

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

| | | | | | |
|--------------|-----------------|--------------|------------------------------------------------|-----------------|-------|
| w Warszawie: | rocznie..... | rs. 5 kop. — | Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką: | rocznie..... | rs. 6 |
| | półrocznie..... | " 2 " 50 | | półrocznie..... | rs. 3 |
| | kwartalnie..... | " 1 " 25 | | | |

TRĘŚĆ: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych. Napisał dr. Wł. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy).—O sztucznem żywieniu noworodków i niemowląt. Podał dr. J. SZNABL. (c. d.)—Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Drażnienie i przymiot, przez prof. B. TARNOWSKIEGO z Petersburga. Podał dr. E. KLINK. (c. d.)—Streszczenia i wyciągi. Wodniak torebki maziowej podrzepkowej głębokiej. Przypadek podwójnej macicy i ciąży.—Kronika miejscowa. Lekarze domowi szpitala Dzieciątka Jezus.

OBECNY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych

(*Localisationes cerebrales*).

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15, 16, 17, 19—25).

ROZDZIAŁ IV. KLINIKA.

Przytoczone w poprzednim rozdziale doświadczenia fizjologiczne były robione na zwierzętach, z nich więc tylko przez przybliżenie można wnosić o tem co się dzieje u człowieka. Podobieństwo wielkie w budowie mózgu małp wyższych i człowieka czyni wielce prawdopodobnem, iż wyniki otrzymane przy drażnieniu elektrycznem istoty szarej korowej mózgowej małp, można zastawość i do kory mózgu ludzkiego. Łatwo pojąć dla czego tu brak na dowodach bezpośrednich, chociaż bynajmniej nie obyło się bez prób. Robert BARTHOŁOW ¹⁾ korzystając ze zniszczenia skóry i czaszki, jakoby pochodzenia rakowatego, u 32 letniej kobiety, w skutek którego osłona twarda mózgu była odsłonięta na znacznej przestrzeni (2 cale w średnicy) na wysokości kości ciemieniowych, chciał przekonać się o pobudliwości istoty szarej korowej mózgu ludzkiego. Używał prądu stałego i przerywanego, którego cienkie elektrody wprowadzał ostrożnie przez osłonę twardą. Ta ostatnia (co się nie zgadza z poszukiwaniami HITZIG'A, FERRIER'A, VULPIAN'A i t. d.) jak i sama istota korowa, okazały się nieczułemi. Drażnienie słabym prądem elektrycznym wzbudzonym lewej półkuli, wywoływało kurczenie się mięśni przeciwnej strony ciała (ręki, nogi, karku). Przy

¹⁾ R. BARTHOŁOW. *Experiments with the galvanic battery made upon the brain of a woman in From the Cincinnati Enquirer. The Chicago Journal of nervous and mental diseases 1874. Experimental investigation into the function of the human brain. American Journal of the med. sciences 1874. Referat w Centralblatt f. d. med. Wissensch 1874 pag. 768 i w HIRSCH'A i VIRCHOW'A Jahresbericht 1874.*

użyciu silnego prądu powstał napad padaczkowy trwający 5 minut, po którym nastąpiła śpiączka (*coma*). W 20 minut potem, chora skarżyła się tylko na zawroty głowy i osłabienie. W kilka dni, śmierć przy objawach porażenia i od czasu do czasu napad drgawek. Rozbiór pośmiertny okazał zapalenie ropne osłony pajęczej, głównie po stronie lewej (*arachnitis supurativa sinistra*); w miejscu zastosowania elektrodów żaden wybitniejszy odczyn zapalny, chociaż na mózgu stwardniałym w kwasie chromnym wyraźnie się przedstawiały miejsca zranienia; odpowiadały one zawojowi ciemieniowemu wstępującemu i części przedniej zawoju ciemieniowego górnego. Próby BARTHOŁÓW'A są jedyne w tym rodzaju, raz iż nie znalazła się sposobność powtórzenia ich, a powtóre iż gdyby nawet zdarzył się przypadek stosowny do sprawdzenia u ludzi wyników drażnienia istoty szarej korowej, to nie byłoby wielu amatorów którzyby się odważyli powtórzyć doświadczenia lekarza amerykańskiego. Lecz to, czego nie może zrobić żaden fizjolog, wykonywa niekiedy sama przyroda. „Choroba w istocie, lepiej jeszcze niżby to zrobił najrzęczniejszy fizjolog, sprowadza czasami zmiany, które dotyczą oddzielnie różne okolice istoty szarej” ¹⁾. Są to „przez przyrodę robione doświadczenia” ²⁾.

Wspomnieliśmy już wyżej iż klinika wyprzedziła, jak to często bywa, w tym względzie fizjologię, przypisując niektóre objawy ruchowe cierpieniom kory mózgowej, co nie było w zgodzie z ówczesnem pojęciem iż kora mózgowa przeznaczoną jest tylko do wytwarzania władz umysłowych. Po pierwszych już doświadczeniach FRITSCH'A i HITZIG'A posypały się dowody poczerpnięte z niektórych klinicystów. LALLEMAND ³⁾ opisuje 3 przypadki cierpienia ograniczonego tylko do pewnej części kory mózgowej, które za życia spowodowały porażenie ruchu trwale lub drgawki. FABRE ⁴⁾ opisuje przypadek porażenia ruchu połowy prawej ciała (*hemiplegia dextra*), w którym po śmierci prócz małego skrzepu krwi w jednym z zawojów części bocznej zewnętrznej i nieco tylnej półkuli lewej, nie znaleziono innych zmian w całym mózgowiu. TADDEI de GRAVINA ⁵⁾ opierając się na faktach klinicznych twierdził, iż kurczenie się prawidłowe pewnych mięśni lub grupp mięśniowych, zależy od miejsc oznaczonych mózgu. Zasługuje tu na uwagę sama tylko myśl, bo wyniki są błędne, przypisuje on np. sklepieniu trójróżnemu (*forix tricornis*) i wyniosłościom brodawkowatym (*eminentia mamillaria*), wpływ regulujący na kurczenie się mięśni twarzy, szczęki dolnej i języka. DUPLAY (ojciec) ⁶⁾ opisał już dawno w *Ar-*

¹⁾ CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*. 1874. T. II. Zeszyt III pag. 149.

²⁾ NOTHNAGEL. *Deutsches Archiv f. klin. Medicin*. Bd. XIX. I.

³⁾ LALLEMAND. *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encephale*. Paris 1826 — 1834. pag. 63, 106 i 151.

⁴⁾ FABRE. *Thèse de Paris* 1832.

⁵⁾ TADDEI de GRAVINA. *Nuovo tentativo diretto a fissare l'influenza di alcuni pezzi cerebrali sopra l'azione di certi muscoli* 1836; krytyka w *Lo Sperimentale* 1876.

⁶⁾ A DUPLAY. *Observations de maladies des centres nerveux, recueillies à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le prof. ROSTAN*. *Arch. gén. de méd.* 2^{serie}, t. VI. 305 1834.

chives génér. de médecine przypadki porażenia nerwu twarzowego, zależne od cierpienia istoty szarej zawojów mózgowych. GRIESINGER ¹⁾ przy wodunce (*cysticercus*) zajmującej zraz czołowy i ciemieniowy, widział za życia drgawki nogi, potem ręki, przeciwnej strony ciała, w końcu bezwład tychże. CALLENDER ²⁾ na mocy swych poszukiwań przekonał się, iż drgawki następują po zranieniach czaszki tylko wtedy, gdy dotkniętą jest okolica tętnicy mózgowej średniej, a więc okolica ruchowa kory. Th. SIMON w pracy swojej ³⁾ przytacza iż w r. 1864 podczas wojny Duńskiej LÖFFLER ⁴⁾ zauważył iż przy zranieniu czaszki, w 6 przypadkach gdy zranienie dotyczyło okolicy skroniowej, nie spowodowało ono ani razu porażenia mięśni; 5 ciu zaś przypadkom ran okolicy ciemieniowej towarzyszyło zawsze porażenie, które było jednostronne przy ranie jednej tylko połowy czaszki (stałe przeciwna noga, często także i ręka, 1 raz tylko i twarz); przy zranieniu obu połów czaszki, porażenie było obustronne. Hughlings JACKSON już od r. 1861 (*Med. Times and Gaz.*) zapomocą spostrzeganych ścisłych, starał się oznaczyć ośrodki ruchowe grup mięśniowych w pewnych punktach półkul, a od r. 1865 (*London Hospital reports.*) w zawojach mózgowych. Opisał on wiele przypadków padaczki połowicznej lub częściowej, ograniczonej do jednej z kończyn lub twarzy, w których po śmierci znalazł cierpienie również ograniczone do pewnych okolic istoty szarej korowej. Wniósł on z tego iż zawoje otaczające ciało prądkowane są w stosunku bezpośrednim z ruchami mięśni a drgawki są wynikiem cierpień drażniących lub powodujących nagromadzenie się sił w istocie szarej korowej tej okolicy. Z rozbioru przypadków przezeń spostrzeganych JACKSON doszedł do przekonania iż zawoje mózgowe „są punktem wyjścia i zakończenia wszystkich nerwów”. Myśli te JACKSON'A, uważane zrazu za genialne, lecz pełne fantazyi, bo żaden z badaczy nie mógł wywołać podobnych objawów drażniąc powierzchnię półkul mózgowych mechanicznie, chemicznie, termicznie lub elektrycznie, zostały należycie ocenione dopiero po pracy FRITTSCH'A i HITZIG'A. Ukazywały się one rozproszone w różnych pismach peryjodycznych a niedawno zostały przez samego autora zebrane w *Clinical and pathological researches on the nervous system. The Lancet 1873.* Lecz największego rozgłosu doznały i powszechnie przyjętemi zostały poszukiwania prof. BROCA, który z rozważenia ściśle spostrzeganych przypadków i porównania objawów za życia istniejących ze zmianami pośmiertnemi, wniósł iż niemota (*aphasia*) jest objawem cierpienia zawoju czołowego dolnego lewego.

Moglibyśmy przytoczyć jeszcze wiele podobnych wyjątków z różnych

¹⁾ GRIESINGER. *Cysticercen und ihre Diagnose. Gesammelte Abhandlungen.* Berlin 1872. T. I pag. 399—443.

²⁾ CALLENDER. *St. Barth. Hosp. reports 1867—1869* i *London med-chirurg. transactions 1871.*

³⁾ Th. SIMON. *Zur Pathologie der Grosshirnrinde in Berl. klin. Woch. 1873. N. 4 i 5.*

⁴⁾ LÖFFLER. *Generalbericht über den Gesundheitsdienst im Feldzuge gegen Länemark 1864.* Berlin 1867.

autorów, nie dowiodłyby one jednak lepiej, niż dopiero co wymienione, iż oddawna już klinicyści nie mogli pogodzić wyników spostrzeżeń przy łóżku chorego z pojęciami ówczesnymi o fizjologii kory mózgowej. Wolimy przytoczyć przykłady zebrane po odkryciu HIRZIG'A, bo znając ważność kwestyi pobudliwości kory mózgowej, autorowie ich przytaczali szczegółowo miejsce cierpiące, nie ograniczając się wyrażeniami ogólnymi dawniej używanymi: zawoje przednie, średnie lub tylne. Ten to brak oznaczenia dokładnego siedliska cierpienia, czyni większość dawniej opisanych przypadków prawie bezpożytecznymi. CRUVEILHIER nawet „zazwyczaj tak surowy i dokładny w swych opisach anatomiczno-patologicznych”, zdaniem CHARCOT'A grzeszy w tym względzie. W jednym np. przypadku podaje iż przyczyną porażenia ruchowego lewej połowy ciała było obumarcie (*ramollitio*) na wysokości tylnych zawojów, gdy tymczasem z rysunku załączonego okazuje się iż cierpiał zawój ciemieniowy dolny i $\frac{1}{3}$ część średnia zawoju ciemieniowego wstępującego. Widzimy więc jak ważną jest znajomość topografii mózgu. Nadmienić nadto musimy, iż zużytkujemy tylko te przypadki w których robiono rozbiór pośmiertny i w których cierpienie ograniczało się li tylko do istoty szarej korowej, gdy inne części mózgowia były zdrowe, przy rozpatrywaniu ich tak gołym okiem, jak i uzbrojonym drobnowidzem. Z przypadków ogłoszonych przed r. 1870 można tylko wtedy korzystać, gdy w braku dokładnego określenia miejsca cierpiącego, załączony był rysunek lub fotogram, pozwalające dopełnić braki w opisie. Dalej, nie każde cierpienie mózgu nadaje się do badania umiejscowień mózgowych. Najlepiej jest posługiwać się w tym celu cierpieniami ogniskowymi i to nie wszystkimi. NOTHNAGEL ¹⁾ mówi: „dla studjum rozpoznania miejsca cierpiącego (*Localdiagnostik*) ze względu na prawdziwą korzyść, powinny być zużytkowane tylko te cierpienia ogniskowe, w których cierpienie: 1) pozostaje stale przewlekłym, 2) jest zupełnie ograniczonym i odosobnionem i 3) nie wpływa na otoczenie w żaden sposób, ani przez ucisk, ani też wytwarzając zbroczenia w krążeniu krwi lub zmiany zapalne”. W tych samych prawie wyrazach wypowiedział już swe przekonanie ROMBERG ²⁾: „między spostrzeżeniami patologicznymi, które mogą rzucić pewne światło na miejsce przebiegu włókien we wnętrzu mózgowia i ułatwić rozpoznanie siedliska choroby, można tylko tym zaufać, które się odznaczają scisle ograniczeniem porażenia i zniszczenia, długim jednakowym przebiegiem, brakiem powikłań i podobieństwem przy porównaniu jednakich przypadków”. Najlepiej tym warunkom odpowiadają przypadki ograniczonego obumarcia (*ramollitio*) pojedynczych zawojów w skutek zatkania zatorow (*embolus*) tętnicy odżywiającej. Nie można jednak powiedzieć by inne cierpienia nie mogły być zużytkowane, trzeba tylko by przeszedł okres ostrego cierpienia (NOTHNAGEL naznacza czas 6 tygodni),

¹⁾ NOTHNAGEL. *Klinische Mittheilungen und Beobachtungen über Krankheiten des Gehirns*. *Deutsch. Archiv f. klin. Med.* Bd. XIX. Hf. I. 1876. pag. 6.

²⁾ ROMBERG. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin 1857.

w którym najczęściej występują jednocześnie objawy zależne od miejscowego cierpienia i objawy ucisku części sąsiednich lub zmiany w nich warunków krążenia krwi. Do cierpień tych należą: wylewy krwi (*haemorrhagiae*), ograniczone zapalenia tkanki mózgowej (*encephalitis*) i ich zejście: ropnie (*abscessus*) otorbione i niewielkich rozmiarów. Do największych błędów mogą prowadzić nowotwory (*tumores*), które gdy są małe i bardzo wolno rosną, nie niszczą tkanki mózgowej, tylko rozsuwają ją nie powodując żadnych objawów; skoro zaś dorosną do znacznej objętości powodują objawy oboczne, nie zawisłe od zniszczenia istoty mózgowej w miejscu cierpienia, lecz w sąsiedztwie. Za to mogą nowotwory oddać pewne usługi, gdy chodzi o objawy podrażnienia. Jednym słowem należy brać pod rozwagę tylko te cierpienia ogniskowe, które powodują częściowe i powolne zniszczenie tkanki mózgowej, a więc „*destroying lesions*” Hughlings JACKSON’A, różne od „*discharging lesions*” cechujących się objawami podrażnienia, drgawkami. Jednym z pierwszych który dopełnił wszystkich dopiero co wymienionych warunków był prof. CHARCOT. Spozostzegając w takim miejscu, jak szpital *Salpêtrière* w Paryżu, który przez 3731 łózek przeznaczonych li tylko dla cierpień przewlekłych, zwłaszcza nerwowych, wyłącznie u kobiet, stanowi istne żywe muzeum patologiczne, dostarczył on, jak zobaczymy, najwięcej dowodów klinicznych na oznaczenie pobudliwości istoty szarej korowej półkul mózgowych u człowieka i ograniczenie tych miejsc pobudliwych (*zona motorica corticalis*).

I 1). G é r a r d 76 letnia kobieta, weszła do infirmaryi szpitala *Salpêtrière* (do oddziału prof. CHARCOT) 5 Maja 1876 r. z powodu ostrego zapalenia płuc krupkowego (*pneumonia crouposa*). Znana ją bardzo dobrze w szpitalu, bo jako pensjonarka zamieszkiwała w nim już od lat kilku, tak iż na pewno można twierdzić iż nie przedstawiała żadnych zbożeń ruchowych (chodziła dobrze, sama się myła, ubierała, ścisłała z jednakową mocą obu rękami, nie zezwała i t. d.). Zmarła 6 Maja t. r. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono naczynia krwionośne mózgowe miażdżycowo (ateromatycznie) zwyrodniałe, półkula lewa zupełnie zdrowa, na prawej duże ognisko zniszczenia (*ramollitio flava*) zajmujące połowę tylną zawojów wysepki REILA, $\frac{2}{3}$ tylne zawoju cieniennowego dolnego, zawój kątowy, połowę tylną obu zawojów skronio-klinowych. Inne części mózgowia i rdzenia badane gołem okiem i przy pomocy drobnowidza okazały się zupełnie zdrowe.

II 2). C. A. 81 letnia w oddziale prof. CHARCOT, cierpiąca na skira sutki prawej. Prócz objawów *dementiae senilis*, brak najmniejszych zaburzeń tak ruchowych jak i czuciowych. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono zatkanie tętnicy mózgowej tylnej lewej i skutkiem tego zniszczenie zawojów stanowiących podłogę piętra dolnego komórki bocznej, to jest, obydwóch zawojów skronio-potylicowych, zaczynające się na 1 ctm. po za końcem zrazu klinowego i ciągnące się w tył aż na 3 ctm. od wierzchołka zrazu potylicowego. Inne części mózgowia i rdzenia zdrowe.

III. U chorej z oddziału d-ra LEDENTU nie przedstawiającej za życia żadnych objawów ruchowych, znaleziono przy badaniu pośmiertnem: zniszczenie zawoju skronio-potylico-

1) *Revue Mensuelle* 1877. Nr. 1 pag. 10.

2) *Revue Mensuelle* l. c. pag. 11.

wego łaczykowatego (*ramollitio lobuli unciiformis*) i $\frac{2}{3}$ tylnych zawoju ciemieniowego wewnętrznego po stronie lewej.

IV ¹⁾. SABOURIN na posiedzeniu Towarzystwa Anatomicznego Paryżkiego (*Société anatomique*) dnia 21 Października 1876 r. okazał mózg chorej, na którym znaleziono zniszczonemi zawoje skronio-klinowe i potylicowe, a za życia brak było wszelkich zaburzeń ze strony ruchu.

V ²⁾. C. M. 83 letnia kobieta z oddziału CHARCOT'A; prócz osłabienia pamięci i zmniejszenia intelligencyi, nie widziano za życia żadnych innych objawów. Przy badaniu pośmiertnem: naczynia krwionośne ateromatyczne, zniszczenie (*ramollitio*) w skutek tego całego zawoju ciemieniowego wewnętrznego prawego.

VI ³⁾. HERPIN okazał w Towarzystwie Anatomicznem mózg robotnika introlligator-skiego, który 8 Maja 1876 został przewrócony przez stos książek. Padając uderzył się o sztabę żelazną i zranił sobie okolice skroniową, 3 ctm. powyżej łuku licowego. Nie utracił przytomności, poszedł sam do apteki aby go opatrzone. Nazajutrz, w szpitalu, znaleziono u niego tylko skłonność do śpiączki. Następných dni przy opatunku odeszły kawałki mózgu. Ani śladu cierpienia ruchu 11 Maja t. z. śmierć. Przy badaniu pośmiertnem: zniszczenie zawojów skronio-klinowych.

VII ⁴⁾. MAROT na posiedzeniu Towarzystwa Bijologicznego Paryżkiego 16 Lutego 1876 przedstawił mózg człowieka, który uległ zdruzgotaniu kości czołowej prawej, skutkiem czego przednia część zawoju czołowego górnego została zupełnie zmiądzoną, jak to okazało badanie pośmiertne. Za życia nie widziano żadnych zaburzeń ruchowych.

VIII ⁵⁾. BARADUC w Towarzystwie Anatomicznem okazał mózg chorego, który od lat 6 znajdował się w szpitalu *des Ménages*. Wszelkie ruchy odbywał chory dobrze, chodził cały dzień zbierając i podnosząc co mu tylko podpadło pod oczy. Nie miał żadnej woli. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono zniszczenie powierzchni górnej i dolnej 3 zawojów czołowych obu stron, prawie w całej rozciągłości.

IX ⁶⁾. ANDRAL spostrzegał przypadek u 81 letniego starca, który przedstawiał „ze strony mózgu nieco przytępienie intelligencyi, ruchy zupełnie wolne, uczucie nietknięte, brak bólu głowy”. Przy badaniu pośmiertnem znalazł zniszczenie zrazika oczodołowego półkuli lewej, wielkości jaja kurzego.

X ⁷⁾. BOYER na posiedzeniu Towarzystwa Anatomicznego 27 Grudnia 1877 r. przedstawił mózg 14 letniego chłopca, zmarłego w szpitalu *Bicêtre* w napadzie padaczki (*epilepsia*). Cały zraz klino-potylicowy mózgu znaleziono u niego zmieniony w ogromną torbiel, położoną między *pia mater* a *pulpa cerebrealis*, po wypróżnieniu zawartości której przekonano się iż istota szara korowa wymienionego zraza jest siedliskiem obumarcia (*ramollitio*) oddawna istniejącego. Za życia nie było żadnych objawów cierpienia ruchu lub uczucia.

XI. Znany jest powszechnie przypadek noszący nazwę *American crow-bar case* opi-

¹⁾ *Progrès médical* 1876.

²⁾ *Revue Mensuelle* l. c. pag. 13.

³⁾ *Bulletins de la Société Anatomique*. Mai 1876. *Progrès méd.* 1876. pag. 706.

⁴⁾ *Progrès médical* 1876.

⁵⁾ *Bulletins de la Société Anatomique*. Mars 1876. *Progr. méd.* 1876 pag. 598.

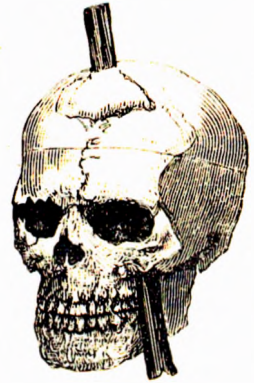
⁶⁾ *Clinique médicale*. 3 édit. t. V. pag. 391.

⁷⁾ *Progrès médical* 1878. Nr. 8. pag. 143.

sany przez BIGELOW'A ¹⁾. Podczas wysadzania skały prochem, młody człowiek został uderzony przez sztabę żelazną, która wszedłszy w kąt lewy szczęki dolnej przeszła na przelaj przez całą okolicę czołową lewą (jak to załączony rysunek przedstawia). Mimo tak strasznego zranienia, chory szybko wyzdrowiał i żył lat 13 bez żadnego śladu cierpienia mózgu.

XII ²⁾. GRASSET niedawno spostrzegł w szpitalu *Saint-Eloi* w Montpellier, przypadek obumarcia (*ramollitio*) całego zrazu skronio-klinowego, obecność którego stwierdzono przy badaniu pośmiertnem, chory bowiem nie przedstawiał za życia nic nieprawidłowego.

XIII ³⁾. A. DAWIDSON widział przypadek rany czaszki u robotnika, któremu wielki hak żelazny służący do podnoszenia pak bawełny, wyrwał kawałek sklepienia czaszki głównie strony prawej, sięgający z tyłu aż do szwu czołowo-ciemieniowego. Brak było najmniejszego śladu porażenia, a tylko istniały zaburzenia inteligencji. Po śmierci, która nastąpiła 3-go dnia, przekonano się, iż zniszczeniu uległy zawoje czołowy górny i średni strony prawej.



(d. c. n.)

O sztucznej żywności noworodków i niemowląt.

Podał dr. J. Szuabl.

(Ciąg dalszy—Zobacz Nr. 22, 23, 24, 27—32).

II. Mączka NASTLÉ'GO (*Nestlé'sche Kindermehl*). Wynaleziona przez chemika NESTLÉ w Vevey znalazła w ostatnich czasach zapalonych wielbicieli w LEBERCIE, FLEISCHMANNIE i innych. Mączka ta według BAGIŃSKY'EGO tak samo jak inne, nie może być uważaną za rzeczywisty surrogat mleka kobyliczego lub krowiego, a tylko za prosty dodatek (o czem fabrykant nie wspomina) do ostatnich. Składa się z mleka krów alpejskich i zmienionej mąki pszennej ¹⁾; wyrabianie jej utrzymywane jest w tajemnicy co stanowi ujemną jej stronę, gdyż nie gwarantuje stałego składu wyrobu; to tylko wiadomo że przemiana skrobi w dekstrynę i cukier ma przychodzić do skutku za pomocą silnie nagrzanego pary wodnej, podobno pod ciśnieniem 100 atmosfer (co LIEBIG stara się osiągnąć w swej zupie za pomocą diastazy); tak dokładnej przemianie stanowczo należy zaprze-

¹⁾ *American Journal of the med. sciences. 1850.*

²⁾ J. GRASSET. *Des localisations dans les maladies cérébrales.* Montpellier. Paris 1878 pag. 112.

³⁾ A. DAWIDSON. *A case of localised Injury of the anterior circovolutions of the Brain, with peculiar symptoms. The Lancet 1877. March.*

⁴⁾ JACOBSEN uważa mączkę NESTLÉ'GO za sproszkowane pieczywo, składające się z mąki pszennej, żółtka jaja, zgęszczonego mleka i cukru. JACOBSEN znalazł w niej 40% cukru trzcinowego i mlecznego, 5% tłuszczu, 15% ciał proteinowych 30% dekstryny i mączki. Według MANOD'A 1000 cz. mączki N. zawierają 19,50 cz. tworów azotowych i 7 cz. soli.

czyć (JACOBI, KEHRER) gdyż mączka NESTLEGO zawiera jeszcze w wielkiej ilości mąkę pszenną w stanie skrobi (krochmalu) którą jako taką bardzo często znajdujemy w przewodzie jelitowym zmarłych dzieci, jako też w wypróżnieniach niemowląt, co sam także niejednokrotnie stwierdziłem; jeżeli do odwaru mączki N. dodamy nalewki jodowej, wtedy zabarwia się na ciemno-niebiesko,—dowód obecności skrobi. Gluten w mące N. ma być w postaci rozpuszczalnej. JACOBI, stanowiący przeciwnik tego wyrobu, mówi: „LEBERT wydał broszurę o mące NESTLEGO; na samym początku L. utrzymuje że mleko krowie jest „pożywniejszem” od kobiecego, że dodanie wody do mleka krowiego nie robi go podobniejszem do kobiecego, gdyż mleko krowie zawiera o 30% tylko więcej części stałych aniżeli kobiece; ssawiec bardzo dobrze znosi mleko krowie, przy niem czuje się szybciej najedzonym; w ogólności więc zaleca L. dodawanie ssawcom mleka krowiego obok mączynego. Ponieważ jednak krowy częstokroć chorują, nieodpowiednio są karmione, mleko często jest fałszowane lub rozcieńczone wodą, może zawierać zarodki różnych chorób i t. d. zatem najlepiej dawać dzieciom za pokarm mączkę NESTLEGO, na której korzystać przemawiają rozbiory chemiczne i wiadomości udzielone prywatnie LEBERTOWI przez chemika fabryki, nie mogące być jednak ogłoszonymi publicznie. Według LEBERT’A, NESTLÉ starannie dobiera i bada części składowe swej mączki, używa do niej „mleka szwajcarskiego”, które zgęszcza w próżni przy ciepłocie 49—50° C.; NESTLÉ używa chleba z najlepszej mąki pszennej, z którego tylko skórka wypieczona jest mu przydatną, która „jest daleko bogatszą w azot aniżeli osrodek”.

Dalej, mączka NESTLEGO jest nie tylko dla dzieci, ale także i dla matek karmiących najlepszem pożywieniem, gdyż przysparza pokarmu w piersiach, w końcu jest ona znakomitym środkiem zastępującym mleko w „kuracjach mlecznych”. A chociaż już przed wielu laty mączka NESTLEGO też same posiadała zalety, czego dowodzą dawniejsze gorące takowej zalecania, jednakże LEBERT odradza kupno dawniejszych paczek a poleca nowy wyrób. Broszura więc sławnego uczonego nadała nareszcie środkowi tajemnemu p. NESTLÉ piętno naukowe; będzie mu służyła we wszystkich krajach za reklamę, gdyż publiczność nie podejrzewająca nic złego, dowie się tylko że H. LEBERT „*Medical Privy Councillor and Professor*” zaleca mączkę NESTLEGO, począwszy od najwcześniejszego wieku dziecięcego aż do późnej starości („*during the earseet period of infancy and in later ysars*”). Sądzę, mówi słusznie JACOBI, że zalecanie środków tajemnych, których składu nie znamy nie jest naukowe, a nawet nie zawsze jest uczciwe, możemy te środki badać ale nigdy zalecać. To bowiem co w dobrej wierze dziś zalecamy może być jutro zupełnie odmiennem, chociaż opatrzone tą samą etykietą; szczególniejsze stosuje się to do mączek pożywnych, których wyrób napotyka szczególnie trudności i utrzymywany jest w tajemnicy. Kupiec i chemik mogą być uczciwymi ludźmi czego zresztą nie jesteśmy pewni; dowiedziona jednak jest rzeczą że komin fabryczny nie dla miłości chrześcijańskiej i pobudek huma-

nitarnych dymi lecz dla osobistej korzyści; jak „korporacje nie mają duszy” tak samo przemysł niema sumienia. Tylko nauka ma sumienie, tylko przyroda odznacza się prostotą i prawdą. Jeżeli nie jesteśmy w stanie przyrządzać surrogatów z materiałów prostych i dla każdego przystępnych, w sposób również najprostszy, wtedy lepiej nie starać się o takowe”.

II. MÜLLER w swej dokładnej pracy ¹⁾ wspomina że NESTLÉ chcąc usunąć niedogodności jakie przedstawia przygotowanie i zastosowanie przetworu LIEBIG'A wynalazł mączkę składającą się z mleka, mąki pszennej (w części zmienionej pod wpływem przegrzanej pary wodnej i silnego ciśnienia), cukru i soli; NESTLÉ jak wiadomo nie ogłasza żadnych rozbiórów chemicznych, a tylko reklamy. II. MÜLLER uskutečnił zatem rozbiór tego wyrobu i znalazł w nim 1,6% azotu = 10% ciał białkowych i 1,8% popiołu (w którym znajduje się 22,6% kwasu fosforowego).

FLEISCHMANN podaje następujący skład chemiczny mączki NESTLÉ'GO (według rozbioru JACOBSEN'A).

W 100 częściach znajduje się:

| w mączce NESTLÉGO | w mleku kobyecim |
|--------------------------------|-------------------|
| cukru = 40% | = 4, 3% |
| tłuszczu = 5% | = 2, 1% |
| ciał azotowych = 15% | = 3, 9% |
| skrobi i dekstryny = 30% | = — |
| soli = 0,37% | = 1,48% |

Z powyższego rozbioru widać, że dopiero 10-ne krotne rozcieńczenie wodą wyrobu NESTLÉ'GO daje pokarm mogący być strawionym przez młodociany żołądek, w którym wprawdzie sole w niedostatecznej zawartości są ilości.

Po gorącym zaleceniu przez BARRAL'A przetworu NESTLÉ'GO wszedł takowy w powszechniejsze użycie; według MORPAIN'A który pierwszy na większą skalę robił z nim doświadczenia, śmiertelność sztucznie żywionych dzieci z 50—60% spadła na 20%.

Dalsze doświadczenia przedsiębrane w ogólnej poliklinice wiedeńskiej na dzieciach różnego wieku, przekonały, że środek ten chętnie jest przez dzieci przyjmowany i łatwo trawiony, wyjątek tylko stanowią bardzo młode niemowlęta, które źle go znoszą z powodu znacznej odsetki skrobi i dekstryny zwykle trudno strawnych w tym okresie życia ²⁾.

FLEISCHMANN uważa surrogat NESTLÉ'GO jako wyborny środek żywienia starszych dzieci (wyżej 3-ich miesięcy życia mających)

¹⁾ *Ueb. Kindermehl, Pharmac. Centralhalle XVI. Nr. 34—1875.*

²⁾ „U zmarłego 7-o dniowego dziecka, dr. ZWEIFEL w bardzo rozdętym żołądku i jelitach znalazł napęczniałą zawartość, składającą się przeważnie ze skrobi; z powodu biegunek dawano mączkę NESTLÉ'GO z mniejszą nieco ilością wody; z tego powodu Z. w żadnym razie nie zaleca tego wyrobu (w tym wieku) i powiada, że jeden taki przypadek w którym błąd w przygotowaniu takie nieprzyjemne sprowadza następstwa wskazuje, że dany środek pożywny nie może być uważany za odpowiedni celowi”.

który nie może być dawanym także dla usunięcia niestrawności i nieży-
tów jelit powstałych w skutek nieodpowiedniego pokarmu; w tym ostat-
nim celu radzi rozcieńczać rzezoną przetwórną 6-ma częściami wody. I bie-
gunka po odstawieniu może być za pomocą takowego usunięta; odżywia-
nie dziecka postępuje prawidłowo i jednostajnie. W celu żywienia
mieszka się łyżka stołowa mączki N. z 10-ma łyżkami stołowymi wody
i gotuje przez kilka minut, takie rozcieńczenie daje mleczko odpowiednie
dla młodych ssawców; starszym jako też i skłonny do biegunek daje się
płyn nieco gęstszy, w stosunku 1 cz. m. i 8 cz. wody; z 6-ma cz. wody
otrzymujemy masę bryjowatą, którą można dawać po przerznięciu się
pierwszych zębów (HENNIG, FLEISCHMANN).

Zalety tego środka (podług F.) są odpowiednie: połączenie dobrego
mleka alpejskiego z mąką pożywną łatwo strawną, trwałość przetworu,
łatwe jego użycie, dobry wpływ u dzieci skłonnych do biegunek.

Wady zaś ma następujące: wielkie odsetki skrobi i dekstryny które nie
są odpowiedniami jako pierwszy pokarm dziecięcy, dalej, zbyt wysoka ce-
na szczególnie dla biednych i zakładów dziecięcych. Według HENNIG'A
w ciągu tygodnia ssawiec zużywa mączki za $\frac{2}{3}$ —1 talara, starsze
dziecię za $2\frac{1}{2}$ talary.

Prof. KEHRER ¹⁾ zaleca usilnie mączkę N. o b o k mleka matczy-
nego i szczególnie dla tych delikatnych dzieci, o które trzeba się oba-
wiać, że prócz mleka matki nie zniosą żadnego innego pokarmu. Natural-
nie, powiada, niemożna w niej upatrywać wszechleku. Także przy spoży-
waniu mączki NESTLÉ'GO spostrzegamy ogólny zanik, krzywicę i t. d., tyl-
ko że przytrafiają się one rzadziej aniżeli przy innych sposobach sztuczne-
go żywienia dzieci. Przy spożywaniu surrogatu N. dzieci rozwijają się
w ogóle dobrze, dalej nie sprawia prawie nigdy zaburzeń w narządach
trawienia ²⁾ przeciwnie podlega łatwo strawieniu, a nawet usuwa dawniej-
sze nieżyty jelitowe.

Dr. LEDERER doświadczony lekarz chorób dziecięcych w Wiedniu,
wspomina (na posiedzeniu tow. przyrodników w Monachium) że dziecko
po przebyciu *Meloena neonatorum* w 6-ym miesiącu życia odstawione od piersi
zapadło na silny nieżyt żołądko-jelitowy; po usunięciu takowego dr. L.
kazał żywić dziecko to wyłącznie mączką NESTLÉ'GO; przez długi
czas używało takowej codziennie prawie po całej puszcze i znakomi-
cie się odżywiało. Dziecko to zaczęło chodzić i zębować w czasie praw-
idłowym, nie okazując najmniejszych śladów krzywicę. (d. c. n.)

¹⁾ VOLKMANN'A *Sammlung klin. Vortr.* N. 72.

²⁾ Toż samo utrzymuje dr. HENNIG, którego pracą (*Neuere Erfahrungen über Ersatz-
mittel der Muttermilch*) i FLEISCHMANN się posilkował.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Drażnienie i przymiot,

przez prof. B. TARNOWSKIEGO z Petersburga 1).

Podał E. Klink, ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 33).

6) Teoryja o jedności zarazków KÖBNER'A, oparta na niewłaściwym objaśnieniu wyżej podanych faktów, otrzymanych drogą szczepienia wydzielin przymiotowych chorym przymiotowym musi upaść sama przez się. Niedostateczność tej teoryi może być wykazaną i prostą drogą doświadczalną. Jeżeli rzeczywiście powstanie miękkiego szankra zależy od wprowadzenia pod skórę wydzielin, zawierającej zarazek w stanie stężonym, a wytworzenie się szankra twardego zależy od działania zarazka bardziej rozcieńczonego, to drogą sztucznego rozcieńczania wydzielin szankra miękkiego, powinno się otrzymać taki odsetkowy stosunek zarazka do płynu, którym wykonywane zaszczepienie na zdrowych ludziach powinno dawać na miejscu zakłócia szankra twardego. W tym celu autor wykonywał wiele doświadczeń, które wykazały niedostateczność teoryi KÖBNER'A. Wydzielin szankrów miękkich stopniowo była rozcieńczana płynami obojętnymi: wodą przekroploną, śliną i t. p. środkami niezmiennającemi własności zarazliwych wydzielin i następnie szczepiono ją zdrowym ludziom. Do pewnego stopnia rozcieńczona wydzielin szankra miękkiego po zaszczepieniu, na miejscu zakłócia dawała tylko szankry miękkie. Szczepienie bardziej rozcieńczonego płynu dawało tylko pęcherzyki poronne. Nakoniec szczepienie jeszcze bardziej rozcieńczonych roztworów tej wydzielin nie wywołało żadnych objawów: szczepienie dawało wynik ujemny. Przy rozcieńczeniu jednakże, najrozmaitszego stopnia, w żadnym przypadku wydzielin szankra miękkiego, na miejscu zakłócia niewywoływała u zdrowego człowieka pierwotnego stwardnienia przymiotowego. Te doświadczenia wprost przeczą teoryi KÖBNER'A i jednocześnie raz jeszcze potwierdzają, że wydzielin szankra miękkiego, rozcieńczona do pewnego stopnia dopóki zachowuje jeszcze własności zarazliwe, zawsze wywołuje na miejscu szczepienia tylko szankra miękkiego. Jak tylko rozcieńczenie przechodzi pewną granicę, własności zarazliwe wydzielin znikają i szczepienie daje najzupełniej ujemny wynik.

7) Co się tyczy przytoczonych powyżej przypadków klinicznych, które, jakby się zdawało, dowodzą jedności zarazków twardego i miękkiego szankra, to takowe objaśniają się bardzo łatwo na mocy prawa wyprowadzonego przez autora z doświadczeń nad działaniem rozlicznych drażniących środków na skórę chorych przymiotowych. Szankier miękki, rozwijając się na skórze chorych przymiotem dotkniętych, może, na podobieństwo wszelkich innych środków drażniących, wywołać naokoło owrzodzenia powstanie nasięku przymiotowego. Tego rodzaju szankier miękki u chorych przymiotowych, opisany przez autora jako „rzekomo-stwardniały szankier chorych przymiotowych” może powodować bardzo wielkie stwardnienie dna i obwodu swojego i w pewnym okresie swojego przebiegu twardością i wyglądem zewnętrznym przedstawia wielką trudność w odróżnieniu go od pierwotnego stwardnienia przymiotowego. Przebieg tego rodzaju szankrów, jak wieloliczne badania autora wykazały, w większości przypadków jest następujący: W samym początku niczem się on nie wyróżnia od zwykłego szankra miękkiego, lecz już po 9, 12, 20 dniach od początku

rozwinięcia, niekiedy i później, na obwodzie owrzodzenia a potem na dnie wrzodu rozwija się stwardnienie, które pochodzi od wytworzenia nasięku przymiotowego. Raz powstałe stwardnienie stopniowo i powolnie wzrasta; szankier może się oczyścić, zabiżnić, a stwardnienie ciągle wzrasta. Nakoniec w przeciągu 14—20 dni, doszedłszy do swego *maximum* stwardnienie w skutek wehfonienia nasięku przymiotowego, poczyna stopniowo zanikać i po 10, 15, 20 dniach zupełnie ginie. Tym sposobem w okresie choroby kiedy owrzodzenie szankra miękkiego zupełnie czyste jest otoczone ze wszystkich stron wyraźnie odgraniczonym, twardym nasiękiem przymiotowym, jest niemożliwem odróżnienie z wyglądu zewnętrznego miękkiego szankra chorych przymiotowych od pierwotnego stwardnienia przymiotowego. Zarówno niepodobniestwem jest odróżnić z blizny szankra miękkiego, która umiejscowiona jest na wyraźnem bardzo stwardnieniu, z czem mamy do czynienia: czy z rzeczywistem pierwotnem stwardnieniem czy też z szankrem miękkim chorego przymiotowego. Rozpoznanie tem bardziej jest utrudnione, że w wielu przypadkach, chorzy którzy mają opisane powyżej rzekomo stwardniałe szankry nieokazują w tym samym czasie żadnych innych widocznych objawów następowych przymiotu. Autor sam niejednokrotnie spostrzegał rozwinięcie się rzekomo stwardniałego szankra, którego chory otrzymał albo drogą zarażenia przez spółkowanie albo też drogą szczepienia wydzieliny szankrowej po 2, 4, 6, 10 latach zarażenia się przymiotem. Godny uwagi tego rodzaju przypadek autor spostrzegał w klinice dla chorych przymiotowych Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu w r. 1871. Pan M. X. lat 29 liczący, trzeciego dnia po spółkowaniu zauważył miękkiego szankra na prąciu, na około którego rozwinęło się bardzo znaczne stwardnienie, wielkości orzecha laskowego i przy dotykaniu twardości chrząstkowej. Najbliższe szankra gruczoły i naczynia chłonne pozostały nietknięte; po tym szankrze, leczonym tylko miejscowemi środkami, żadne następowe objawy przymiotowe niewystąpiły, pomimo że chory przeszło rok cały był spostrzegany. Przy scisleśm badaniu i wywiadach, okazało się że chory przed 20 laty cierpiał na przymiot wrodzony, który pozostawił ślady do obecnej chwili w postaci narostów kostnych (*exostoses*) na obu kościach goleniowych i cechująco rozmieszczonych blizn po przymiocie guzowatym (*tubercula syphilit.*) na tułowiu.

Tym więc sposobem wszystkie te przypadki, w których wedle opisu badaczów, po szankrze twardym nierozwinięły się następowe objawy przymiotu, dadzą się objaśnić przez rzekomo-stwardniałe szankry, wytwarzające się u chorych przymiotem dotkniętych, a nie przedstawiających widocznych objawów tej choroby. W rzadszych przypadkach szankier miękkiego chorego przymiotowego, wikła się dymienicą—szankrem. U takich chorych można spostrzegać szankry z bardzo wyraźnem stwardnieniem i z wrzodziejącą dymienicą, a niepociągające za sobą następowych objawów przymiotu.

Obecnością opisanych rzekomo-stwardniałych szankrów łatwo dają się objaśnić i te przypadki, w których jedna i taż sama kobieta, posiadająca szankry miękkie, zaraża już to miękkimi już też twardymi szankrami. Obu zarażonym mężczyznom wspomniana kobieta udziela w rzeczywistości tylko szankry miękkie. Lecz wydzielina szankrowa dostawszy się do zupełnie zdrowego ustroju w pewnych przypadkach przyczyni się tylko do rozwinięcia szankrów miękkich prawidłowo przebiegających; w innych zaś przeniesiona na chorego przymiotowego wywoła owrzodzenie ze znacznem stwardnieniem dna i brzegów tegoż owrzodzenia. Prócz tego łatwo się rozumie przy jakich okolicznościach prostytutka rozmaitym mężczyznom może udzielać już to szankry miękkie, już też twarde, po

których następuje rozwinięcie ogólnej choroby przymiotowej. Tego rodzaju chora jest posiadaczką rzekomo-stwardniałego szankra. Do chwili, póki w obwodzie szankra miękkiego niewytworzy się nasięk przymiotowy, a więc w przeciągu 9, 12, 20 dni, chora zarazac będzie tylko szankrami miękkimi. Lecz jak tylko wytworzony nasięk pocznie się rozpadać i wytwory rozpadu mieszają się z wydzieliną wrzodu, kobieta ta pocznie zarazac wszystkich zdrowych mężczyzn z nią spółkujących „szankrami mieszanymi” (ROLLET), po których nastąpią zawsze objawy ogólnej choroby przymiotowej.

8) Opisany powyżej szankier miękki chorych przymiotowych, czyli rzekomo-stwardniały szankier, podobny w pewnym okresie swojego rozwoju do pierwotnego stwardnienia przymiotowego, przedstawia jednakże przy szczegółowym badaniu wiele cech, po których można go odróżnić tak od różnych postaci szankra miękkiego, jako też i od prawdziwego stwardnienia przymiotowego. Tylko dokładnem zbadaniem tych objawów, bardzo ważnych w praktycznym względzie, można uniknąć pomyłki przy objaśnieniu rozmaitych przypadków klinicznych; niektóre z nich przytoczone były już powyżej.

Od zapalnego szankra miękkiego, przy którym owrzodzenia także są otoczone stwardnieniem, rzekomo stwardniały szankier, odróżnia się rozwinięciem i przebiegiem stwardnienia. Stwardnienie zapalne zawsze powstaje w skutek podrażnienia powierzchni szankrowej i dlatego szybko przebiegająca sprawa rozpadowa w szankrze, odpowiada początkowi rozwoju stwardnienia zapalnego na około wrzodu. Następnie, w miarę tego jak objawy zapalne w owrzodzeniu szankrowem zmniejszają się, zmniejsza się i otaczające obrzmienie. Owrzodzenie pocznia się prawidłowo oczyszczać i zaciągać blizną; stwardnienie coraz bardziej ulegając wchłonięciu znika zupełnie. Całkiem co innego spostrzegamy po szankrach miękkich chorych przymiotowych. Rozpoczęte po pewnym czasie wytworzenie się nasięku przymiotowego, trwa ciągle, zupełnie niezależnie od dalszego przebiegu owrzodzenia. Szankier się oczyści, zaciągnie blizną, a stwardnienie ciągle będzie wzrastało i powiększało się do pewnego czasu, po którym również powoli zacznie ulegać wchłonięciu. Najwyraźniej przedstawia się różnica w przebiegu tych dwóch stwardnień w okresie wytwarzania się blizny. Stwardnienie zapalne po zagojeniu się owrzodzenia nigdy się nie powiększa przeciwnie stwardnienie rzekomo-stwardniałego szankra po wytworzeniu się blizny powiększa się. Prócz tego szankier zapalny po największej części jest bolesny, rzekomo-stwardniały zaś bardzo mało; stwardnienie zapalne jest miękkie, podatniejsze, nie tak wyraźnie odgraniczone, jak chrząstkowate stwardnienie przymiotowe, które otacza owrzodzenie szankra miękkiego.

Okres wylegania (*stad. incubationis*) który zawsze daje się spostrzeć przy prawdziwym pierwotnem stwardnieniu przymiotowem, a nigdy nie występuje przy zarażeniu się rzekomo stwardniałym szankrem, ten okres choroby daje podstawę dla różnicowego rozpoznawania tych owrzodzeń. Prócz tego przy prawdziwym pierwotnem stwardnieniu przymiotowem, zawsze następuje cierpienie najbliższych gruczołów i naczyń chłonnych, którego wcale się nie spostrzega przy rzekomo-stwardniałym szankrze. Jeżeli przy ostatniem owrzodzeniu tworzy się niekiedy wyjątkowo obrzmienie gruczołu chłonnego, to tworzy się tylko obrzmienie jednego gruczołu: zapalna, bolesna dymienica, lub dymienica—szankier, bardzo wyraźnie wyróżniająca się od przymiotowych dymienie wielolicznych, paciorkowato rozłożonych, niebolesnych. Prócz tego po pierwotnem stwardnieniu przymiotowem, po pewnym czasie zawsze rozwijają się następne objawy

przymiotu, czego nie spostrzega się po szankrze miękkim chorych przymiotowych. Nakoniec źródło zarażenia, w obu przypadkach będzie rozmaite i może być skontrolowane przez sprawdzenie: rzekomo-stwardniałym szankrem można zarazić się tylko od miękkiego wrzodu wenerycznego, zaś pierwotne stwardnienie przymiotowe pochodzi wyłącznie od zarażenia przymiotem. Szankier mieszany ROLLET'A najbardziej jest podobny do rzekomo-stwardniałego szankra, mianowicie w początkach swego rozwoju, jednakże między dwoma temi owrzodzeniami istnieje znaczna różnica. Przy wytworzeniu się stwardnienia przy szankrze mieszanym, występuje prawidłowo mniej więcej w przeciągu dwóch tygodni obrzmienie cechujące przymiotowe gruczolów pachwinowych w jednych lub obu pachwinach, czego nigdy nie spostrzega się przy rzekomo-stwardniałym szankrze. Prócz tego po szankrze mieszanym występują zawsze objawy ogólnego zakażenia przymiotem w pewnym porządku, czego również niespotyka się przy rzekomostwardniałym szankrze. Nakoniec wywiady (*anamnesis*) i scisle zbadanie chorego zawsze pozwalają na dokładne rozpoznanie choroby. Jeżeli chory cierpiał już na przymiot i zaraził się szankrem, który rozwijał się bez okresu wylegania i posiada wyraźnie ograniczone, chrząstkowate stwardnienie i jednocześnie niema żadnego bolącego obrzmienia gruczolów, to bez wszelkiej wątpliwości będzie to rzekomo-stwardniały szankier. Autor powiada „bez wątpliwości”, ponieważ przypadki powtórnego rzeczywistego zarażenia się przymiotem należą do nadzwyczajnych rzadkości. Tu należy dodać, że wieloliczne spostrzeżenia co do powtórnego zarażenia się przymiotem, przytoczone przez rozmaitych autorów (SPERINO, DIDAY) są niezem innym jak tylko cechującami przykładami rzekomostwardniałych szankrów. Ze wszystkiego tego co dotychczas powiedziano okazuje się że fakta, które w ostatnich czasach przedstawiono dla potwierdzenia jedności zarazków przymiotowego i szankrowego, nietylko niepotwierdzają tej teorii a przeciwnie, są nowemi przeciwko niej dowodami. Dane, na które RICORD zwrócił uwagę, wyniki konfrontacji chorych dokonane przez BASSEREAU, doświadczalne poszukiwania ROLLET'A i wreszcie przez autora wykonane i wyjaśnione badania i doświadczenia, nieprzedstawiają najmniejszej wątpliwości co do istnienia trzech oddzielnych, samoistnych chorób: rzeżączki, szankra i przymiotu, które dosyć długo były połączone pod jedną ogólną nazwą „chorób wenerycznych”. Różnica dopiero co wzmiankowanych spraw chorobowych w postaciach swoich prawidłowych, niepowikłanych, rzuca się w oczy nawet powierzchownemu badaczowi. Przyczyną pomieszania i sztucznego połączenia tych różnorodnych spraw chorobowych w jedną chorobę ogólną, jest prawdopodobnie to, że prawie ciągle są napotykanne przypadki w których te choroby wzajemnie się wikłają. Powikłanie rzerżączki szankrem lub przymiotem było jedyną przyczyną, dla której rzerżączkę zaliczono do przymiotu. Przykłady jednoczesnego zarażenia się szankrem i przymiotem stanowią istotę zarzutów przeciwko teorii BASSEREAU. Nakoniec zarażenie się chorych przymiotem dotkniętych szankrami miękkimi, posłużyło jako nowy dowód powątpiewania o prawdziwości wniosków przedstawionych przez ROLLET'A. Przez poszukiwania i badania nad szankrami ukrytymi, rzeżączką przymiotową, szankrami mieszanymi i szankrami miękkimi u chorych przymiotowych w zupełności, zdaniem autora, wyczerpują się wszystkie możliwe się napotkać wzajemne powikłania rzeżączki, szankra i przymiotu.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Wodniak torebki maziowej podrzepkowej głębokiej (*Hygroma infrapatellare profundum*). Dotąd prawie nie zwrócono uwagi na wodniaka torebki maziowej podrzepkowej, (*bursa mucosa infrapatellaris profunda*). PITHA w dziele swym wzmiankuje tylko, iż głębokie położenie tego narządu jest przyczyną nader rzadkich jego uszkodzeń.

TRENDELENBURG w ostatnich czasach spostrzegał jednak dwa przypadki wodniaka wzmiankowej torebki i jest tego przekonania, że choroba ta prawdopodobnie daleko częściej się zdarza, niż dotąd przypuszczano. Autor podaje opis samej torebki maziowej, jej stosunki anatomiczne, dalej przechodzi do opisu zmian, jakie nagromadzenie płynu w torebce zwykle powoduje; zmiany te najbardziej są uwydatnione przy na wpeł zgiętym stawie kolanowym. Zagłębienia znajdujące się zwykle z obu stron wiązadła rzepkowego stają się mniej widoczne, a przy znacznej ilości płynu w torebce, w miejscu zagłębień znajdujemy z obu stron wygórowania, w których chełbotanie wyraźnie wyczuć się daje; tym więc sposobem i kształt całego stawu kolanowego zmienia się znacznie. Ze zmianą kształtu stawu powstaje trudność przy zginaniu, które w ogóle jest więcej bolesnem, niż przy nagromadzeniu płynu w samym stawie kolanowym. Chorzy oprócz tego uskarżają się na niewielki ból w oklicy podrzepkowej i przy wyprostowanej kończynie, szczególnie przy pewnym ucisku. U osob szczupłych, szczególnie, jeżeli zajęta jest torebka maziowa jednego tylko wiązadła, choroba rozpoznana być może z łatwością; lecz jeżeli ma ona miejsce na obu kolanach, a przytem u osób uposażonych obficie w tkankę tłuszczową, wtenczas rozpoznanie połączone być może z pewnemi trudnościami i wymaga dokładnej znajomości kształtu stawu w położeniu zgięcia i rozgięcia. Ból towarzyszący tej chorobie, może być niekiedy przyczyną błędnego rozpoznania, a mianowicie przypuszczenie nerwowego cierpienia stawu. Przebieg choroby w obu przypadkach przez autora opisanych, był nader powolny, wszystkie środki zwykle zalecane przeciw przewlekłemu zapaleniu stawu pozostały bez skutku, choroba wreszcie usunięta była przez zastosowanie bezpośredniego ucisku za pomocą opaski kauczukowej. Autor w końcu zapytuje, czy w wielu razach obrzmień w okolicy wiązadła rzepkowego, następujących zwykle po uszkodzeniach urazowych, nie mamy właśnie do czynienia z nagromadzeniem krwi płynnej w torebce maziowej podrzepkowej głębokiej. (*Centrblatt f. Chirurgie*. Nr. 42—1877). *Wł. Or.*

Przypadek podwójnej macicy i ciąży. Dr. N. SOCZAWA przywołany został do ciężarnej, która nagle dostała silnego krwotoku macicznego. Badanie pokazało, że macica jest powiększona i nieco na lewo odsunięta, jej ujście otwarte, tak że można dojść do jaja płodowego. Po za macicą i na prawo od niej wyczuło guz, wielkości dużej cytryny, którego dotykaniem sprawiło tak silny ból, że dokładne zbadanie nie było możebnem. Autor przypuszczał obecność wsiąkiu pozamacicznego, chora jednak sama wyprowadziła go z błędu, mówiąc, że jej narządy rodne przedstawiają jakąś nieprawidłowość, o czem dowiedziała się od lekarza, który był obecny przy poprzednim porodzie. Autor przedsięwziął dokładniejsze badanie i wtedy okazało się: narządy płciowe zewnętrzne nie przedstawiają nic szczególnego; na 1 ctm. po za resztkami błony dziewiczej znajduje się przegroda, która się ciągnie w głąb pochwy i tę ostatnią dzieli zupełnie na dwie części. Lewa pochwa była dość obszerna, jej fałdy wygładzone, prowadziła zaś ona do macicy, już poprzednio badanej; prawa połowa była o wiele węższa, pofałdowana i prowadziła do szyjki macicznej, która nosiła na sobie wszystkie cechy dziewiczości; przy badaniu wypływała krew. Sklepienie lewej połowy pochwy silniej było rozwinięte, aniżeli prawej; między obydwoma zaś macicami było wzniesienie bardzo bolesne przy dotknięciu. Autor wyjął najpierw palcem jajo płodowe z lewej, a potem i z prawej macicy; pierwsze zawierało w sobie miesięczny, a drugie trzecziesięczny płód. Badanie, wykonane w parę dni potem, potwierdziło w zupełności poprzednie rozpoznanie, przytem chora opowiedziała, że idąc za radą jednego lekarza, przy spółkowaniu kierowała pracie swego męża do lewej połowy pochwy i poprzednie dwie ciąży (jedno poronienie, drugi raz poród czasowy) miały miejsce w lewej macicy; raz tylko manipulacji tej nie dokonała, a czas tego spółkowania odpowiada właśnie obecnej ciąży w prawej połowie.

Ponieważ płody były w tym razie różnego wieku, a zatem zapłodnienie miało miejsce w rozmaitym czasie dojrzewania jajek; przypadek ten zatem może być potwierdzeniem zdania, wyrzeczonego przez SŁOWIAŃSKIEGO, t. j. że owulacja może się odbywać i podczas ciąży. Tak więc w przypadkach podwójnej macicy, jedna z nich nawet podczas ciąży drugiej, zapłodnioną być może i wobec przytoczonego przypadku zdanie SCHROEDER'A, że nadplodnienie (*superfoetatio*) ani jednym wiarogodnym faktem nie zostało udowodnionem, upaść musi. Wreszcie autor dodaje, że przypadki podwójnej ciąży w dwóch oddzielnych macicach dotyczyłas 3 tylko opisano; dwa mianowicie pomieścił BARNES w dziele o chorobach kobiet, a jeden opisał KUSSMAUL; powyższy przypadek jest zatem czwartym z kolei. (*Moskowskaja Medicinskaja Gazeta*". Nr. 75—1878). T. D.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Szpital Dzieciątka Jezus, po 12-stu latach dręczenia swoich lekarzy ordynujących dyżurami, nareszcie zdobył się na toż samo, co przed zaprowadzeniem u siebie dyżurów lekarskich już miało miejsce: zamianował trzech lekarzy domowych. Jak wiadomo w r. 1863, ówczesny kurator tego szpitala dr. MIANOWSKI, rektor b. Szkoły Głównej dodał do pomocy t. z. Inspektorowi szpitala, dwóch pomocników (internów) z odpowiednią płacą i mieszkaniem w obrębie szpitala. Zbyt to jednak krótko trwało, albowiem już w roku następnym dwaj pomocnicy inspektora opuścili Warszawę, a opróżnione przez nich miejsca pozostały niezajętymi, zapewne dla braku, równie ulubionych przez kuratora jak poprzedni, kandydatów. Wkrótce potem dodano pomocnika lekarzowi naczelnemu, a na wielokrone uzalenie się osamotnionego inspektora szpitala na przeciążenie go pracą w stosunku do zbyt małego za pełnienie tych uciążliwych obowiązków wynagrodzenia, odpowiadano nareszcie zwinięciem posady inspektora i rozdzieleniem jego obowiązków na wszystkich ordynatorów, w postaci 24 godzinnych kolejnych dyżurów. Taki to był początek owych nieszczęsnych dyżurów, które w tym jednym ze wszystkich szpitali cywilnych tutejszych zostały zaprowadzone i przetrwały pomimo ciągłego nań utyskiwania ordynatorów i wykazywania małego ich pożytku dla szpitala przez lat 12. Obecnie jak rzekliśmy dyżury te ustały przez zamianowanie trzech lekarzy domowych szpitala, z płacą po 200 rs. rocznie i mieszkaniem w obrębie szpitala dla każdego z nich. Od godziny 8 rano do 11 wieczorem trzech lekarzy domowi dyżurują kolejno po 5 godzin w samym szpitalu, a następnie jeden z nich obowiązany jest tam nocować, dla przyjmowania chorych w nocy przybywających i niesienia pomocy w razie nagłej potrzeby chorym w szpitalu się znajdującym. Lekarze domowi mogą nie przyjmować obowiązków ordynatorów w oddziałach szpitala, a w każdym razie dostają tylko niewielu chorych. Za to obowiązani są odbywać wizyty wieczorne (o god. 7-ej), podczas których winni obejrzeć nowoprzybyłych i tych chorych, na których podczas rannych wizyt ordynatorowie zwracają uwagę, przez zawieszenie kolorowej karty na tabliczkach nad łózkami się znajdującymi. Lekarze domowi zajmują się nadto mierzeniem ciepłoty ciała chorych, badaniem zapomocą wziernika kraniowego, elektryzowaniem chorych i t. p. jednym słowem tem wszystkim, co wymaga dłuższego czasu niż go poświęcić może ordynator, obciążony wielką liczbą chorych w swoim oddziale, przy rannej wizycie. Z tego widzimy że ordynatorowie odrazu doznali niesłuchanej u nas ulgi w swoich zajęciach szpitalnych. Jakie z tego będą wyniki, wkrótce się dowiemy z naukowego użytkowania bogatego materiału szpitalnego, który dotąd marnie ginał, z kilkunastu bowiem ordynatorów tego szpitala zaledwie kilku i to bardzo skąpo dzieliło się z ogółem lekarzy wynikami swej wiedzy w szpitalu zdobytemi. Dziś zatem przeciążeniem pracą i brakiem czasu tylko ci ordynatorowie szpitala Dzieciątka Jezus wymawiać się mogą, którzy pisac... zapomnieli lub zatracili już poczucie społecznego obowiązku wzbogacania naszego piśmiennictwa lekarskiego cennymi pracami jedynie w szpitalu dokonać się dającymi.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.