcięciu skóry i wtedy tylko, kiedym wyciągał torebkę uczuła, że niby strumień wody gorącej wpadł do ucha, i że zaraz poczęła lepiej słyszeć. „Nie odróżniam wyrazów, co mówią, słyszę rozmowę i to stało się w ten oto moment;“ powiedziała nam chora po operacji, i stanowczo to twierdziła, pomimo naszą nieufność. W tejże chwili po operacji zauważaliśmy u chorej czerwoność różowatą, ze słabym odcieniem sinawym na dolnej części ucha lewego, okolicy żwaczowej, pod lewym kątem szczęki dolnej, odpowiednio okolicy gruczołu podszczękowego. Czerwoność ta miała ściśle ograniczone, nierówne brzegi jak w róży. Chora nie doznawała żadnego bólu w owych częściach czerwonych. Zbliżywszy brzegi rany pokryłem ją szarpią, zmoczoną mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej *Nelubina*. Nazajutrz nie znalazłem czerwoności różowatej, która podług słów chorej, trwała li z parę godzin. Chora stanowczo twierdziła, że ona już słyszy dzwonięcie w cerkwi odległej przeszło na 50 sążni, rozmowę, nie odróżniając oddzielnych wyrazów, i że lewem okiem lepiej, wyraźniej widzi po operacji niż prawem. Zbadawszy tegoż dnia oftalmoskopem dno oka nie wykryłem żadnych zmian; poczynająca się ambliopia zależała od cierpienia mózgowego. Na trzeci dzień po operacji chora odjechała do wód Piatygorska i dalszy stan zdrowia pacjentki, pomimo moje zabiegi nie jest mi znany ¹⁾).

W tym naszym przypadku ciekawymi są właśnie trzy następne zjawiska, potrzebujące objaśnienia dla czego chora zaraz po operacji poczęła lepiej słyszeć, wyraźniej widzieć lewem okiem i od czego zależała owa czasowa różowawa czerwoność? Nieraz wyluszczałem podobne torbiele na témże miejscu, jednakże ten tylko raz obserwowałem podobne zjawiska. Do dokładnego rozwiązania tych pytań brakuje danych anamnestycznych. Nieznany mi był także całkowity stan chorobowy pacjentki, która przybywszy na kilka dni do Tyflisu musiała zaraz wyjechać — i dlatego

¹⁾ Protokoły posiedzeń Towarzystwa lekarzy Kaukaskich, 1869, Nr. 4, str. 89, 40.

nagliła o dokonanie operacji i wcale się nie skarżyła na swoje cierpienia, od których spodziewała się pozbać użyciem wód Piatygorzkich. Nie była więc dokładnie zbadana co do swojego cierpienia ogólnego. Nie wdając się więc w ścisłe oznaczenie miejsca i istoty cierpienia, ale zważywszy jednak że następne okoliczności: bóle głowy powstały bez żadnej przyczyny widomej, trwały przez dwa lata, że jednocześnie powstały bóle i krecze konwulsyjne na lewej stronie twarzy, wzrok i słuch osłabione, paralityczny stan języka i lewej połowy ciała, zwłaszcza odnóg dolnych, — wnioskujeśmy, że wszystkie te objawy zależą od cierpienia mózgowia, prawdopodobnie od nowotworu leżącego na podstawie czaszki i naciskającego na dolną część mózgu — na miejsce początku nn. trojstego, twarzowego, mięśniowo-ocznego. Objawy przez nas spostrzegane: polepszenie słuchu, wzroku i zjawienie się różowawej czerwoności nie wątpliwie zostają w ścisłym stosunku z cierpieniem ośrodkowym, które spowodowało odruchy patologiczne. Temi to odruchami zdaje mi się można i należy tłumaczyć wyżej podane zjawiska. Wątpię bowiem, aby sposób operowania, lekkie odrywanie było samo przez się zdolne coś podobnego sprawić, musiałoby to być także i w innych razach. Ale tam gdzie w skutek cierpienia mózgowego odruchy są zmienione w układzie nerwów mózgowych i sympatycznych, istniejących w tej okolicy, być może że i ten sposób operowania przyczynił się do powstania tych objawów?

Przystępując do szczegółowego objaśnienia każdego z wymienionych objawów poczynając od słuchu — uważam za rzecz stosowną podać krótką anatomię nerwów okolicy żwaczowej i ucha. Jużei anatomiczno warunki tych części są główną przyczyną tego. Niepodobna bowiem wytłumaczyć sobie poprawienia słuchu usunięciem nacisku narosła, która była i nie wielka i nie sprawiała zmiany formy ucha. W okolicy żwaczowej napotykamy gałęzie nn. trójdzielnego, twarzowego i sympatycznego. Gałęź szczękowa dolna nerwu trójdzielnego dostarcza tu nerw uszno-skroniowy powierzchowny (*n. temporalis superficialis, auriculo temporalis*), zawierający ruchowe i czulne nitki, którego gałązka wstępująca, czyli skroniowa dając gałęzie łączące się z gałęziami n. twarzowego gubi się w skórze płatka i muszli ucha, w śliniance nażuchwowej (*parotis*), w skórze części górnej i wewnętrznej ucha zewnętrznego i okolicy skroniowej. Jedne gałęzie zstępujące spajają się z gałęziami nerwu twarzowego, inne z rozgałęzieniami nerwu sympatycznego wielkiego, otaczającymi tętnicę skroniową. Nadto wymienić należy małą nabrzmiałość kształt zwoju mającą, którą stale w ciągu przebiegu swojego ten nerw przedstawia, z kąd wychodzą gałęzie właśnie tylko co opisane (*Hirschfeld*). Tu także wspomnieć należy, że m. naprężacz bębenka, młotka, także dostaje gałązkę, prawdopodobnie ruchową zwoju usznego (*gangl. oticum*) z n. szczękowego dolnego. Część niezwojowa nerwu trójdzielnego reguluje ruchy młotka, gdyż rozszerza się w natężaczu bębenka. Gałęzie skronio-twarzowe siódmej pary rozproszone są po okolicy żwaczowej i spajają się z odpowiednimi gałęziami nerwu szczękowego dolnego, ze spletem szyjowym za pośrednictwem gałęzi usznej (*n. auricularis*) i szyjowej poprzecznej. Nerw twarzowy oddaje gałęź do m. strzemienia. Ze spletu szyjowego powierzchownego n. sympatycznego najbliższe są gałązki wstępujące szyjowe powierzchowne: uszna, sutkowa mała i wielka.

Do dziś dnia nie jest dostatecznie wyjaśniony mechanizm kostek słuchowych i działanie ich mięśni; trudno więc dokładnie dać objaśnienie od czego chora lepiej poczęła słyszeć? Zdaje mi się, że najsluszniej wnioskujemy, że polepszenie to zależało od zmiany czynności mięśni kostek, a następnie położenia ich na drodze odruchów.“ Według *Harless'a* m. strzemionkowy kurcząc się ciągnie główkę strzemionka ku tyłowi, że jednakże strzemionko wrosłe swą podstawą do błonki okienka jajowatego nie daje się wsunąć w tym kierunku, przeto cały kierunek ogranicza się do głębszego wtłoczenia tylnego końca podstawy do wspomnianego okienka. Za tem przemawia i ta okoliczność, że tylny koniec podstawy strzemionka jest ruchomym od przedniego. Według *Ludwiga* zaś (*Lehrbuch der Physiologie*) przeciwnie, koniec podstawy przedni podnosi się przy skurczeniu m. poprzecznego z okienka jajowatego. Jeżeli idąc za *Harless'em* uznamy za prawdopodobniejsze, iż m. strzemionkowy kurcząc się wpycha mocniej tylny koniec podstawy strzemionka do okienka jajowatego podczas gdy na zasadzie nieściśliwości płynów błonka okienka okrągłego, ustępując wygina się na zewnątrz, winniśmy tem samem uznać, iż mięsień strzemionkowy utrudniając ruchy strzemionka tem samem zmniejsza obszerność drgań oddzielnych płynów w błędniku, a zatem zmniejsza wpływ na nerw słuchowy. W ten sposób mięsień strzemionkowy byłby niejako stłumiającym słuch. Jeżeli więc jest porażonym skutkiem porażenia nerwu twarzowego, koniecznym byłoby wzmocnienie słuchu z powodu większych ruchów strzemionka. I tak też było w przypadku opisanym przez *Barirea*, w którym chory niedosłyszący przed tem znacznie na oba uszy — dostawszy jednostronnego porażenia goścowego nerwu twarzowego, dostał również lepszego słuchu po stronie chorej. W miarę, jak skutkiem odpowiedniego leczenia ustępowało porażenie, pogarszał się słuch po tej stronie, aż po zupełnem wyleczeniu porażenia, chory równie jak dawniej nie dosłyszał na obydwa uszy. W dwóch przypadkach porażenia goścowego nerwu twarzowego zauważał *Luca*e mocniejsze słyszenie tonów bardzo wysokich i bardzo niskich po stronie chorej.

*Luca*e sądzi, że lepsze słyszenie tonów niskich zależy od mocniejszego kurczenia się naprężacza i podwyższenia ztąd ucisku w błędniku (?) ¹⁾. W przypadku naszym widzimy toż samo zjawisko, ale powstałe z innej przyczyny — z traumatycznego porażenia przeciętej pewnej części nerwu twarzowego i trójdzielnego. Przypadek ten stwierdza objaśnienie podane przez *Harless'a* czynności m. strzemionkowego.

Na nieszczęście, jakem to już wyżej powiedział, że chorej nie byłem w stanie śledzić dalej, — brakuje więc danych do ściślejszych wniosków.

Do tejże kategorii zjawisk należy i polepszenie wzroku, które zapewne było następstwem zmiany czynności mięśni, kierujących akkomodacją, było to także skutkiem odruchów na nerwy rzęskowe i inne — od rozdrażnienia gałęzi nerwu sympatycznego pochodzącej ze zwoju szyjowego i gałęzi piątej i siódmej pary rozpostartych w okolicy żwaczowej.

¹⁾ Przegląd lekarski, 1869, Nr. 34.

Przemijająca czerwonosc dolnej czesci przewodu ucha, plotka i okolicy podszczekowej, zalezac od rozszerzenia naczyń oznaczonych czesci, byla skutkiem paralizu nerwów naczyniowych. I to takze zjawisko bylo objawem odruchowym, nastepstwem albo rozdrażnienia nerwów czulnych piątej pary, rozpostartej w okolicy zwaczowej, albo nastepstwem paralizu po ich rozcięciu. Obecność *n. auricularis* niepozostala tu bez wpływu na powstanie wyżej oznaczonego objawu.

Sumując to com wyżej powiedzial, zdaje mi się ze najwłaściwiej szukać przyczyny tych niezwyklych objawów w cierpieniu ośrodków nerwowych i w nastepstwie tego w nieprawidlowych, patologicznych odruchach. Nieznając istoty cierpienia mozgowego chorej, a takze nie mogac się oprzeć na anatomii, gdyż ta nie posiada jeszcze dokładnych wiadomości, o rozpostarciu nerwów naczyniowych — trudno dać dokładne objaśnienie. Trudno bowiem w inny sposób to sobie tłumaczyć ze cięcie trafilo, ze tak powiem na węzeł, połączenia się ważniejszych, najrozmaitszych nerwów tej okolicy, szczególnie usposobionych do silniejszych ruchów odbitych. Ponieważ nieznaną jest budowa brodawki (*naevus*) pod którą rozpoczęła się torbiel i jakie były stosunki nerwów przedtem, niepodobna więc brać na uwage tej okoliczności do objaśnienia zjawisk nerwowych, któreśmy spostrzegali.

(Dokonczenie nastąpi).

O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki, a w szczególności na krążenie.

Przez Dra Władysława Piwowarskiego (ze Sławatycz).

(Ciąg dalszy). *)

Doświadczenie XII.

Pies mały, wyżełek angielski, zupełnie spokojny. Użyto do iniekcji jeden odwar z wyborniejszej czarnej herbaty (z 1/2 uncji na 2 1/2 uncji filtratu) i drugi z pośledniejszej (z 1/2 uncji na 2 uncje filtratu).

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w młm. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.		
12 ^o	36'	20 — 30	168	11			
		30 — 40	164	11			
		40 — 50	163	11			
		50 — 60	160	11			
	37'	0 — 10	175	12			
		10 — 20	174	11			
		20 — 30	172	14			
		30 — 40	181	14			
	38'	40 — 50	176	12			
		50 — 60	175	12			
		0 — 10	175	18			
		10 — 20	162	24			
		20 — 30	126	15			
		Nastryknięto 7 cent. kub. odwa- ru herbaty, w przeciągu 20 sek.					

*) Patrz Nr. 13, Gaz. Lek.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie cis- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12°	38'	30—40	91	12	Przerwa w pisaniu linii przez czas 1 minuty i 20 sekund.
		40—50	73	11	
		50—60	76	11	
	39'	0—10	74	12	
		10—20	66	12	
	40'	40—50	80	13	
		50—60	80	13	
	41'	0—10	80	14	
		10—20	74	14	
		20—30	76	14	
		30—40	78	13	
		40—50	78	13	
	47'	0—10	148	12	Przerwa 5 minutowa w kreśleniu linii.
			149	11	
		20—30	148	11	
		30—40	149	11	
		40—50	153	11	
		50—60	152	10	
	48'	0—10	152	11	
		10—20	156	10	
50'	20—30	170	11	Przerwa 3 minutowa w kreśleniu linii. Następnie nastrzyknięto jeszcze 7 cent. kub. tegoż samego odwaru, lecz aby nie zamazać fal kreślō- nych na walcu kimografionu, ogra- niczono się na prostej obserwacji zmian pokazujących się na he- modynamometrze. Przekonano się tym sposobem, że zmniejszone ciśnienie wróciło powoli do normy. Wtenczas nastrzyknięto 3cią rō- wną dozę innego odwaru herbaty, otrzymanego z posledniejszej her- baty (z 1/2 uncyi na 2 uncye fil- tratu). Tętno przyspieszyło się z początku do 180 na minutę, ciśnienie opadlo niżej 66 mm., następnie jednak tętno znowu się zwolniło, a ciśnienie podniosło.	
	30—40	169	11		
	40—50	168	10		
	50—60	173	11		
	52'	0—10	170		11
10—20		165	11		
20—30		166	11		
30—40		170	11		

U w a g i. W doświadczeniu 12em skutki iniekcji herbaty w niczem nie różnią się od zwykłych objawów dostrzeganych w poprzednich doświadczeniach. Z powodu silnego działania nader mocnego odwaru herbaty, obserwujemy jednak tylko mocne obniżenie ciśnienia z przyspieszeniem tętna i następnie powolne ich wracanie do stanu prawie normalnego. Przy dłuższej obserwacji ciśnienie prawdopodobnie byłoby się powiększyło nad pierwotną wysokość. Odwar pośledniej- szej herbaty zdaje się w tym przypadku nie działał słabiej od odwaru z lepszej herbaty, być nawet może, że działał silniej.

Wysokość fal kreślonych na kimografionie okazuje zwykle zmiany: zmniej- szenie tuż po iniekcji i następne powolne wracanie do normy wraz ze wzrostem ciśnienia.

Doświadczenie XIII.

Pies średniej wielkości, kundel, samiec, spokojny. Użyto do iniekcji kofeinę, wyrobioną z kawy w farmaceutycznej pracowni b. Szkoły Głównej, i odwar palonej kawy (z 1 uncyi na 3 uncyje filtratu).

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie ciś- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 1/2 min.	Liczba oddechów na 1/2 min.	U w a g i.
12 ^o	30'	0—10	145	45	8	
		10—20	145			
		20—30	144			
		30—40	141			
		40—50	145			
	31'	50—60	144	45	9	
		0—10	148	45	9	
		10—20	149			
		20—30	146			
		30—40	143			
	40—45	143				
	32'	45—50	141	52	10	
		50—53	124			
		53—60	128			
		0—10	132			
10—20		147				
20—30		160	75			11
35'	30—40	170	64	11		
	40—50	177				
	50—60	161				
	0—10	150				
	10—20	151				
36'	20—30	150	46	8		
	30—40	148	46	9		
	40—50	155				
	50—60	158				
	0—10	156				
	10—20	156				
	20—30	153				

Pies niespokojny.

Wstrzyknięto 7 1/2 cent. kub. 1 procentowego roztworu kofeiny, w przeciągu 30 sekund.

Przerwa 2 minutowa w kreśleniu linii.

Przerwa 1 minutowa.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w mmm. Hg.	Tętno na $\frac{1}{2}$ min.	Liczba oddech. na $\frac{1}{2}$ min.	U w a g i.
12 ^o	37'	30—40	168	46	8	
		40—50	171			
		50—60	162			
	38'	0—10	166	45	8	
		10—20	163			
		20—30	162			
		30—40	159			
		40—50	161			
		50—60	161			
	39'	0—10	168	51	8	
		10—20	169			
		20—30	178			
30—40		173				
40—50		152				
50—60		115				
1 ^o	40'	0—5	142	81	8	
		5—10	149			
		10—20	158			
		20—30	167			
			76			9

U w a g i. W doświadczeniu 13. zmiany tętna i ciśnienia po iniekcji kofeiny, a następnie także po iniekcji kawy, okazują jednakowy typowy przebieg, jak w poprzednich doświadczeniach; ostateczne podwyższenie ciśnienia uad stan pierwotny jest tu nader wybitne.

Fale kreślone na kimografionie również okazują jasno wpadające w oczy zmiany typowe.

W tablicy, odnoszącej się do tegoż doświadczenia, zaznaczono także zmiany ruchów oddechowych, o ile dały się obliczyć z kreślonych na kimografionie linii krzywych. Z tych dat wynika, że po pierwszej iniekcji liczba oddychań się przyspieszyła, następnie wróciła do normy, a nawet cokolwiek się zwolniła, lecz przy drugiej iniekcji prawie wcale się nie zmieniła. (Dokończenie nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Dwa wypadki pierwotnego raka płuc.

Zestawił Dr. Gustaw Fritsche.

1. A. H. wieku lat 38 była dostawiona do szpitala w Birmingham (*Birmingham general hospital*) z powodu choroby piersiowej, o której trwaniu i przebiegu nie można się było nic dowiedzieć, gdyż pacjentka była zupełnie głucha, wymawiała tylko pojedyncze wyrazy i nikt z jej rodziny ani przyjaciół jej nie towarzyszył. Jedyną rzeczą, o której można było się wywiedzieć było to, że zdrowie pacjentki skutkiem zaziębienia od 14 dni znacznie się pogorszyło. Była ona blada, w wysokim stopniu wycieńczona i tak miała krótki oddech, że zdawało się że lada chwila skona; stan był bezgorączkowy, po lewej stronie miała znaczny

decubitus. Lewa strona klatki piersiowej dawała przy opukiwaniu odgłos tępy od góry do dołu; ton perkusyjny po prawej stronie zupełnie był normalny. Żebra po lewej stronie były zupełnie nieruchome w czasie oddychania a przy auskultacji wcale słychać nie było szmeru oddechowego na całej lewej stronie, po prawej zaś stronie szmer oddechowy połączony był z głośną krepitacją. Głos pacjentki zanadto był słaby, żeby go można było użyć jako środka dyagnostycznego. Bicie serca nie dało się odczuć, ale tony serca można było wyraźnie po prawej stronie mostka słyszeć. Objawy te zdawały się przedstawiać obraz pleurytycznego wysięku po lewej stronie, połączonego z silnym nieżytem oskrzelowym po prawej stronie, obwód jednak lewej strony klatki piersiowej nie był powiększony, tępość tonu perkusyjnego nie rozprzestrzeniała się do mostka, na którym ton był zupełnie jasny, a mięśnie międzyżebrowe były w czasie wdychania na wewnątrz wciągane. Wszystko to mówiło przeciwko wysiękowi a na korzyść nowotworu w płucach: jakoż rzeczywiście przy exploracyjnej punkcji dokonanej bardzo cienkim trokarem wyszła mała tylko ilość krwi.

W trzy dni potem pacjentka umarła. Przy sekcji znaleziono w lewém płucu masę raka mózgowego otaczającą oskrzela i naczynia płucne. Masa rakowa zajmowała cały górny zrazik płuc, dolny był wolny, tylko znacznie ściśniony. Całe płuco było silnie przyrosnięte do żeber. Serce było w swoim miejscu. W kilku gruczołach oskrzelowych była infiltracja rakowa. W żadnym z innych organów nie było ani śladu tego nowotworu.

Po odszukaniu obcujących dawniej z pacjentką dowiedziano się od nich: że zmarła od kilku lat chorowała; od 2ch lat miała silny kaszel i bardzo krótki oddech. Przed dwoma miesiącami przemokła i od tego czasu stan jej znacznie się pogorszył.

2. Drugi, równie interesujący jak pouczający wypadek choroby o której mowa, był przedmiotem odczytu klinicznego profesora i dyrektora kliniki terapeutycznej w Londynie *Hyde Salter*.

W. R. 43 lat mający, fabrykant bawełny z Liwerpool, ożeniony, trzeźwy i moralny w obyczajach, został przyjęty do szpitala (*charing-cross hospital*) w Londynie dnia 20 października 1869 roku. W maju t. r. a zatem sześć miesięcy przed wejściem do szpitala, spostrzegł on że szyja jego zaczyna grubieć i że nie może skutkiem tego spać kołnierza od koszuli, zauważył także że twarz jego spuchła i powieki nabrzmiały. Przypadłości te stopniowo się powiększały, a w dwa miesiące później oddech jego zaczął być tak krótkim, że wcale nie mógł spać leżąc, tylko w półsiedzącej postawie. Jednocześnie zgrubienie szyi tak zaczęło się powiększać, że wkrótce szyja wyglądała jak gdyby gruczoły na niej będące w wysokim stopniu były obrzmiałe. W tym czasie przyłączył się także nowy objaw: rozszerzenie żył na przedniej ścianie piersi i brzucha. Następnie głos stał się ochryplym i przyszedł uciążliwy, piskliwy kaszel. W 6 tygodni potem dostał pacjent krwioplucia, przyczem wypluł przez 2 dni mniej więcej kieliszek krwi; oba ramiona spuchły wkrótce tak jak poprzednio szyja, żyły na obudwu ramionach również obrzmiały. Przez cały czas chory kaszlał i wypluwał nie wielką ilość flegmy; przed 14tu dniami jednak charakter płwocin nagle się zmienił; stały się one ropnistemi i zawierały szczególnego rodzaju kulki, zupełnie oddzielone jedne od drugich, wielkości końca palca nowonarodzonego dziecka. Kulki te opadały do dna w płynie płwocinowym i były wyrzucane, chociaż w znacznie mniejszej ilości jak przedtem, do dzisiejszego dnia; z początku były one z lekka krwią zabarwione, dzisiaj jednak zabarwienia tego niema. W nocy chory kaszle i wypluwa więcej aniżeli wóród dnia; expectoracja w ogóle jest nietrudna.

Kiedy szyja i twarz jego zaczynały obrzmiewać, znajomi jego ani on sam nie znajdowali zresztą żadnej zmiany w stanie jego zdrowia, później dopiero czuł chory że coraz słabszym się staje i na ciele opada. Spuchnięcie szyi, twarzy i piersi doszło do maximum po 2ch miesiącach, przez 2 miesiące nie zmieniało się, a następnie stopniowo się zmniejszało. Twarz bywa rano więcej spuchnięta aniżeli wóród dnia. Rozszerzenie żył na piersi, na ramionach i na brzuchu jednocześnie ze zwiększeniem spuchnięcia zwiększało się a z jego zmniejszeniem zmniejszało się.

Status praesens. Pacjent przedstawia szczególny widok: twarz jego wygląda jak twarz człowieka z rozwiniętą chorobą *B r i g h t a*: oczy wystające, powieki obwisłe, twarz cała obrzmiała, szyja jego tak jest zgrubiała i spuchnięta, że straciła zupełnie naturalny swój kształt; zgrubienie pochodzi głównie od obrzmienia bocznych ścian szyi, kąt utworzony przez boczną ścianę szyi i przez łopatkę zupełnie jest zapełniony, co nadaje dziwnie stożkowaty kształt całej szyi. Spuchnięcie jest miękkie i zdaje się pochodzić skutkiem infiltracji tkanki łącznej podskórnej. Najcharakterystyczniejszy jednak, i najbardziej uderzający objaw, jest rozszerzenie żył na szyi, ramionach, piersi i brzuchu; wszystkie żyły powierzchowne w tych miejscach są rozszerzone, wystające i pozwijane. *Vena jugularis externa, mammae externa, acromio-thoracica, thoracica longa, subscapularis, cephalica* i wszystkie żyły przedramienia są zarówno dotknięte. Na powierzchni mięśnia piersiowego wielkiego lewego, znajduje się cała sieć rozszerzonych żył, łącząca się po pod pachą z podobną siecią na łopacie. Najbardziej rozszerzone są żyły łączące naczynia miednicy z naczyniami górnymi ciała; po lewej stronie rozszerzenie jest znacznie większe aniżeli po prawej.

Głos pacjenta jest cichy, ochryply, kaszel jego ma taki sam charakter, odetchnięć na minutę 20, tętno 104.

Plwociny są niestychanie charakterystyczne: składają się one głównie z wyżej opisanych kulek, które zawsze na dno naczynia opadają; nie zawierają wcale powietrza, są koloru brudno szarego, a niektóre tylko mają czerwony odcień. Zawarte one są wszystkie w płynie jasnym, ropnistym, czerwonego koloru, w wielkiej ilości przez pacjenta wyrzucanym.

Przy opukiwaniu znaleziono absolutną tępość po prawej stronie z przodu; w okolicy pachowej prawej stosunkowo do téjże okolicy lewej głos stępiony; w okolicy łopatkowej prawej głos tępy, międzyłopatkowej stępiony, poniżej normalny. *Fremitus pectoralis* nie przedstawia żadnej różnicy z dwóch stron. Oddychanie z przodu po prawej stronie u góry oskrzelowe, staje się począwszy od 3go żebra ku dołowi mniej wyraźnem; z tyłu po tejże samej stronie u góry również oskrzelowe oddychanie, poniżej łopatki zaczyna być pęcherzykowe, z początku zaostrome, później jednak zupełnie normalne. Po lewej stronie z przodu i z tyłu oddychanie pęcherzykowe normalne z wyjątkiem krepitacji, która od tyłu u dołu słyszeć się daje. Absolutna tępość z przodu zachodzi po za mostek na lewą stronę do wysokości drugiego żebra. Z przodu po prawej stronie ściana klatki piersiowej absolutnie żadnych nie robi ruchów; przy bardzo głębokim wdychaniu jednak mięśnie międzyżebrowe zostają nieco wciągnane na wewnątrz.

Przedstawiwszy anamnezę i stan obecny pacjenta, uczony professor w następujących wyrazach wymotywował dyagnozę:

Z licznych i różnorodnych subiektywnych i obiektywnych objawów, które pacjent nasz przedstawia, na trzy głównie zwrócić nam wypada uwagę.

Najprzód plwociny. Jak tylko plwociny są z natury swojej niezwykle i wyjątkowe, to możemy być przekonani że i choroba jest niezwykle, wyjątkową. Plwociny przy wszystkich chorobach płucnych tak są charakterystyczne, że śmiało powiedzieć można, że w większości wypadków po nich tylko można dyagnozę postawić. Plwociny przy niezycie oskrzeli są charakterystyczne, przy suchotach charakterystyczne, przy zapaleniu płuc charakterystyczne, przy ropniu w płucach charakterystyczne, przy zgorzeli płuc charakterystyczne. Zobaczywszy plwociny wyżej opisane naszego pacjenta, odrazu poznałem że one do żadnej z wyżej wymienionych chorób nie należą; że takich przedtém nigdy nie widziałem: z tego już poznać można było, że choroba z którą mamy do czynienia nie jest zwykłą, codziennie spotykaną.

Drugi objaw na szczególną zasługujący uwagę jest tak znaczne i ogólne rozszerzenie powierzchownych żył. Rozszerzenie to dowodzi przeszkody w przyplywie krwi do serca bądź w górnej, bądź w dolnej żyły próżnej; krew nie mogąc się do serca dostać naturalną drogą, toruje sobie inną drogą przez żyły kollateralne, tak jak po podwiązaniu tętnicy, krew tętnicza przez kollateralne anastomozy do miejsca swojego przeznaczenia się dostaje. Zatkanie żyły próżnej dolnej lub górnej tenże sam wywołuje skutek. Przypuszczam że żyła próżna dolna została zatkana przez powiększoną wątrobę, albo nowotwór w jajniku; krew

żylna dolnych kończyn, nie mogąc się do prawego serca dostać naturalną drogą, płynie przez żyłę nabrzuszną (*v. epigastrica*) i sutkową (*v. mammaria*) do żyły próżnej górnej i wlewa się tą drogą do prawego serca. Jeżeli światło żyły próżnej górnej zostało zatkane przez nacisk tętniaka, krew żylna z głowy i górnych kończyn nie mogąc wprost płynąć do serca, musi tą samą drogą co poprzednia dostać się do żyły próżnej dolnej a ztąd do prawego serca. W obudwu wypadkach to same żyły powierzchowne zastępują zatkana żyłę i stają się przez to szersze, dłuższe i pozwijane; różnica na tém tylko polega, że przy zatkanii żyły próżnej górnej, krew w nich płynąć musi od góry ku dołowi a przy zatkanii żyły próżnej dolnej od dołu ku górze. Który z tych wypadków ma miejsce u naszego pacyenta? Spuchnięcie twarzy, szyi i ramion, rozszerzone żyły na ramionach, brak najzupełniejszy podobnych objawów w dolnej części ciała, za niezbite nam służąc mogą dowody, że żyła próżna górna a nie dolna jest zatkana.

Rezultat fizycznych poszukiwań pacyenta, równie ważną gra rolę przy stawianiu diagnozy. Z tępości absolutnej, z oskrzelowego oddychania, z nierozszerzalności płuc przy siliem wdychaniu wnosić możemy że miąższ płuc uległ zgęszczeniu, heparyzacji. Przeciwno zgęszczeniu gruźlicowemu, pneumonicznemu, silnie przemawiają inne objawy a głównie rozszerzenie żył powierzchownych; przy tych bowiem chorobach ciśnienie na żyły wewnętrzne nigdy nie bywa tak znaczne, żeby aż rozszerzenie powierzchownych za sobą pociągało, a nie należy zapominać że objawy ciśnienia poprzedzały wszelkie inne objawy chorobne, gdyż pacjent uważał się jeszcze za zupełnie zdrowego, kiedy nie mógł kołnierzyka od koszuli dopiąć.

Wyłączwszy tedy choroby płucne, o których wzmiankowaliśmy, pozostają nam dwie możliwości: Pacjent nasz cierpi na raka górnych zrazików płuc albo też nowotwór, prawdopodobnie rak rozwijający się *in spatio mediastini anteriori*, wywołuje ciśnienie na nerw błędny, a to pociąga za sobą zgęszczenie miąższu płuc, często w podobnych wypadkach obserwowane. Z tych dwóch przypuszczeń pierwsze zdaje nam się być prawdopodobniejsze, najprzód dlatego że tępy ton perkussyi odgranicza się bardzo ostro u prawego brzegu mostka, następnie dlatego że przy ucisku nerwu błędnego obserwowane zgęszczenie miąższu płuc postępuje zwykle od dołu ku górze, wprost przeciwnie jak w naszym wypadku; nakoniec dlatego że przy takim zgęszczeniu bywają bardzo liczne krepitacje, których w naszym wypadku wcale niema.

Z wielkiem tedy prawdopodobieństwem wyrzec możemy, że pacjent nasz cierpi na **pierwotnego raka górnej części prawego płuca.**

Dalszy przebieg choroby był następujący: zdrowie pacyenta przez 2 miesiące prawie żadnej zmiany nie ulegało, była nawet chwila, w której zgrubienie szyi i rozszerzenie żył zmniejszyło się; w początku jednak grudnia stan chorego zaczął się znacznie pogorszać: twarz puchła coraz bardziej, żyły szybko się rozszerzały, oddech stawał się coraz krótszym, często przychodziły napady duszenia; twarz pacyenta posępniała, uszy przybrały kolor ciemno-czerwony, oczy wystawały, powieki były mocno obrzmiałe, głos stał się bardzo cichym i ochryplym a mowa przerywaną. Brak oddechu pęcherzykowego, który u góry z przodu zaznaczono, rozprzestrzenił się do całego prawego płuca z przodu i z tyłu. W końcu napadła pacyenta śpiączka; parę dni bytności swojej w szpitalu spędził siedząc w łóżku w pół letargicznym śnie. W niedzielę 3go stycznia, czując się zapewne blizkim śmierci zażądał żeby go odwieźli do domu, gdzie w pół godziny po przybyciu życie zakończył. Gwałtownego napadu duszności nie było, oddychanie jego było coraz słabsze i radsze, aż nareszcie zupełnie ustało.

Sekcja była zrobiona w 36 godzin po śmierci. Przy otwieraniu klatki piersiowej zaraz dostrzeżono że całe prawe płuco, z wyjątkiem bardzo małej części u dołu, zamienione było na masę rakową; było ono na całej swojej powierzchni tak mocno z żebrami zrosnięte, że tylko z trudnością dało się od nich oderwać; masa ta przechodziła po pod obojczykiem, w górnej 3ej części *mediastinum* po za linią środkową mostka na lewą stronę. Podstawa serca była przesunięta więcej ku lewej stronie. Lewe płuco było zupełnie zdrowe, znajdowało się tylko w stanie przekrwienia. Po wyjęciu płuc z klatki piersiowej przekonano się że płuco zachowało swój stożkowaty kształt. Masa była twarda, ogruzelkowej powierzch.

ni, otaczała ona zupełnie żyłę próżną górną, prawą bezimienną, kanał oddechowy w miejscu rozdwojenia i nieco wyżej i prawe oskrzele. Żyła próżna górna była zupełnie zatkana, gdyż po przecięciu uszka nie można było wcale do niej palca włożyć. Kanał oddechowy i prawe oskrzele były mocno zwężone. Podłużna oś narośli wynosiła 7 cali, a najdłuższa poprzeczna 4; po przecięciu znaleziono że kolor i konsystencya narośli odpowiadały zupełnie rakowi mózgowemu. W paru miejscach masa przeszła w stan rozmiękczenia i formowała jamy napelnione płynem ropnistym, zupełnie do tego podobnym, który pacjent za życia wypluwał. Przerodzenia rakowego z resztą w żadnym organie ciała nie znaleziono. Drobnowidzowego badania nowotworu jak i poprzednio płwocin, co najpewniejsze wskazówki do dyagnozy dostarczyłoby było mogło, zdaje się że nie robiono, gdyż żadnej wzmianki o tém w opisie nie znajdujemy. Również dowiedzieć się z protokołu sekcji nie możemy czy gruczolę szyjne były obrzmiałe czy normalne. Osierdzie było mocno zgrubiałe, zawierało znaczną ilość płynu z lekka na czerwono zabarwionego, ale ani wewnątrz ani zewnątrz przerodzenia rakowego w niem nie było.

Poszukiwania doświadczalne nad własnościami fizyologicznymi i terapeutycznymi fosforanu wapna.

Przez L. D u s a r t'a.

Streścił Dr. Langowski.

(Ciąg dalszy *).

W poprzedzającym doświadczeniu przeciwnie, organizm posłuszny prawu wyższemu od tego które rządzi zasilaniem skieletu, wydatkuje fosforan wapna dla zastosowania go do czynności wyższej, i ta utrata jest tak czynna i przeważna, że w ciągu siedmiu albo ośmiu miesięcy, sprowadza śmierć zwierzęcia.

Zamiast doświadczenia posuniętego do tej ostateczności, przemieniliśmy pokarm dając w miejsce wody przekroplonej, zwyczajną i dodając do pszenicy węglan wapna w proszku.

Następująca tablica daje rezultata otrzymane pod temi warunkami.

D a t a.	Pszenic. spożyta.	Popio- ły.	Fosfor. wapna.	Fosfor. alkal.	U w a g i.
Wrzesień od 12 do 18	143	2,50	1,70	0,00	Zwierzę jest niespokojne w klatce i bije skrzydłami.
od 19 do 25	172	2,51	1,22	0,25	
Pazdzier. od 26 do 2	170	2,38	1,07	0,28	Pełne życia, 10 ważyło 320 gr. 23 ważyło 330 gr.
od 3 do 9	180	3,07	1,90	0,00	
od 10 do 16	162	2,75	1,75	0,00	
od 17 do 23	185	3,26	2,04	0,00	

Zwracamy uwagę, że rozbiór chemiczny był robiony nad odchodami, gołębia karmionego na wolności, które były zbierane w gołębniku zabezpieczonym od wody.

Popioły. 3 gr. 12

Fosforan wapna 0 gr. 44

Fosforany alkaliczne 0 gr. 00

Działanie węglanu wapna jest więc widoczne w miarę jak się przedstawia w zwierzęciu zamkniętym, albo karmiącym się na wolności.

Widzimy w tém doświadczeniu że cała ilość fosforanu alkalicznego przemieniła się w fosforan wapna i rzecz szczególna, zawartość kiszek, z początku doświadczenia przedstawiała jeszcze pozostałości pokarmu bez węglanu i mieściła $\frac{1}{7}$ fosforanu alkalicznego, który

*) Patrz Nr. 14, Gaz. Lek.

był znaleziony w rozbiórce chemicznej po pierwszym tygodniu; ta pozostałość, powiadamy uległa sama wpływowi rozkładowemu węglanu wapna, bez wątpienia w skutek ruchu resorbcyjnego płynów kizzkowych, albowiem rozbiór chemiczny nie odkrył w popiołach najmniejszego śladu fosforanów alkalicznych. Pomimo téj wielkiej ilości fosforanu wapna wytworzonego odrazu w organizmie, nie widzimy aby się assymilował podczas pierwszego tygodnia, albowiem ilość zebrana w odchodach przedstawia całość fosforanów istniejących w pokarmie, to jest 1,144, więcej o 0,556 pochodzących ze skieletu, w ogóle 1,70. Znajdujemy wprawdzie na korzyść absorbeyi różnicę 0,036, ale ściśle biorąc, może być ona przypisaną omyłkom nieodstępnyim przy tego rodzaju doświadczeniu. W drugim tygodniu następuje zupełna przemiana. Pokarm ¹⁾ przy pośrednictwie węglanu wapna, dostarczył 1,55 fosforanu wapna i 0,25 fosforanów alkalicznych, a zwierzę oddało 1,22 fosforanu wapna i 0,25 fosforanów alkalicznych nie rozłożonych.

Tu więc jest zniknięcie 0,33 fosforanu wapna odpowiednio równéj ilości assymilacyi.

Od téj chwili, ubytek skieletu wstrzymał się, i przeciwnie nastąpił ruch energiczny assymilacyi.

W trzecim tygodniu, usiłowanie powetowania odznacza się jeszcze więcej. Fosforan wapna przyniesiony przez pokarm był 1,50, doliczając zawsze działanie wywarte przez węglan i fosforany alkaliczne 0,28, znajdujemy w odchodach 1,07 gr. fosforanu wapna i 0,28 fosforanów alkalicznych nie rozłożonych.

Zwierzę zatrzymało więc w swoim skielecie 0,43 fosforanu wapna.

Czwartego tygodnia, apetyt się jeszcze rozwinął. Ilość spożytego pokarmu podniosła się do 180 gram., waga zwierzęcia z 289 doszła do 320.

W odchodach znajdujemy 1,90 fosforanu wapna i ani śladu fosforanów alkalicznych.

Rachując ilość fosforanu wapna zawartego w pszenicy i tego co pochodziło z przeistoczenia fosforanów alkalicznych przez węglan wapna, znajdujemy 1,893, cyfrę, która bardzo się zbliża do téj jaką znaleźliśmy w odchodach.

Nakoniec w ostatnich piętnastu dniach, w których apetyt był ciągle na jednym stopniu, waga zwierzęcia powiększyła się jeszcze o 10 gram. i doszła do 330 gr., co przedstawia początkową wagę 347 gram., jeżeli odtrącimy 19 gram. na jajko, które było zniszone w początku doświadczenia.

Tak więc widzimy jeszcze raz, że pod wpływem przemiany w odżywianiu łącznie z powiększeniem wagi i tworzeniem tkanek nowych, odżywienie skieletu nie ulega zmianie, jakkolwiek doznana strata podczas peryodu niedostatku mineralnych części, dochodziła do 4ch grammów.

Jest widoczne, że usiłowanie odżywcze skieletu uskutecznia się wolniej, jak czynność dezassymilacyi.

Od chwili, kiedy odżywienie systemu kostnego nie jest uważane jako zasada górująca i konieczna, łatwo pojąć że pierwszą potrzebę organizmu jest nadać, za pomocą fosforanu zostawionego do jego użytku, nowe życie tkankom; dla tego też widzimy w pierwszym tygodniu prawie całą ilość fosforanu wapna wydaloną z obiegu po przejściu przez organ, a absorbeyę zredukowaną do tak małej cyfry, że może być pominiętą.

W drugim tygodniu rzecz się ma przeciwnie, skoro pierwsza potrzeba została zaspokojoną, assymilacya się rozpoczyna i z każdym dniem wzmaga się. Co większa, i to jest nowym dowodem że w tym kierunku trzeba tłumaczyć zjawiska jakie nam odkrywa rozbiór chemiczny, wówczas jak widzimy fosforan wapna biorący początek w tkankach i powiększający się pod wpływem węglanu, spostrzegamy u ptaków większą działalność i rozwinięcie apetytu daleko znaczniejsze.

Odnosząc się do pierwszój tablicy, znajdujemy że ilość spożytéj pszenicy w okresie siedmiu dni, dochodzi średnio do 137,90 to jest 19,70 gr. dziennie.

¹⁾ Rozbiór zboża: Fosforan wapna, 0,175 na 100.
Fosforany alkaliczne 0,877.

W pierwszym tygodniu przy drugim doświadczeniu, ilość pszenicy była 143 gram. i wkrótce przechodzi do 172—170—180—162—185, to jest 24,57 gr. dziennie, co w ogóle przedstawia do 20 na 100.

Mieliśmy sposobność zastanawiać się na podobnych zjawiskach u ludzi. Widzieliśmy w samej rzeczy z zadziwieniem, u dzieci limfatycznych, nie mogących chodzić, pozbawionych apetytu, w których system kostny był niekompletnie rozwinięty, jak zalecony mleko-fosforan wapna nie spowodował przez ciąg kilku tygodni żadnego objawu zwykle spodziewanego; gdy tymczasem później, od razu zjawiska skuteczne z szybkością zastanawiającą dały się spostrzec.

Na stronicach poprzedzających staraliśmy się ugrupować wszystkie fakty mogące objaśnić stanowisko fizjologiczne fosforanu wapna; pozostaje nam podać różne obserwacje mające za cel poprzeć zdanie objawione w tej pracy a dążące do potwierdzenia soli mleko-fosforanu-wapna jako czynnika odżywczego.

Zwracamy uwagę fizjologów na szczególny objaw przedstawiający się przy złamaniach kości, objaw, który powstaje i znika do woli, w miarę zadania lub odjęcia powyższego leku.

Odnosimy tu również inne obserwacje mające charakter wypadków patologicznych, w których użycie mleko-fosforanu było wskazane i inne nakoniec ukazujące stronę tego środka jako działacza energicznie podbudzającego odżywienie i którego głównym działaniem jest podnieść albo obudzić uśpione zjawiska chemiczne trawienia.

Ale najprzód, dla łatwiejszego wyłożenia tego co ma nastąpić, sądzimy za użyteczne przypomnieć wkrótkości zasadnicze fakty, które są punktem wyjścia tej pracy.

Uderzeni niestawami skutkami, a najczęściej żadnymi z użycia fosforanu wapna z w y c z a j n e g o, śledziliśmy z Dr. R. B l a c h e do jakiej przyczyny odnieść tak częstą bezskuteczność tego środka. Doświadczenia czynione na psie z przetoką żołądkową, doprowadziły nas do sformułowania następującego zdania:

„Fosforan wapna przy upływie soku żołądkowego, ulega częściowemu przestoczeniu, które go czyni zdolnym do assimilacji.

„Różne fosforany wapna dotąd używane, bardzo różne w swoim składzie i swoich własnościach, przedstawiają nie równy opór działaniu soku żołądkowego.

„Ich użycie w Terapii, nie daje dostatecznej rękojmi, i jest więc uzasadnionem aby je zastępować mleko-fosforanem wapna, który przedstawia produkty działania soku żołądkowego na fosforan wapna.“

Ten nowy preparat otrzymany z działania kwasu mlecznego na fosforan wapna, jest rozpuszczalny we wszystkich proporcjach w wodzie i soku żołądkowym; nastrzyknięty w żołądek psa z przetoką i w czasie najlepszego trawienia, nie jest osadzony przez pokarmy już w części przetrawione, i w całości się znajduje w płynie przefiltrowanym.

Ta własność jest więc największą rękojmią jego absorpcji przez żyły żołądka, i my posiadaliśmy środek, który nie potrzebowałby być wystawiony na konieczność poprzedniego przetrawienia, dla przejścia w obieg krwi; jest bardzo ważnem dodać, że to trawienie fosforanu wapna zwyczajnego, ograniczone do kilku centigramów, nawet wówczas kiedy się dotyczy jak w naszych doświadczeniach psa silnego i dobrze zbudowanego, u dzieci i dorosłych, których siły trawienia żołądka są już osłabione przez choroby, najczęściej niema żadnego wpływu.

Dzięki tej nowej formie, fosforan wapna będzie absorbowany w krótkim czasie w znacznej ilości, i my będziemy mogli określić nowe zjawiska, których niepodobna było poprzednio oznaczyć ze zwyczajnym preparatem.

Następujące doświadczenia wzięte z naszej pierwszej pracy z Drem B l a c h e, mają na celu wykazanie działania mleko-fosforanu-wapna w wypadkach złamań kości.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Spostrzeżenia nad fizyologicznem działaniem *veratrum viride*. Charles Squarey (*The Practitioner. April 1850 r.*).

Doświadczenia były robione z celem zbadania zachowania się ciepłoty ciała po użyciu *tint. veratri viridis*.

Oulmont w doświadczeniach z ekstraktem żywicznym widział opadanie ciepłoty w 1—1½ godzin po użyciu, w niektórych wypadkach o 2, 3 lub 5 stopni, i utrzymywanie się tej temperatury przez dłuższy czas.

Autor zaś robił spostrzeżenia na chorych, których stan zbliżał się prawie do zdrowego, i dawał im tinkturę *verat. virid.* w coraz większej dawce tak długo, aż wyraźne działanie nastąpiło. W tym celu ustanowiono chorym stosowną dyetę na 1—2 dni przed zadaniem lekarstwa, trzymając ich w łóżku i badano o ile można często tętno i ciepłotę. W czterech szczególnie obserwowanych wypadkach nie stwierdzono wyraźnego wpływu na ciepłotę, jak to Oulmont podaje, pozostałe jednak objawy zgadzały się zupełnie, to jest: znaczne zwolnienie tętna, zmniejszenie częstości oddechu w stosunku do pulsu, uczucie znacznego osłabienia, upadek sił, mdłości i wymioty (te ostatnie następowały za każdym razem gdy zadano więcej jak 20 minims (20 gran) pro dosi), w jednym wypadku małe rozwolnienie.

— Chinina w chorobach dzieci. Prof. Binz (*The American Journal of Obstetrics. Mai 1870 r.*).

Binz już dawno wyrzekł zdanie, że działanie chininy polega na znoszeniu procesów fermentacyjnych a przynajmniej na zmniejszeniu ich, stąd zaś wyprowadza jej skuteczność we wszystkich zymotycznych i gnilnych (septycznych) chorobach. Lekarzom poleca on z uwagi że nieznamy żadnego środka mającego tak silne jak chinina własności przeciwgnilne, zarazem nieszkodliwego dla organizmu i stosunkowo powoli wydzielającego i rozkładającego się, używać chininę we wszystkich wypadkach szkarlatyny, odry, błonicy (*diphtheritis*) etc., skoro takowe mają przebieg groźny. Należy jednak zastrzeżać dużej dawki, dobrze rozpuszczone przetwory, i to przed a nie choroby.

Korzystne użytkowanie chininy jako lekarstwa, wymaga koniecznie kontroli ciepłomierza, w którym to jedynie razie można zastosować metodę Liebermeister'a bronioną przez Binz'a, a polegającą na zażyciu podczas zwolnienia gorączki, małej ilości ale dużych dawek chininy.

Autor przekonał się o użyteczności chininy w *erysipelas neonatorum*.

Dla leczenia koklusu autor z teoretycznych względów przed dwoma laty polecał chininę, od tego zaś czasu używał jej w wielu wypadkach, skuteczność zaś okazała się z porównania tych wypadków gdzie zadano chininę z tem gdzie jej nie dano.

Podobnież przy koklusu należy podać chininę w dużych dawkach i w roztworze, celem umożliwienia zetknięcia z błoną śluzową gardzieli przy polykaniu.

Przepis ten oparty jest na tém przypuszczeniu, iż koklusz ma być specyficznym, miejscowym katarem, wywołanym przez stały zarazek (*contagium fixum*), który miejscowo przez chininę zostaje związany.

Oświadczenie Stricker'a, że nie chinina ale kwaśny rozpuszczający ją środek sam jako taki, zabójczy na białe ciała krwi działa nie przekonało Binz'a. Twierdzi on jak poprzednio, że chinina zmniejsza ruchy białych ciałek, stąd zaś wyprowadza jej skuteczność przy ostrém zapaleniu oskrzeli u dzieci; użyteczność zaś chininy w przewlekłych zapaleniach dróg oddechowych tłumaczy tém, że takowa osłabia istniejące warunki do degeneracyjnych przemian produktów zapalnych (mogłaby w ten sposób zapobiedz straszliwej *meningitis tuberculosa*).

Wychodząc z tego punktu widzenia, Binz chce użytkować wpływ chininy zmniejszający wytwarzanie ropy w najrozmaitszych procesach zapalnych, w czem odwołuje się do spostrzeżeń Neumanna, który jej używał w zapaleniach stawów, i do obserwacji Weber'a (*Deutsche klinik 1869, p. 225*) który stosował chininę z dobrym skutkiem przy *otitis interna*. Binz nie zaprzecza wprost, że chinina być może działa bezpośrednio na

układ nerwowy, uważa on to jednak za niedowiedzione; L e w i c k i bowiem miał wykazać, że wpływ chininy na serce nie zależy od wpływu na n. błędny i sympatyczny. Autor zaś obiecuje w późniejszej pracy wykazać, że chinina zniża również temperaturę niezależnie od układu nerwowego. Podany przez S c h l o c k o w ' a i E u l e n b u r g ' a (*Reichert's u. Dubois' Archiv, 1869 r.*) wpływ chininy na zmniejszenie pobudzalności odruchowej, wykazany wprawdzie tylko na żabach, powinienny zachęcić lekarzy do spróbowania chininy w konwulsjach u dzieci.

Gorzki smak chininy nie powinien być przeszkodą w zadawaniu jej dzieciom; należałoby wprzód wypróżnić kiszki i podawać przetwory łatwo dyfundujące (*chininum muriaticum*). Gdyby chodziło o wysoką cenę chininy, możnaby używać *chininum muriaticum amorphum*, wprowadzone do handlu przez C. Z i m m e r ' a w Frankfurcie nad Menem, i dziesięć razy tańsze od *chinin. muriat. crystall.*

Przetwór ten wprawdzie dość często wywołuje objawy zatrucia (wymioty, szum w uszach i t. d.), z powodu bardzo szybkiego wsysania się, jednakże wpływ ten może być usunięty przez zadanie mniejszych dawek i dodatek małej ilości gummy arabskiej.

— Zastosowanie kwasu mlecznego w dławcu (*croup*). A. W e b e r (*Jahrb. f. kinderheilkunde, 3. H., 1870 r.*).

W e b e r zachęca lekarzy do używania kwasu mlecznego w krupie, przypisując wielokrotnie ogłaszaną nieskuteczność tego środka rozmaitości w zastosowaniu go.

Autor zwraca uwagę że najlepsze przyrządy do inhalacyj, wyrzucają strumień rozpylonego płynu na 6'', większa część tylko na 4—5''. Skoro więc chcemy aby wejście do krtani było wystawione na strumień, to należy przyrząd zbliżyć na 2—3'' do przednich zębów, przez co wargi i zęby są ochronione i nie przyczynia się dzieciom tyle bólu.

Powtórę należy ustanowić pewien oznaczony stosunek pary wodnej do roztworu kwasu mlecznego przez nią rozpylonego, aby roztwór ten nie dostawał się do błon krupowych na zbyt rozcieńczony: przy zaszybkim parowaniu przez zbyt obfite domieszanie pary wodnej, przy zawolnem zaś przez zbyt obfite domieszanie cieczy z ust wydzielonych.

Stosunek właściwy jest ten, gdzie 6 gram wody zamienionej na parę, rozpyła 16 gram roztworu kwasu mlecznego w 3—4 minut.

Każdy może stosunek ten na swym przyrządzie ustanowić, wprowadzając go przez kilka minut w ruch, a następnie badając przez odważenie, ile w tym czasie zużyło się wody i roztworu kwasu mlecznego.

O znakomitęj własności rozpoznania jaką posiada kwas mleczny nawet rozcieńczony, nie można wcale powątpiewać, próbę bowiem łatwo zrobić na świeżo wydzielonej błonie krupowej. W pewnych warunkach można użyć czystego kwasu mlecznego, który według doświadczeń W e b e r ' a robionych na psie przez $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, i na sobie przez krótszy nieco czas, nie wywiera żadnego szkodliwego działania na błonę śluzową; czysty kwas mleczny ma rozpuszczać każdą błonę krupową.

— *Cannabis indica* przy leczeniu *menorrhagiae* i *dysmenorrhoeae*. A. Silver (*Med. Times and Gaz., 1870, 16 Juli*). Chociaż już C h u r c h i l l chwalił ten środek w wymienionych chorobach i wielu to stwierdziło, jednak ani w podręcznikach ginekologicznych ani w farmakologiach nie bywa o nim szczegółowej wzmianki, a ztąd mało go używają.

Wskazaną jest *Cannabis indica* nietylko przy prostych *menorrhagiach*, ale nawet przy *fibroidach*, *polipach* i *rakach macicy*, ma ona jako *palliativum* działać skutecznie.

Autor przytacza kilka historyj chorób na dowód. Przepisywał on zwykle 20 *minims* (20 gran) *pro dosi*, jedna dawka często wystarczała.

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. G i r s z t o w t.

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

W Drukarni Gazety Polskiej. — Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1870 roku do 1 stycznia 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1871 r. sr. 68.

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

TREŚĆ: Prace oryginalne. Kazuistyka szpitalna. Postrzeżenia Dra J. Mińkiewicza (z Tyflisu). (Ciąg dalszy). O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki a w szczególności na krążenie. Przez Dra W. Piwowarskiego (ze Sławatycz). (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. Dwa wypadki pierwotnego raka płuc. Zestawił Dr. Gustaw Fritsche. Poszukiwania doświadczalne nad własnościami fizyologicznymi i terapeutycznymi fosforanu wapna. Przez L. Dusart'a. Streścił Dr. Langowski. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Spostrzeżenia nad fizyologicznym działaniem veratrum viride. Chinina w chorobach dzieci. Zastosowanie kwasu mlecznego w dławcu (*croup*). *Caunabis indica* przy leczeniu menorrhagiae i dysmenorrhoeae. Streścił Dr. Majzel Wacław. Dodatek. Historia szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (461—468). Przez Juljana Bartoszewicza. (Ciąg dalszy). — Farmacyi ark. 26ty, Anatomii praktycznej ark. 2gi, Anatomii opisowej ark. 6ty, Epizoocyologii i weterynaryi politycznej ark. 6ty, Fizyologii ark. 2gi.

KAZUISTYKA SZPITALNA.

Postrzeżenia Dra J. Mińkiewicza (z Tyflisu).

(Ciąg dalszy ¹⁾).

3. Wyluszczenie torbieli kaszowatej w okolicy zwaczowej lewej (*reg. masseterica sinistra*), z niezwykłemi następczemi zjawiskami nerwowemi.

Ostatnich dni maja, roku 1869, zgłosiła się do mnie wdowa po urzędniku Z..., 38 l. m., prosząc abym wyciął torbiel kaszowatą, objętości jajka gołębiego, przed lewem uchem położoną. Chora udzieliła następnej historii swojej choroby. Od dwóch lat cierpi na ból mocny głowy z nieznaną przyczyną. Jednocześnie prawie zjawily się u niej bóle, kurcze, podrygiwania w lewej połowie twarzy, poczem chora uczuła osłabienie w całej połowie lewej ciała, która przeszła w paralityczny stan lewych odnóg, mięśni lewej połowy twarzy i języka. Opatrząc chorą po raz pierwszy zauważyłem, że twarz obwisła, usta cokolwiek skrzywione, przeciągnięte na prawo. Chora mówi z trudnością, powoli, z przestankami, ciągnie lewą odnogę dolną. Czulość lewej połowy twarzy mniejsza niż prawej. Chora niewyraźnie widzi; co jednakże — to się pogarsza, to polepsza.

¹⁾ Patrz Nr. 14 Gaz. lek.

Lewem uchem nic nie słyszy. Jeśli zamknie oczy i zatknie prawe ucho — chora nie jest w stanie odróżnić, czy kto chodzi po pokoju lub nie. Miała ona w okol. żwacznej, przed skrawkiem lewego ucha (*tragus*) od urodzenia małą brodawkę (*naevus*). Pod nią prawie jednocześnie z wyżej podanymi objawami powstała narośl, w chwili opatrywania przezemnie ograniczona w następujący sposób. Brzeg tylny guza dotykał się prawie do podstawy skrawka, górny zaś nie dosięgł na jeden cent. do łuku licowego (*pons zygomaticus*); brzeg dolny kończył się na równi z wycięciem między skrawkiem (*incisura inter tragica*) i początkiem płotka (*lobulus*). Mając na względzie objawy mózgowie — postanowiłem dokonać operacji *par embrochement* w obec kolegi S c i e p u r y, bez zachloroformowania. Przebiwszy podstawę narośli rozciąłem jej przednią ściankę, oddalivszy masę kaszowatą — ująłem torebkę pincetem i wyciągnąłem prawie ją całą; tkanka łączna bowiem lekko się rozrywała, za ledwom zrobił tylko kilka nadecięć nożycami w górnym kącie narośli. Chora najspokojniej to wszystko wytrzymała, na twarzy jej nie było śladów bólu, cierpienia. Chora tuż po operacji powiedziała, że nie czuła żadnego bólu przy rozcięciu skóry i wtedy tylko, kiedym wyciągał torebkę uczuła, że niby strumień wody gorącej wpadł do ucha, i że zaraz poczęła lepiej słyszeć. „Nie odróżniam wyrazów, co mówią, słyszę rozmowę i to stało się w ten oto moment;“ powiedziała nam chora po operacji, i stanowczo to twierdziła, pomimo naszą nieufność. W tejże chwili po operacji zauważaliśmy u chorej czerwoność różowatą, ze słabym odcieniem sinawym na dolnej części ucha lewego, okolicy żwaczowej, pod lewym kątem szczęki dolnej, odpowiednio okolicy gruczołu podszczękowego. Czerwoność ta miała ściśle ograniczone, nierówne brzegi jak w róży. Chora nie doznawała żadnego bólu w owych częściach czerwonych. Zbliżywszy brzegi rany pokryłem ją szarpią, zmoczoną mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej *Nelubina*. Nazajutrz nie znalazłem czerwoności różowatej, która podług słów chorej, trwała li z parę godzin. Chora stanowczo twierdziła, że ona już słyszy dzwonięcie w cerkwi odległej przeszło na 50 sążni, rozmowę, nie odróżniając oddzielnych wyrazów, i że lewem okiem lepiej, wyraźniej widzi po operacji niż prawem. Zbadawszy tegoż dnia oftalmoskopem dno oka nie wykryłem żadnych zmian; poczynająca się ambliopia zależała od cierpienia mózgowego. Na trzeci dzień po operacji chora odjechała do wód Piatygorska i dalszy stan zdrowia pacjentki, pomimo moje zabiegi nie jest mi znany ¹⁾).

W tym naszym przypadku ciekawymi są właśnie trzy następne zjawiska, potrzebujące objaśnienia dla czego chora zaraz po operacji poczęła lepiej słyszeć, wyraźniej widzieć lewem okiem i od czego zależała owa czasowa różowawa czerwoność? Nieraz wyluszczałem podobne torbiele na témże miejscu, jednakże ten tylko raz obserwowałem podobne zjawiska. Do dokładnego rozwiązania tych pytań brakuje danych anamnestycznych. Nieznany mi był także całkowity stan chorobowy pacjentki, która przybywszy na kilka dni do Tyflisu musiała zaraz wyjechać — i dlatego

¹⁾ Protokoły posiedzeń Towarzystwa lekarzy Kaukaskich, 1869, Nr. 4, str. 89, 40.

nagliła o dokonanie operacji i wcale się nie skarżyła na swoje cierpienia, od których spodziewała się pozbać użyciem wód Piatygorzkich. Nie była więc dokładnie zbadana co do swojego cierpienia ogólnego. Nie wdając się więc w ścisłe oznaczenie miejsca i istoty cierpienia, ale zważywszy jednak że następne okoliczności: bóle głowy powstały bez żadnej przyczyny widomej, trwały przez dwa lata, że jednocześnie powstały bóle i kurcze konwulsyjne na lewej stronie twarzy, wzrok i słuch osłabione, paralityczny stan języka i lewej połowy ciała, zwłaszcza odnóg dolnych, — wnioskujeśmy, że wszystkie te objawy zależą od cierpienia mózgowia, prawdopodobnie od nowotworu leżącego na podstawie czaszki i naciskającego na dolną część mózgu — na miejsce początku nn. trojstego, twarzowego, mięśniowo-ocznego. Objawy przez nas spostrzegane: polepszenie słuchu, wzroku i zjawienie się różowawej czerwoności nie wątpliwie zostają w ścisłym stosunku z cierpieniem ośrodkowym, które spowodowało odruchy patologiczne. Temi to odruchami zdaje mi się można i należy tłumaczyć wyżej podane zjawiska. Wątpię bowiem, aby sposób operowania, lekkie odrywanie było samo przez się zdolne coś podobnego sprawić, musiałoby to być także i w innych razach. Ale tam gdzie w skutek cierpienia mózgowego odruchy są zmienione w układzie nerwów mózgowych i sympatycznych, istniejących w tej okolicy, być może że i ten sposób operowania przyczynił się do powstania tych objawów?

Przystępując do szczegółowego objaśnienia każdego z wymienionych objawów poczynając od słuchu — uważam za rzecz stosowną podać krótką anatomie nerwów okolicy żwaczowej i ucha. Jużei anatomiczno warunki tych części są główną przyczyną tego. Niepodobna bowiem wytłumaczyć sobie poprawienia słuchu usunięciem nacisku narosła, która była i nie wielka i nie sprawiała zmiany formy ucha. W okolicy żwaczowej napotykamy gałęzie nn. trójdzielnego, twarzowego i sympatycznego. Gałęź szczękowa dolna nerwu trójdzielnego dostarcza tu nerw uszno-skroniowy powierzchowny (*n. temporalis superficialis, auriculo temporalis*), zawierający ruchowe i czulne nitki, którego gałązka wstępująca, czyli skroniowa dając gałęzie łączące się z gałęziami n. twarzowego gubi się w skórze płatka i muszli ucha, w śliniance nażuchwowej (*parotis*), w skórze części górnej i wewnętrznej ucha zewnętrznego i okolicy skroniowej. Jedne gałęzie zstępujące spajają się z gałęziami nerwu twarzowego, inne z rozgałęzieniami nerwu sympatycznego wielkiego, otaczającymi tętnicę skroniową. Nadto wymienić należy małą nabrzmiałość kształt zwoju mającą, którą stale w ciągu przebiegu swojego ten nerw przedstawia, z kąd wychodzą gałęzie właśnie tylko co opisane (*Hirschfeld*). Tu także wspomnieć należy, że m. naprężacz bębenka, młotka, także dostaje gałązkę, prawdopodobnie ruchową zwoju usznego (*gangl. oticum*) z n. szczękowego dolnego. Część niezwojowa nerwu trójdzielnego reguluje ruchy młotka, gdyż rozszerza się w natężaczu bębenka. Gałęzie skronio-twarzowe siódmej pary rozproszone są po okolicy żwaczowej i spajają się z odpowiednimi gałęziami nerwu szczękowego dolnego, ze spletem szyjowym za pośrednictwem gałęzi usznej (*n. auricularis*) i szyjowej poprzecznej. Nerw twarzowy oddaje gałęź do m. strzemienia. Ze spletu szyjowego powierzchownego n. sympatycznego najbliższe są gałązki wstępujące szyjowe powierzchowne: uszna, sutkowa mała i wielka.

Do dziś dnia nie jest dostatecznie wyjaśniony mechanizm kostek słuchowych i działanie ich mięśni; trudno więc dokładnie dać objaśnienie od czego chora lepiej poczęła słyszeć? Zdaje mi się, że najsluszniej wnioskujemy, że polepszenie to zależało od zmiany czynności mięśni kostek, a następnie położenia ich na drodze odruchów.“ Według *Harless'a* m. strzemionkowy kurcząc się ciągnie główkę strzemionka ku tyłowi, że jednakże strzemionko wrosłe swą podstawą do błonki okienka jajowatego nie daje się wsunąć w tym kierunku, przeto cały kierunek ogranicza się do głębszego wtłoczenia tylnego końca podstawy do wspomnianego okienka. Za tem przemawia i ta okoliczność, że tylny koniec podstawy strzemionka jest ruchomszym od przedniego. Według *Ludwiga* zaś (*Lehrbuch der Physiologie*) przeciwnie, koniec podstawy przedni podnosi się przy skurczeniu m. poprzecznego z okienka jajowatego. Jeżeli idąc za *Harless'em* uznamy za prawdopodobniejsze, iż m. strzemionkowy kurcząc się wpycha mocniej tylny koniec podstawy strzemionka do okienka jajowatego podczas gdy na zasadzie nieściśliwości płynów błonka okienka okrągłego, ustępując wygina się na zewnątrz, winniśmy tem samem uznać, iż mięsień strzemionkowy utrudniając ruchy strzemionka tem samem zmniejsza obszerność drgań oddzielnych płynów w błędniku, a zatem zmniejsza wpływ na nerw słuchowy. W ten sposób mięsień strzemionkowy byłby niejako stłumiającym słuch. Jeżeli więc jest porażonym skutkiem porażenia nerwu twarzowego, koniecznym byłoby wzmocnienie słuchu z powodu większych ruchów strzemionka. I tak też było w przypadku opisanym przez *Barirea*, w którym chory niedosłyszący przed tem znacznie na oba uszy — dostawszy jednostronnego porażenia goścowego nerwu twarzowego, dostał również lepszego słuchu po stronie chorej. W miarę, jak skutkiem odpowiedniego leczenia ustępowało porażenie, pogarszał się słuch po tej stronie, aż po zupełnem wyleczeniu porażenia, chory równie jak dawniej nie dosłyszał na obydwa uszy. W dwóch przypadkach porażenia goścowego nerwu twarzowego zauważał *Luca*e mocniejsze słyszenie tonów bardzo wysokich i bardzo niskich po stronie chorej.

*Luca*e sądzi, że lepsze słyszenie tonów niskich zależy od mocniejszego kurczenia się naprężacza i podwyższenia ztąd ucisku w błędniku (?) ¹⁾. W przypadku naszym widzimy toż samo zjawisko, ale powstałe z innej przyczyny — z traumatycznego porażenia przeciętej pewnej części nerwu twarzowego i trójdzielnego. Przypadek ten stwierdza objaśnienie podane przez *Harless'a* czynności m. strzemionkowego.

Na nieszczęście, jakem to już wyżej powiedział, że chorej nie byłem w stanie śledzić dalej, — brakuje więc danych do ściślejszych wniosków.

Do tejże kategorii zjawisk należy i polepszenie wzroku, które zapewne było następstwem zmiany czynności mięśni, kierujących akkomodacją, było to także skutkiem odruchów na nerwy rzęskowe i inne — od rozdrażnienia gałęzi nerwu sympatycznego pochodzącej ze zwoju szyjowego i gałęzi piątej i siódmej pary rozpostartych w okolicy żwaczowej.

¹⁾ Przegląd lekarski, 1869, Nr. 34.

Przemijająca czerwonosc dolnej czesci przewodu ucha, plotka i okolicy podszczekowej, zalezac od rozszerzenia naczyń oznaczonych czesci, byla skutkiem paraliżu nerwów naczyniowych. I to takze zjawisko bylo objawem odruchowym, następstwem albo rozdrażnienia nerwów czulnych piątej pary, rozpostartej w okolicy żwaczowej, albo następstwem paraliżu po ich rozcięciu. Obecność *n. auricularis* niepozostala tu bez wpływu na powstanie wyżej oznaczonego objawu.

Sumując to com wyżej powiedział, zdaje mi się że najwłaściwiej szukać przyczyny tych niezwykłych objawów w cierpieniu ośrodków nerwowych i w następstwie tego w nieprawidłowych, patologicznych odruchach. Nieznając istoty cierpienia mózgowego chorej, a takze nie mogąc się oprzeć na anatomii, gdyż ta nie posiada jeszcze dokładnych wiadomości, o rozpostarciu nerwów naczyniowych — trudno dać dokładne objaśnienie. Trudno bowiem w inny sposób to sobie tłumaczyć że cięcie trafilo, że tak powiem na węzeł, połączenia się ważniejszych, najrozmaitszych nerwów tej okolicy, szczególnie usposobionych do silniejszych ruchów odbitych. Ponieważ nieznaną jest budowa brodawki (*naevus*) pod którą rozpoczęła się torbiel i jakie były stosunki nerwów przedtem, niepodobna więc brać na uwagę tej okoliczności do objaśnienia zjawisk nerwowych, któreśmy spostrzegali.

(*Dokonczenie nastąpi*).

O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki, a w szczególności na krążenie.

Przez Dra Władysława Piwowarskiego (ze Sławatycz).

(Ciąg dalszy). *)

Doświadczenie XII.

Pies mały, wyżełek angielski, zupełnie spokojny. Użyto do iniekcji jeden odwar z wyborniejszej czarnej herbaty (z 1/2 uncji na 2 1/2 uncji filtratu) i drugi z pośledniejszej (z 1/2 uncji na 2 uncje filtratu).

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w młm. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.	
12 ^o	36'	20 — 30	168	11		
		30 — 40	164	11		
		40 — 50	163	11		
		50 — 60	160	11		
	37'	0 — 10	175	12		
		10 — 20	174	11		
		20 — 30	172	14		
		30 — 40	181	14		
	38'	40 — 50	176	12		
		50 — 60	175	12		
		0 — 10	175	18		
		10 — 20	162	24		
			20 — 30	126		15

Nastryknięto 7 cent. kub. odwaru herbaty, w przeciągu 20 sek.

*) Patrz Nr. 13, Gaz. Lek.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie cis- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12°	38'	30—40	91	12	Przerwa w pisaniu linii przez czas 1 minuty i 20 sekund.
		40—50	73	11	
		50—60	76	11	
	39'	0—10	74	12	
		10—20	66	12	
	40'	40—50	80	13	
		50—60	80	13	
	41'	0—10	80	14	
		10—20	74	14	
		20—30	76	14	
		30—40	78	13	
		40—50	78	13	
	47'	0—10	148	12	Przerwa 5 minutowa w kreśleniu linii.
			149	11	
		20—30	148	11	
		30—40	149	11	
		40—50	153	11	
		50—60	152	10	
	48'	0—10	152	11	
		10—20	156	10	
50'	20—30	170	11	Przerwa 3 minutowa w kreśleniu linii. Następnie nastrzyknięto jeszcze 7 cent. kub. tegoż samego odwaru, lecz aby nie zamazać fal kreślō- nych na walcu kimografionu, ogra- niczono się na prostej obserwacji zmian pokazujących się na he- modynamometrze. Przekonano się tym sposobem, że zmniejszone ciśnienie wróciło powoli do normy. Wtenczas nastrzyknięto 3cią rō- wną dozę innego odwaru herbaty, otrzymanego z posledniejszej her- baty (z 1/2 uncyi na 2 uncye fil- tratu). Tętno przyspieszyło się z początku do 180 na minutę, ciśnienie opadlo niżej 66 mm., następnie jednak tętno znowu się zwolniło, a ciśnienie podniosło.	
	30—40	169	11		
	40—50	168	10		
	50—60	173	11		
	52'	0—10	170		11
10—20		165	11		
20—30		166	11		
30—40		170	11		

U w a g i. W doświadczeniu 12em skutki iniekcji herbaty w niczem nie różnią się od zwykłych objawów dostrzeganych w poprzednich doświadczeniach. Z powodu silnego działania nader mocnego odwaru herbaty, obserwujemy jednak tylko mocne obniżenie ciśnienia z przyspieszeniem tętna i następnie powolne ich wracanie do stanu prawie normalnego. Przy dłuższej obserwacji ciśnienie prawdopodobnie byłoby się powiększyło nad pierwotną wysokość. Odwar pośledniej-szej herbaty zdaje się w tym przypadku nie działał słabiej od odwaru z lepszej herbaty, być nawet może, że działał silniej.

Wysokość fal kreślonych na kimografionie okazuje zwykle zmiany: zmniejszenie tuż po iniekcji i następne powolne wracanie do normy wraz ze wzrostem ciśnienia.

Doświadczenie XIII.

Pies średniej wielkości, kundel, samiec, spokojny. Użyto do iniekcji kofeiny, wyrobioną z kawy w farmaceutycznej pracowni b. Szkoły Głównej, i odwar palonej kawy (z 1 uncji na 3 uncy filtratu).

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie ciś- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 1/2 min.	Liczba oddechów na 1/2 min.	U w a g i.
12 ^o	30'	0—10	145	45	8	
		10—20	145			
		20—30	144			
		30—40	141			
		40—50	145			
	31'	50—60	144	45	9	
		0—10	148	45	9	
		10—20	149			
		20—30	146			
		30—40	143			
	40—45	143				
	32'	45—50	141	52	10	
		50—53	124			
		53—60	128			
		0—10	132			
10—20		147				
20—30		160	75			11
35'	30—40	170	64	11		
	40—50	177				
	50—60	161				
	0—10	150				
	10—20	151				
36'	20—30	150	46	8		
	30—40	148	46	9		
	40—50	155				
	50—60	158				
	0—10	156				
	10—20	156				
	20—30	153				

Pies niespokojny.

Wstrzyknięto 7 1/2 cent. kub. 1 procentowego roztworu kofeiny, w przeciągu 30 sekund.

Przerwa 2 minutowa w kreśleniu linii.

Przerwa 1 minutowa.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w mmm. Hg.	Tętno na $\frac{1}{2}$ min.	Liczba oddechów na $\frac{1}{2}$ min.	U w a g i.
12 ^o	37'	30—40	168	46	8	
		40—50	171			
		50—60	162			
	38'	0—10	166	45	8	
		10—20	163			
		20—30	162			
		30—40	159			
		40—50	161			
		50—60	161			
	39'	0—10	168	51	8	
		10—20	169			
		20—30	178			
30—40		173				
40—50		152				
50—60		115				
1 ^o	40'	0—5	142	81	8	
		5—10	149			
		10—20	158			
		20—30	167			
			76			9

U w a g i. W doświadczeniu 13. zmiany tętna i ciśnienia po iniekcji kofeiny, a następnie także po iniekcji kawy, okazują jednakowy typowy przebieg, jak w poprzednich doświadczeniach; ostateczne podwyższenie ciśnienia uad stan pierwotny jest tu nader wybitne.

Fale kreślone na kimografionie również okazują jasno wpadające w oczy zmiany typowe.

W tablicy, odnoszącej się do tegoż doświadczenia, zaznaczono także zmiany ruchów oddechowych, o ile dały się obliczyć z kreślonych na kimografionie linii krzywych. Z tych dat wynika, że po pierwszej iniekcji liczba oddychań się przyspieszyła, następnie wróciła do normy, a nawet cokolwiek się zwolniła, lecz przy drugiej iniekcji prawie wcale się nie zmieniła. (Dokończenie nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Dwa wypadki pierwotnego raka płuc.

Zestawił Dr. Gustaw Fritsche.

1. A. H. wieku lat 38 była dostawiona do szpitala w Birmingham (*Birmingham general hospital*) z powodu choroby piersiowej, o której trwaniu i przebiegu nie można się było nic dowiedzieć, gdyż pacjentka była zupełnie głucha, wymawiała tylko pojedyncze wyrazy i nikt z jej rodziny ani przyjaciół jej nie towarzyszył. Jedyną rzeczą, o której można było się wywiedzieć było to, że zdrowie pacjentki skutkiem zaziębienia od 14 dni znacznie się pogorszyło. Była ona blada, w wysokim stopniu wycieńczona i tak miała krótki oddech, że zdawało się że lada chwila skona; stan był bezgorączkowy, po lewej stronie miała znaczny

decubitus. Lewa strona klatki piersiowej dawała przy opukiwaniu odgłos tępy od góry do dołu; ton perkusyjny po prawej stronie zupełnie był normalny. Żebra po lewej stronie były zupełnie nieruchome w czasie oddychania a przy auskultacji wcale słychać nie było szmeru oddechowego na całej lewej stronie, po prawej zaś stronie szmer oddechowy połączony był z głośną krepitacją. Głos pacjentki zanadto był słaby, żeby go można było użyć jako środka dyagnostycznego. Bicie serca nie dało się odczuć, ale tony serca można było wyraźnie po prawej stronie mostka słyszeć. Objawy te zdawały się przedstawiać obraz pleurytycznego wysięku po lewej stronie, połączonego z silnym nieżytem oskrzelowym po prawej stronie, obwód jednak lewej strony klatki piersiowej nie był powiększony, tępość tonu perkusyjnego nie rozprzestrzeniała się do mostka, na którym ton był zupełnie jasny, a mięśnie międzyżebrowe były w czasie wdychania na wewnątrz wciągane. Wszystko to mówiło przeciwko wysiękowi a na korzyść nowotworu w płucach: jakoż rzeczywiście przy exploracyjnej punkcji dokonanej bardzo cienkim trokarem wyszła mała tylko ilość krwi.

W trzy dni potem pacjentka umarła. Przy sekcji znaleziono w lewym płucu masę raka mózgowego otaczającą oskrzela i naczynia płucne. Masa rakowa zajmowała cały górny zrazik płuc, dolny był wolny, tylko znacznie ściśniony. Całe płuco było silnie przyrosnięte do żeber. Serce było w swoim miejscu. W kilku gruczołach oskrzelowych była infiltracja rakowa. W żadnym z innych organów nie było ani śladu tego nowotworu.

Po odszukaniu obcujących dawniej z pacjentką dowiedziano się od nich: że zmarła od kilku lat chorowała; od 2ch lat miała silny kaszel i bardzo krótki oddech. Przed dwoma miesiącami przemokła i od tego czasu stan jej znacznie się pogorszył.

2. Drugi, równie interesujący jak pouczający wypadek choroby o której mowa, był przedmiotem odczytu klinicznego profesora i dyrektora kliniki terapeutycznej w Londynie *Hyde Salter*.

W. R. 43 lat mający, fabrykant bawełny z Liwerpool, ożeniony, trzeźwy i moralny w obyczajach, został przyjęty do szpitala (*charing-cross hospital*) w Londynie dnia 20 października 1869 roku. W maju t. r. a zatem sześć miesięcy przed wejściem do szpitala, spostrzegł on że szyja jego zaczyna grubieć i że nie może skutkiem tego spać kołnierza od koszuli, zauważył także że twarz jego spuchła i powieki nabrzmiały. Przypadłości te stopniowo się powiększały, a w dwa miesiące później oddech jego zaczął być tak krótkim, że wcale nie mógł spać leżąc, tylko w półsiedzącej postawie. Jednocześnie zgrubienie szyi tak zaczęło się powiększać, że wkrótce szyja wyglądała jak gdyby gruczoły na niej będące w wysokim stopniu były obrzmiałe. W tym czasie przyłączył się także nowy objaw: rozszerzenie żył na przedniej ścianie piersi i brzucha. Następnie głos stał się ochryplym i przyszedł uciążliwy, piskliwy kaszel. W 6 tygodni potem dostał pacjent krwioplucia, przyczem wypluł przez 2 dni mniej więcej kieliszek krwi; oba ramiona spuchły wkrótce tak jak poprzednio szyja, żyły na obudwu ramionach również obrzmiały. Przez cały czas chory kaszlał i wypluwał nie wielką ilość flegmy; przed 14tu dniami jednak charakter płwocin nagle się zmienił; stały się one ropnistymi i zawierały szczególnego rodzaju kulki, zupełnie oddzielone jedne od drugich, wielkości końca palca nowonarodzonego dziecka. Kulki te opadały do dna w płynie płwocinowym i były wyrzucane, chociaż w znacznie mniejszej ilości jak przedtem, do dzisiejszego dnia; z początku były one z lekka krwią zabarwione, dzisiaj jednak zabarwienia tego niema. W nocy chory kaszle i wypluwa więcej aniżeli wóród dnia; expectoracja w ogóle jest nietrudna.

Kiedy szyja i twarz jego zaczynały obrzmiewać, znajomi jego ani on sam nie znajdowali zresztą żadnej zmiany w stanie jego zdrowia, później dopiero czuł chory że coraz słabszym się staje i na ciele opada. Spuchnięcie szyi, twarzy i piersi doszło do maximum po 2ch miesiącach, przez 2 miesiące nie zmieniało się, a następnie stopniowo się zmniejszało. Twarz bywa rano więcej spuchnięta aniżeli wóród dnia. Rozszerzenie żył na piersi, na ramionach i na brzuchu jednocześnie ze zwiększeniem spuchnięcia zwiększało się a z jego zmniejszeniem zmniejszało się.

Status praesens. Pacjent przedstawia szczególny widok: twarz jego wygląda jak twarz człowieka z rozwiniętą chorobą *B r i g h t a*: oczy wystające, powieki obwisłe, twarz cała obrzmiała, szyja jego tak jest zgrubiała i spuchnięta, że straciła zupełnie naturalny swój kształt; zgrubienie pochodzi głównie od obrzmienia bocznych ścian szyi, kąt utworzony przez boczną ścianę szyi i przez łopatkę zupełnie jest zapełniony, co nadaje dziwnie stożkowaty kształt całej szyi. Spuchnięcie jest miękkie i zdaje się pochodzić skutkiem infiltracyi tkanki łącznej podskórnej. Najcharakterystyczniejszy jednak, i najbardziej uderzający objaw, jest rozszerzenie żył na szyi, ramionach, piersi i brzuchu; wszystkie żyły powierzchowne w tych miejscach są rozszerzone, wystające i pozwijane. *Vena jugularis externa, mammae externa, acromio-thoracica, thoracica longa, subscapularis, cephalica* i wszystkie żyły przedramienia są zarówno dotknięte. Na powierzchni mięśnia piersiowego wielkiego lewego, znajduje się cała sieć rozszerzonych żył, łącząca się po pod pachą z podobną siecią na łopacie. Najbardziej rozszerzone są żyły łączące naczynia miednicy z naczyniami górnymi ciała; po lewej stronie rozszerzenie jest znacznie większe aniżeli po prawej.

Głos pacjenta jest cichy, ochryply, kaszel jego ma taki sam charakter, odetchnięć na minutę 20, tętno 104.

Plwociny są niestychanie charakterystyczne: składają się one głównie z wyżej opisanych kulek, które zawsze na dno naczynia opadają; nie zawierają wcale powietrza, są koloru brudno szarego, a niektóre tylko mają czerwony odcień. Zawarte one są wszystkie w płynie jasnym, ropnistym, czerwonego koloru, w wielkiej ilości przez pacjenta wyrzucanym.

Przy opukiwaniu znaleziono absolutną tępość po prawej stronie z przodu; w okolicy pachowej prawej stosunkowo do téjże okolicy lewej głos stępiony; w okolicy łopatkowej prawej głos tępy, międzyłopatkowej stępiony, poniżej normalny. *Fremitus pectoralis* nie przedstawia żadnej różnicy z dwóch stron. Oddychanie z przodu po prawej stronie u góry oskrzelowe, staje się począwszy od 3go żebra ku dołowi mniej wyraźnem; z tyłu po tejże samej stronie u góry również oskrzelowe oddychanie, poniżej łopatki zaczyna być pęcherzykowe, z początku zaostrome, później jednak zupełnie normalne. Po lewej stronie z przodu i z tyłu oddychanie pęcherzykowe normalne z wyjątkiem krepitacyi, która od tyłu u dołu słyszeć się daje. Absolutna tępość z przodu zachodzi po za mostek na lewą stronę do wysokości drugiego żebra. Z przodu po prawej stronie ściana klatki piersiowej absolutnie żadnych nie robi ruchów; przy bardzo głębokim wdychaniu jednak mięśnie międzyżebrowe zostają nieco wciągnane na wewnątrz.

Przedstawiwszy anamnezę i stan obecny pacjenta, uczony professor w następujących wyrazach wymotywował dyagnozę:

Z licznych i różnorodnych subiektywnych i obiektywnych objawów, które pacjent nasz przedstawia, na trzy głównie zwrócić nam wypada uwagę.

Najprzód plwociny. Jak tylko plwociny są z natury swojej niezwykle i wyjątkowe, to możemy być przekonani że i choroba jest niezwykle, wyjątkową. Plwociny przy wszystkich chorobach płucnych tak są charakterystyczne, że śmiało powiedzieć można, że w większości wypadków po nich tylko można dyagnozę postawić. Plwociny przy nieżycie oskrzeli są charakterystyczne, przy suchotach charakterystyczne, przy zapaleniu płuc charakterystyczne, przy ropniu w płucach charakterystyczne, przy zgorzeli płuc charakterystyczne. Zobaczywszy plwociny wyżej opisane naszego pacjenta, odrazu poznałem że one do żadnej z wyżej wymienionych chorób nie należą; że takich przedtém nigdy nie widziałem: z tego już poznać można było, że choroba z którą mamy do czynienia nie jest zwykłą, codziennie spotykaną.

Drugi objaw na szczególną zasługujący uwagę jest tak znaczne i ogólne rozszerzenie powierzchownych żył. Rozszerzenie to dowodzi przeszkody w przyplywie krwi do serca bądź w górnej, bądź w dolnej żyły próżnej; krew nie mogąc się do serca dostać naturalną drogą, toruje sobie inną drogą przez żyły kollateralne, tak jak po podwiązaniu tętnicy, krew tętnicza przez kollateralne anastomozy do miejsca swojego przeznaczenia się dostaje. Zatkanie żyły próżnej dolnej lub górnej tenże sam wywołuje skutek. Przypuszczam że żyła próżna dolna została zatkana przez powiększoną wątrobę, albo nowotwór w jajniku; krew

żylna dolnych kończyn, nie mogąc się do prawego serca dostać naturalną drogą, płynie przez żyłę nabrzuszną (*v. epigastrica*) i sutkową (*v. mammaria*) do żyły próżnej górnej i wlewa się tą drogą do prawego serca. Jeżeli światło żyły próżnej górnej zostało zatkane przez nacisk tętniaka, krew żylna z głowy i górnych kończyn nie mogą wprost płynąć do serca, musi tą samą drogą co poprzednia dostać się do żyły próżnej dolnej a ztąd do prawego serca. W obudwu wypadkach to same żyły powierzchowne zastępują zatkana żyłę i stają się przez to szersze, dłuższe i pozwijane; różnica na tém tylko polega, że przy zatkanii żyły próżnej górnej, krew w nich płynąć musi od góry ku dołowi a przy zatkanii żyły próżnej dolnej od dołu ku górze. Który z tych wypadków ma miejsce u naszego pacyenta? Spuchnięcie twarzy, szyi i ramion, rozszerzone żyły na ramionach, brak najzupełniejszy podobnych objawów w dolnej części ciała, za niezbite nam służąc mogą dowody, że żyła próżna górna a nie dolna jest zatkana.

Rezultat fizycznych poszukiwań pacyenta, równie ważną gra rolę przy stawianiu diagnozy. Z tępości absolutnej, z oskrzelowego oddychania, z nierozszerzalności płuc przy siliem wdychaniu wnosić możemy że miąższ płuc uległ zgęszczeniu, heparyzacji. Przeciwno zgęszczeniu gruźlicowemu, pneumonicznemu, silnie przemawiają inne objawy a głównie rozszerzenie żył powierzchownych; przy tych bowiem chorobach ciśnienie na żyły wewnętrzne nigdy nie bywa tak znaczne, żeby aż rozszerzenie powierzchownych za sobą pociągało, a nie należy zapominać że objawy ciśnienia poprzedzały wszelkie inne objawy chorobne, gdyż pacjent uważał się jeszcze za zupełnie zdrowego, kiedy nie mógł kołnierzyka od koszuli dopiąć.

Wyłączwszy tedy choroby płucne, o których wzmiankowaliśmy, pozostają nam dwie możliwości: Pacjent nasz cierpi na raka górnych zrazików płuc albo też nowotwór, prawdopodobnie rak rozwijający się *in spatio mediastini anteriori*, wywołuje ciśnienie na nerw błędny, a to pociąga za sobą zgęszczenie miąższu płuc, często w podobnych wypadkach obserwowane. Z tych dwóch przypuszczeń pierwsze zdaje nam się być prawdopodobniejsze, najprzód dlatego że tępy ton perkussyi odgranicza się bardzo ostro u prawego brzegu mostka, następnie dlatego że przy ucisku nerwu błędnego obserwowane zgęszczenie miąższu płuc postępuje zwykle od dołu ku górze, wprost przeciwnie jak w naszym wypadku; nakoniec dlatego że przy takim zgęszczeniu bywają bardzo liczne krepitacje, których w naszym wypadku wcale niema.

Z wielkiem tedy prawdopodobieństwem wyrzec możemy, że pacjent nasz cierpi na **pierwotnego raka górnej części prawego płuca.**

Dalszy przebieg choroby był następujący: zdrowie pacyenta przez 2 miesiące prawie żadnej zmiany nie ulegało, była nawet chwila, w której zgrubienie szyi i rozszerzenie żył zmniejszyło się; w początku jednak grudnia stan chorego zaczął się znacznie pogorszać: twarz puchła coraz bardziej, żyły szybko się rozszerzały, oddech stawał się coraz krótszym, często przychodziły napady duszenia; twarz pacyenta posępniała, uszy przybrały kolor ciemno-czerwony, oczy wystawały, powieki były mocno obrzmiałe, głos stał się bardzo cichym i ochryplym a mowa przerywaną. Brak oddechu pęcherzykowego, który u góry z przodu zaznaczono, rozprzestrzenił się do całego prawego płuca z przodu i z tyłu. W końcu napadła pacyenta śpiączka; parę dni bytności swojej w szpitalu spędził siedząc w łóżku w pół letargicznym śnie. W niedzielę 3go stycznia, czując się zapewne blizkim śmierci zażądał żeby go odwieźli do domu, gdzie w pół godziny po przybyciu życie zakończył. Gwałtownego napadu duszności nie było, oddychanie jego było coraz słabsze i radsze, aż nareszcie zupełnie ustało.

Sekcja była zrobiona w 36 godzin po śmierci. Przy otwieraniu klatki piersiowej zaraz dostrzeżono że całe prawe płuco, z wyjątkiem bardzo małej części u dołu, zamienione było na masę rakową; było ono na całej swojej powierzchni tak mocno z żebrami zrosnięte, że tylko z trudnością dało się od nich oderwać; masa ta przechodziła po pod obojczykiem, w górnej 3ej części *mediastinum* po za linią środkową mostka na lewą stronę. Podstawa serca była przesunięta więcej ku lewej stronie. Lewe płuco było zupełnie zdrowe, znajdowało się tylko w stanie przekrwienia. Po wyjęciu płuc z klatki piersiowej przekonano się że płuco zachowało swój stożkowaty kształt. Masa była twarda, o gruzelkowej powierzch.

ni, otaczała ona zupełnie żyłę próżną górną, prawą bezimienną, kanał oddechowy w miejscu rozdwojenia i nieco wyżej i prawe oskrzele. Żyła próżna górna była zupełnie zatkana, gdyż po przecięciu uszka nie można było wcale do niej palca włożyć. Kanał oddechowy i prawe oskrzele były mocno zwężone. Podłużna oś narośli wynosiła 7 cali, a najdłuższa poprzeczna 4; po przecięciu znaleziono że kolor i konsystencya narośli odpowiadały zupełnie rakowi mózgowemu. W paru miejscach masa przeszła w stan rozmiękczenia i formowała jamy napelnione płynem ropnistym, zupełnie do tego podobnym, który pacjent za życia wypluwał. Przerodzenia rakowego z resztą w żadnym organie ciała nie znaleziono. Drobnowidzowego badania nowotworu jak i poprzednio płwocin, co najpewniejsze wskazówki do dyagnozy dostarczyłoby było mogło, zdaje się że nie robiono, gdyż żadnej wzmianki o tém w opisie nie znajdujemy. Również dowiedzieć się z protokołu sekcji nie możemy czy gruczoly szyjne były obrzmiałe czy normalne. Osierdzie było mocno zgrubiałe, zawierało znaczną ilość płynu z lekka na czerwono zabarwionego, ale ani wewnątrz ani zewnątrz przerodzenia rakowego w niem nie było.

Poszukiwania doświadczalne nad własnościami fizyologicznymi i terapeutycznymi fosforanu wapna.

Przez L. D u s a r t'a.

Streścił Dr. Langowski.

(Ciąg dalszy *).

W poprzedzającym doświadczeniu przeciwnie, organizm posłuszny prawu wyższemu od tego które rządzi zasilaniem skieletu, wydatkuje fosforan wapna dla zastosowania go do czynności wyższej, i ta utrata jest tak czynna i przeważna, że w ciągu siedmiu albo ośmiu miesięcy, sprowadza śmierć zwierzęcia.

Zamiast doświadczenia posuniętego do tej ostateczności, przemieniliśmy pokarm dając w miejsce wody przekroplonej, zwyczajną i dodając do pszenicy węglan wapna w proszku.

Następująca tablica daje rezultata otrzymane pod temi warunkami.

D a t a.	Pszenic. spożyta.	Popio- ły.	Fosfor. wapna.	Fosfor. alkal.	U w a g i.
Wrzesień od 12 do 18	143	2,50	1,70	0,00	Zwierzę jest niespokojne w klatce i bije skrzydłami.
od 19 do 25	172	2,51	1,22	0,25	
Pazdzier. od 26 do 2	170	2,38	1,07	0,28	Pełne życia, 10 ważyło 320 gr. 23 ważyło 330 gr.
od 3 do 9	180	3,07	1,90	0,00	
od 10 do 16	162	2,75	1,75	0,00	
od 17 do 23	185	3,26	2,04	0,00	

Zwracamy uwagę, że rozbiór chemiczny był robiony nad odchodami, gołębia karmionego na wolności, które były zbierane w gołębniku zabezpieczonym od wody.

Popioły. 3 gr. 12

Fosforan wapna 0 gr. 44

Fosforany alkaliczne 0 gr. 00

Działanie węglanu wapna jest więc widoczne w miarę jak się przedstawia w zwierzęciu zamkniętym, albo karmiącym się na wolności.

Widzimy w tém doświadczeniu że cała ilość fosforanu alkalicznego przemieniła się w fosforan wapna i rzecz szczególna, zawartość kiszek, z początku doświadczenia przedstawiała jeszcze pozostałości pokarmu bez węglanu i mieściła $\frac{1}{7}$ fosforanu alkalicznego, który

*) Patrz Nr. 14, Gaz. Lek.

był znaleziony w rozbiórce chemicznym po pierwszym tygodniu; ta pozostałość, powiadamy uległa sama wpływowi rozkładowemu węglanu wapna, bez wątpienia w skutek ruchu resorbcyjnego płynów kizzkowych, albowiem rozbiór chemiczny nie odkrył w popiołach najmniejszego śladu fosforanów alkalicznych. Pomimo téj wielkiej ilości fosforanu wapna wytworzonego odrazu w organizmie, nie widzimy aby się assymilował podczas pierwszego tygodnia, albowiem ilość zebrana w odchodach przedstawia całość fosforanów istniejących w pokarmie, to jest 1,144, więcej o 0,556 pochodzących ze skieletu, w ogóle 1,70. Znajdujemy wprawdzie na korzyść absorbeyi różnicę 0,036, ale ściśle biorąc, może być ona przypisaną omyłkom nieodstępnyim przy tego rodzaju doświadczeniu. W drugim tygodniu następuje zupełna przemiana. Pokarm ¹⁾ przy pośrednictwie węglanu wapna, dostarczył 1,55 fosforanu wapna i 0,25 fosforanów alkalicznych, a zwierzę oddało 1,22 fosforanu wapna i 0,25 fosforanów alkalicznych nie rozłożonych.

Tu więc jest zniknięcie 0,33 fosforanu wapna odpowiednio równéj ilości assymilacyi.

Od téj chwili, ubytek skieletu wstrzymał się, i przeciwnie nastąpił ruch energiczny assymilacyi.

W trzecim tygodniu, usiłowanie powetowania odznacza się jeszcze więcej. Fosforan wapna przyniesiony przez pokarm był 1,50, doliczając zawsze działanie wywarte przez węglan i fosforany alkaliczne 0,28, znajdujemy w odchodach 1,07 gr. fosforanu wapna i 0,28 fosforanów alkalicznych nie rozłożonych.

Zwierzę zatrzymało więc w swoim skielecie 0,43 fosforanu wapna.

Czwartego tygodnia, apetyt się jeszcze rozwinął. Ilość spożytego pokarmu podniosła się do 180 gram., waga zwierzęcia z 289 doszła do 320.

W odchodach znajdujemy 1,90 fosforanu wapna i ani śladu fosforanów alkalicznych.

Rachując ilość fosforanu wapna zawartego w pszenicy i tego co pochodziło z przeistoczenia fosforanów alkalicznych przez węglan wapna, znajdujemy 1,893, cyfrę, która bardzo się zbliża do téj jaką znaleźliśmy w odchodach.

Nakoniec w ostatnich piętnastu dniach, w których apetyt był ciągle na jednym stopniu, waga zwierzęcia powiększyła się jeszcze o 10 gram. i doszła do 330 gr., co przedstawia początkową wagę 347 gram., jeżeli odtrącimy 19 gram. na jajko, które było zniszone w początku doświadczenia.

Tak więc widzimy jeszcze raz, że pod wpływem przemiany w odżywianiu łącznie z powiększeniem wagi i tworzeniem tkanek nowych, odżywienie skieletu nie ulega zmianie, jakkolwiek doznana strata podczas peryodu niedostatku mineralnych części, dochodziła do 4ch grammów.

Jest widoczne, że usiłowanie odżywcze skieletu uskutecznia się wolniej, jak czynność dezassymilacyi.

Od chwili, kiedy odżywienie systemu kostnego nie jest uważane jako zasada górująca i konieczna, łatwo pojąć że pierwszą potrzebę organizmu jest nadać, za pomocą fosforanu zostawionego do jego użytku, nowe życie tkankom; dla tego też widzimy w pierwszym tygodniu prawie całą ilość fosforanu wapna wydaloną z obiegu po przejściu przez organ, a absorbeyę zredukowaną do tak małej cyfry, że może być pominiętą.

W drugim tygodniu rzecz się ma przeciwnie, skoro pierwsza potrzeba została zaspokojoną, assymilacya się rozpoczyna i z każdym dniem wzmaga się. Co większa, i to jest nowym dowodem że w tym kierunku trzeba tłumaczyć zjawiska jakie nam odkrywa rozbiór chemiczny, wówczas jak widzimy fosforan wapna biorący początek w tkankach i powiększający się pod wpływem węglanu, spostrzegamy u ptaków większą działalność i rozwinięcie apetytu daleko znaczniejsze.

Odnosząc się do pierwszój tablicy, znajdujemy że ilość spożytéj pszenicy w okresie siedmiu dni, dochodzi średnio do 137,90 to jest 19,70 gr. dziennie.

¹⁾ Rozbiór zboża: Fosforan wapna, 0,175 na 100.
Fosforany alkaliczne 0,877.

W pierwszym tygodniu przy drugim doświadczeniu, ilość pszenicy była 143 gram. i wkrótce przechodzi do 172—170—180—162—185, to jest 24,57 gr. dziennie, co w ogóle przedstawia do 20 na 100.

Mieliśmy sposobność zastanawiać się na podobnych zjawiskami u ludzi. Widzieliśmy w samej rzeczy z zadziwieniem, u dzieci limfatycznych, nie mogących chodzić, pozbawionych apetytu, w których system kostny był niekompletnie rozwinięty, jak zalecony mleko-fosforan-wapna nie sprowadził przez ciąg kilku tygodni żadnego objawu zwykle spodziewanego; gdy tymczasem później, od razu zjawiska skuteczne z szybkością zastanawiającą dały się spostrzec.

Na stronicach poprzedzających staraliśmy się ugrupować wszystkie fakta mogące objaśnić stanowisko fizyologiczne fosforanu wapna; pozostaje nam podać różne obserwacje mające za cel poprzeć zdanie objawione w tej pracy a dążące do potwierdzenia soli mleko-fosforanu-wapna jako czynnika odżywczego.

Zwracamy uwagę fizyologów na szczególny objaw przedstawiający się przy złamaniach kości, objaw, który powstaje i znika do woli, w miarę zadania lub odjęcia powyższego leku.

Odnosimy tu również inne obserwacje mające charakter wypadków patologicznych, w których użycie mleko-fosforanu było wskazane i inne nakoniec ukazujące stronę tego środka jako działacza energicznie podbudzającego odżywienie i którego głównym działaniem jest podnieść albo obudzić uśpione zjawiska chemiczne trawienia.

Ale najprzód, dla łatwiejszego wyłożenia tego co ma nastąpić, sądzimy za użyteczne przypomnieć wkrótkości zasadnicze fakta, które są punktem wyjścia tej pracy.

Uderzeni niestalemi skutkami, a najczęściej żadnymi z użycia fosforanu wapna z w y c z a j n e g o, śledziliśmy z Dr. R. B l a c h e do jakiej przyczyny odnieść tak częstą bezskuteczność tego środka. Doświadczenia czynione na psie z przetoką żołądkową, doprowadziły nas do sformułowania następującego zdania:

„Fosforan wapna przy upływie soku żołądkowego, ulega częściowemu przestoczeniu, które go czyni zdolnym do assimilacji.

„Różne fosforany wapna dotąd używane, bardzo różne w swoim składzie i swoich własnościach, przedstawiają nie równy opór działaniu soku żołądkowego.

„Ich użycie w Terapii, nie daje dostatecznej rękojmi, i jest więc uzasadnionem aby je zastępować mleko-fosforanem wapna, który przedstawia produkty działania soku żołądkowego na fosforan wapna.“

Ten nowy preparat otrzymany z działania kwasu mlecznego na fosforan wapna, jest rozpuszczalny we wszystkich proporcjach w wodzie i soku żołądkowym; nastrzyknięty w żołądek psa z przetoką i w czasie najlepszego trawienia, nie jest osadzony przez pokarmy już w części przetrawione, i w całości się znajduje w płynie przefiltrowanym.

Ta własność jest więc największą rękojmią jego absorbcyi przez żyły żołądka, i my posiadaliśmy środek, który nie potrzebowałby być wystawiony na konieczność poprzedniego przetrawienia, dla przejścia w obieg krwi; jest bardzo ważnem dodać, że to trawienie fosforanu wapna zwyczajnego, ograniczone do kilku centigramów, nawet wówczas kiedy się dotyczy jak w naszych doświadczeniach psa silnego i dobrze zbudowanego, u dzieci i dorosłych, których siły trawienia żołądka są już osłabione przez choroby, najczęściej niema żadnego wpływu.

Dzięki tej nowej formie, fosforan wapna będzie absorbowany w krótkim czasie w znacznej ilości, i my będziemy mogli określić nowe zjawiska, których niepodobna było poprzednio oznaczyć ze zwyczajnym preparatem.

Następujące doświadczenia wzięte z naszej pierwszej pracy z Drem B l a c h e, mają na celu wykazanie działania mleko-fosforanu-wapna w wypadkach złamań kości.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Spostrzeżenia nad fizyologicznem działaniem *veratrum viride*. Charles Squarey (*The Practitioner. April 1850 r.*).

Doświadczenia były robione z celem zbadania zachowania się ciepłoty ciała po użyciu *tint. veratri viridis*.

Oulmont w doświadczeniach z ekstraktem żywicznym widział opadanie ciepłoty w 1—1½ godzin po użyciu, w niektórych wypadkach o 2, 3 lub 5 stopni, i utrzymywanie się tej temperatury przez dłuższy czas.

Autor zaś robił spostrzeżenia na chorych, których stan zbliżał się prawie do zdrowego, i dawał im tinkturę *verat. virid.* w coraz większej dawce tak długo, aż wyraźne działanie nastąpiło. W tym celu ustanowiono chorym stosowną dyetę na 1—2 dni przed zadaniem lekarstwa, trzymając ich w łóżku i badano o ile można często tętno i ciepłotę. W czterech szczególnie obserwowanych wypadkach nie stwierdzono wyraźnego wpływu na ciepłotę, jak to Oulmont podaje, pozostałe jednak objawy zgadzały się zupełnie, to jest: znaczne zwolnienie tętna, zmniejszenie częstości oddechu w stosunku do pulsu, uczucie znacznego osłabienia, upadek sił, mdłości i wymioty (te ostatnie następowały za każdym razem gdy zadano więcej jak 20 minims (20 gran) pro dosi), w jednym wypadku małe rozwolnienie.

— Chinina w chorobach dzieci. Prof. Binz (*The American Journal of Obstetrics. Mai 1870 r.*).

Binz już dawno wyrzekł zdanie, że działanie chininy polega na znoszeniu procesów fermentacyjnych a przynajmniej na zmniejszeniu ich, stąd zaś wyprowadza jej skuteczność we wszystkich zymotycznych i gnilnych (septycznych) chorobach. Lekarzom poleca on z uwagi że nieznamy żadnego środka mającego tak silne jak chinina własności przeciwgnilne, zarazem nieszkodliwego dla organizmu i stosunkowo powoli wydzielającego i rozkładającego się, używać chininę we wszystkich wypadkach szkarlatyny, odry, błonicy (*diphtheritis*) etc., skoro takowe mają przebieg groźny. Należy jednak zastrzegać dużej dawki, dobrze rozpuścić czyste przetwory, i to przed a nie choroby.

Korzystne użytkowanie chininy jako lekarstwa, wymaga koniecznie kontroli ciepłomierza, w którym to jedynie razie można zastosować metodę Liebermeister'a bronioną przez Binz'a, a polegającą na załamaniu podczas zwolnienia gorączki, małej ilości ale dużych dawek chininy.

Autor przekonał się o użyteczności chininy w *erysipelas neonatorum*.

Dla leczenia koklusu autor z teoretycznych względów przed dwoma laty polecał chininę, od tego zaś czasu używał jej w wielu wypadkach, skuteczność zaś okazała się z porównania tych wypadków gdzie zadano chininę z tem gdzie jej nie dano.

Podobnie przy koklusu należy podać chininę w dużych dawkach i w roztworze, celem umożliwienia zetknięcia z błoną śluzową gardzieli przy polykaniu.

Przepis ten oparty jest na tém przypuszczeniu, iż koklusz ma być specyficznym, miejscowym katarem, wywołanym przez stały zarazek (*contagium fixum*), który miejscowo przez chininę zostaje związany.

Oświadczenie Stricker'a, że nie chinina ale kwaśny rozpuszczający ją środek sam jako taki, zabójczy na białe ciała krwi działa nie przekonało Binz'a. Twierdzi on jak poprzednio, że chinina zmniejsza ruchy białych ciałek, stąd zaś wyprowadza jej skuteczność przy ostrém zapaleniu oskrzeli u dzieci; użyteczność zaś chininy w przewlekłych zapaleniach dróg oddechowych tłumaczy tém, że takowa osłabia istniejące warunki do degeneracyjnych przemian produktów zapalnych (mogłaby w ten sposób zapobiedz straszliwej *meningitis tuberculosa*).

Wychodząc z tego punktu widzenia, Binz chce użytkować wpływ chininy zmniejszający wytwarzanie ropy w najrozmaitszych procesach zapalnych, w czem odwołuje się do spostrzeżeń Neumanna, który jej używał w zapaleniach stawów, i do obserwacji Weber'a (*Deutsche klinik 1869, p. 225*) który stosował chininę z dobrym skutkiem przy *otitis interna*. Binz nie zaprzecza wprost, że chinina być może działa bezpośrednio na

układ nerwowy, uważa on to jednak za niedowiedzione; L e w i c k i bowiem miał wykazać, że wpływ chininy na serce nie zależy od wpływu na n. błędny i sympatyczny. Autor zaś obiecuje w późniejszej pracy wykazać, że chinina zniża również temperaturę niezależnie od układu nerwowego. Podany przez S c h l o c k o w 'a i E u l e n b u r g 'a (*Reichert's u. Dubois' Archiv, 1869 r.*) wpływ chininy na zmniejszenie pobudzalności odruchowej, wykazany wprowadzie tylko na żabach, powinieliby zachęcić lekarzy do spróbowania chininy w konwulsjach u dzieci.

Gorzki smak chininy nie powinien być przeszkodą w zadawaniu jej dzieciom; należałoby wprzód wypróżnić kiszki i podawać przetwory łatwo dyfundujące (*chininum muriaticum*). Gdyby chodziło o wysoką cenę chininy, możnaby używać *chininum muriaticum amorphum*, wprowadzone do handlu przez C. Z i m m e r 'a w Frankfurcie nad Menem, i dziesięć razy tańsze od *chinin. muriat. crystall.*

Przetwór ten wprowadzie dość często wywołuje objawy zatrucia (wymioty, szum w uszach i t. d.), z powodu bardzo szybkiego wsysania się, jednakże wpływ ten może być usunięty przez zadanie mniejszych dawek i dodatek małej ilości gummy arabskiej.

— Zastosowanie kwasu mlecznego w dławcu (*croup*). A. W e b e r (*Jahrb. f. kinderheilkunde, 3. H., 1870 r.*).

W e b e r zachęca lekarzy do używania kwasu mlecznego w krupie, przypisując wielokrotnie ogłaszaną nieskuteczność tego środka rozmaitości w zastosowaniu go.

Autor zwraca uwagę że najlepsze przyrządy do inhalacyj, wyrzucają strumień rozpylonego płynu na 6", większa część tylko na 4—5". Skoro więc chcemy aby wejście do krtani było wystawione na strumień, to należy przyrząd zbliżyć na 2—3" do przednich zębów, przez co wargi i zęby są ochronione i nie przyczynia się dzieciom tyle bólu.

Powtórę należy ustanowić pewien oznaczony stosunek pary wodnej do roztworu kwasu mlecznego przez nią rozpylonego, aby roztwór ten nie dostawał się do błon krupowych na zbyt rozcieńczony: przy zaszybkim parowaniu przez zbyt obfite domieszanie pary wodnej, przy zawolnem zaś przez zbyt obfite domieszanie cieczy z ust wydzielonych.

Stosunek właściwy jest ten, gdzie 6 gram wody zamienionej na parę, rozpyła 16 gram roztworu kwasu mlecznego w 3—4 minut.

Każdy może stosunek ten na swym przyrządzie ustanowić, wprowadzając go przez kilka minut w ruch, a następnie badając przez odważenie, ile w tym czasie zużyło się wody i roztworu kwasu mlecznego.

O znakomitęj własności rozpoznania jaką posiada kwas mleczny nawet rozcieńczony, nie można wcale powątpiewać, próbę bowiem łatwo zrobić na świeżo wydzielonej błonie krupowej. W pewnych warunkach można użyć czystego kwasu mlecznego, który według doświadczeń W e b e r 'a robionych na psie przez $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, i na sobie przez krótszy nieco czas, nie wywiera żadnego szkodliwego działania na błonę śluzową; czysty kwas mleczny ma rozpuszczać każdą błonę krupową.

— *Cannabis indica* przy leczeniu *menorrhagiae* i *dysmenorrhoeae*. A. Silver (*Med. Times and Gaz., 1870, 16 Juli*). Chociaż już C h u r c h i l l chwalił ten środek w wymienionych chorobach i wielu to stwierdziło, jednak ani w podręcznikach ginekologicznych ani w farmakologiach nie bywa o nim szczegółowej wzmianki, a ztąd mało go używają.

Wskazaną jest *Cannabis indica* nietylko przy prostych *menorrhagiach*, ale nawet przy *fibroidach*, *polipach* i *rakach macicy*, ma ona jako *palliativum* działać skutecznie.

Autor przytacza kilka historyj chorób na dowód. Przepisywał on zwykle 20 *minims* (20 gran) *pro dosi*, jedna dawka często wystarczała.

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. G i r s z t o w t.

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

W Drukarni Gazety Polskiej. — Дозволено Цензурою.
