

# MEDYCZYNA.

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				

**TREŚĆ:** Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zbroczeń mózgowych. Napisał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy).—O sztucznej 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. (dok.)—Strzeszenia i wyłogi. O skuteczności i działaniu jodoformu. Skład chemiczny piwocyny.—Kronika zagraniczna. Megaphon. 51 zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich. Zmarli.—Sprostowanie.—Ogłoszenia.

## OBCENY STAN WIEDZY

### O umiejscowieniach czynności i zbroczeń mózgowych

(*Localisationes cerebrales*).

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15, 16, 17, 19—25 i 34).

Kazuistyka chirurgiczna dostarcza nam dosyć często przypadków zniszczenia urazowego zrazu przedniego i tylnego mózgu, w których za życia nie spostrzegano ani śladu zaburzeń ruchowych. Z drugiej strony CHARCOT na podstawie własnych przypadków, których liczbę liczy na setki, twierdzi iż częste bywają obumarcia (*ramollitiones*) zrazu potylicowego, skronio-klinowego i czołowego i wszystkie mają tę cechę wspólną iż nie powodują zaburzeń ruchowych. To dowodzi, iż większa część rozciągłości istoty szarej korowej półkul mózgowych jest bez wpływu na odbywanie się ruchów dowolnych. W istocie z kilku przypadków które przytoczyliśmy, a moglibyśmy ich liczbę kilkakrotnie zwiększyć widzimy iż cały zraz klinowy i potylicowy, pewna część zrazu ciemieniowego (a mianowicie zawój ciemieniowy dolny i zawój kątowy), wysepka REIL'A, zrazik oczodołowy i przednia część zrazika czołowego, mogą być zniszczone przez wylew krwi lub zatamowanie dopływu do nich krwi tętniczej, uciśnięte przez nowotwory, drażnione przez odłamki kości, nie powodując objawów ruchowych. Od dawna już znano fakta zniszczeń obszernych półkul, bez objawów ruchowych, i oznaczono je nazwą obumarć ukrytych (*ramollissemens latents*)<sup>1)</sup>. W czasie przyjmowania jednorodności czynnościowej całej kory mózgowej, tłumaczono je tem, iż jeżeli cierpienia rozwijają się powoli,

<sup>1)</sup> Patrz między innymi: ANDRAL (*Clinique médicale* 3 édit. V pag. 391 i 551), VAULTIER (*Essai sur le ramollissement cérébral latent*. Paris 1868).

to inne części kory zastępują zniszczone i tym sposobem sprzeciwiają się pojawieniu zwykłych objawów tych cierpien. Nie wiadomo tylko jak wytłumaczyć przypadki nagłego zniszczenia (gdzie nie mogło być mowy o żadnem jeszcze zastępstwie), urazowego nawet znacznej przestrzeni kory, a nie zdradzające się ani drgawkami ani bezwładami. Nowe dopiero postępy fizjologii mózgu, tłumaczą nam iż nie czas rozwoju cierpienia, lecz siedlisko jego wpływa na wystąpienie zaburzeń ruchowych. Z przykładów niżej przytoczonych zobaczymy, iż jakikolwiek jest wiek i rozciągłość cierpienia istoty szarej korowej, jeżeli ono dotyczy tylko części, odpowiadającej częściom kory pobudliwym u małpy, to jest, tak zwanej *zona motorica corticalis*, zawsze za życia występują drgawki lub bezwłady; gdy tymczasem cierpienia na zewnątrz tej *zonae motoricae* leżące nie powodują nigdy zaburzeń ruchowych.

Przytoczymy najprzód przypadki porażenia ruchu w skutek cierpienia istoty szarej korowej, a potem przypadki drgawek z tegoż powodu.

I. BROCA <sup>1)</sup>. W r. 1861 umarł w szpitalu *Bicêtre* mężczyzna Leborgne pozbawiony mowy (*aphasia*), gdyż mógł mówić tylko „tan-tan”. Zostawał on w szpitalu od lat 12, chodząc, ruszając się i okazując czynami iż intelligencyja jego była nietkniętą a nawet był on nienawidzony przez swych towarzyszków dla sprytnych figlów, jakie im płał. W końcu został dotknięty bezwładem połowicznym prawem (*hemiplegia dextra*), potem przyszło zapalenie tkanki podskórnej na goleni (*phlegmone tibiae*), w przebiegu którego chory umarł na oddziale prof. BROCA. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono dwie zmiany mózgu zupełnie różne: 1) świeża we wnętrzu półkuli (w ciałku prążkowanym); 2) stara na zrazie przednim lewym na zawoju czołowym średnim i dolnym. Na tym to i jemu podobnych przypadkach opierając się, BROCA oznaczył zawój czołowy dolny lewy jako siedlisko mowy.

II. BROCA <sup>2)</sup>. Lelong 84 letni mężczyzna przyjęty przed 8 laty do szpitala dla starców w *Bicêtre*, z powodu *debilitas senilis*. W r. 1860 (83 życia) w Kwietniu, dostał napadu apoplektycznego, po którym nastąpiła utrata mowy, trwająca aż do śmierci. W Październiku 1861 nastąpiło złamanie szyjki udowej (*fractura colli femoris*), po czem w 12 dni śmierć. Przy badaniu pośmiertnem całe mózgowie zupełnie zdrowe, a tylko zniszczenie tylnej części zawojów czołowego średniego i dolnego lewych na przestrzeni 15—18 $\mu$ , które przedstawiały się jako jama wypełniona cieczą. Drobnowidz okazał istnienie kryształków hemoglobiny na ściankach jamy, dowód iż jama była pozostałością po wylewie krwistym.

III. BERNHEIM <sup>3)</sup>. K. 33 letni tkacz wszedł 16 Maja 1877 r. do szpitala *St. Charles* w Nancy z objawami zniszczenia obu wierzchołków płuc (*pneumo-strumosis*). 17 Lipca silny ból głowy czołowy. 24 t. m. utrata mowy zupełna; mimo iż chory dobrze wszystko pojmował, otwierał usta i wysuwał język, nie mógł powiedzieć dobrowolnie ani powtórzyć żadnego wyrazu. Ruchy mięśni twarzy i innych całego ciała, prawidłowe. Objawy te trwały aż do śmierci, która nastąpiła 1 Sierpnia. Przy badaniu pośmiertnem

<sup>1)</sup> BROCA. *Sur le siège de la faculté du langage articulé, avec 2 observations d'aphémie. Bulletins de la Société Anatomique. 2 série. t. IV. 1861.*

<sup>2)</sup> l. c.

<sup>3)</sup> BERNHEIM. *Contribution à l'étude des localisations cérébrales. Revue méd. de l'Est i osobna odbitka. Paris 1878 str. 8.*

znaleziono na wysokości części tylnej zawoju czołowego dolnego lewego, nagromadzenie gruzłków wielkości 4 ctm. na wysokość a  $2\frac{1}{2}$  ctm. na szerokość, które zniszczyło prawie zupełnie  $\frac{1}{4}$  tylną tego zawoju. Zawój czołowy średni, oba wstępujące i inne części mózgowia zupełnie zdrowe.

IV. CHARCOT <sup>1)</sup>. F. kobieta z oddziału CHARCOT'A w *Salpêtrière*, cierpiała tylko na utratę mowy, bez żadnego śladu porażenia ruchu lub czucia. Jako przyczynę niemoty znaleziono przy badaniu pośmiertnem zanik podstawy zawoju czołowego dolnego.

V. ROSENSTEIN <sup>2)</sup> 22 letnia osoba, cierpiąca na zapalenie nerek (*nephritis*), utraciła nagle w ostatnich tygodniach swego życia, władzę mówienia, która ograniczała się tylko do wyrazów „ja-ja”. Przy badaniu pośmiertnem: wylew krwi który zniszczył podstawę zawoju czołowego dolnego lewego.

VI. HERVEY <sup>3)</sup>. R. 50 letni szewc na klinice prof. POTAIN'A w Paryżu z objawami mocznicy (*uraemia*), dostał niemoty (*aphasia*) i porażenia mięśni twarzowych strony prawej. Kończyny zdrowe. Śmierć w objawach: *apoplexia pulmonum et hydropneumothorax*. Przy badaniu pośmiertnem: na zawoju czołowym dolnym lewym 2 ogniska rozmiękczenia (*ramollitio*): 1) długie 0,035 i głębokie 1 ctm. zajmujące tylko istotę szarą; 2) wielkości 20 centimów dotykające i istoty białej korowej.

VII. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE <sup>4)</sup>. J. 54 letnia z oddziału prof. JACCOUD w szpitalu *Lariboisière* cierpiąca na niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie odpowiedniego ujścia, dostała w Styczniu 1875 r. lekkiego napadu apoplektycznego, po którym nastąpiło porażenie połowiczne lewe (*hemiplegia sinistra*) trwające tylko dni kilka. W Lutym t. r. po obudzeniu się ze snu chora zauważyła iż utraciła zupełnie zdolność mówienia (*aphasia*). Brak innych objawów cierpienia ruchu lub czucia. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono obumarcie powierzchowne zawoju czołowego dolnego lewego i w niewielkiej rozciągłości wysypki REILA.

Nie będziemy więcej przytaczali przykładów na dowód, iż zniszczenie w jakikolwiek sposób podstawy zawoju czołowego dolnego lewego, to jest, miejsca w którym zawój ten dotyka zawoju czołowego wstępującego, wywołuje niemotę (*aphasia*). Przypadków takich opisanych jest bardzo wiele. Damy teraz przykłady porażenia innych części ciała, zależnego od cierpienia istoty szarej korowej.

VIII. DUGONT-BALLY <sup>5)</sup> 44 letni mężczyzna strzelił sobie w głowę w południe 4 Grudnia 1877 r. Wieczorem przyniesiono go szpitala na oddział prof. CHAPPLAIN (w Marsylii). Znaleziono otwór na prawo, na granicy okolic czołowej i skroniowej, na linii poziomej idącej  $1\frac{1}{2}$  ctm. powyżej brwi. Otwór ten miał 12  $\mu$  w średnicy, brzegi jego zczerniałe, a w okolo podbiegi krwi. Krwotek był bardzo mały. Zagłębnik wprowadzony do otworu, wchodził na głębokość 7 ctm. w kierunku z przodu w tył od zewnątrz na wewnątrz. Powieki poruszały się dobrze, źrenice oddziaływały na światło. Tylko spojenie ust lewe znajdowało się niżej niż prawe, policzok lewy więcej płaski i obwisły. Język wysuwał chory z trudnością. Dobrze słyszał, rozumiał i odpowiadał, choć powoli. Czucie wszędzie zachowane. Inne ruchy prawidłowe. Następnich dni te same objawy, tylko większa trudność w artykulacji wyra-

1) CHARCOT. *Progrès médical* 1874. Nr. 20 i 21.

2) ROSENSTEIN. *Berliner klinische Wochenschrift* 1868 str. 182.

3) *Bulletins de la Société Anatomique*. 1874. str. 29.

4) *Bulletins de la Société Anatomique* 1875 str. 202.

5) *Marseille médicale*. Mars. 1878.

zów i porażenie twarzy lewej wyraźniejsze. Potem przyłączyły się: wymioty, czkawka, śpiączka, wśród której śmierć 4 dnia. Przy badaniu pośmiertnem przekonano się iż otwór w osasce znajdował się na 1 ctm. z przodu szwu czoło-ciemieniowego, na 2 ctm. powyżej kąta przednio-dolnego kości ciemieniowej. Wylew krwi pod przedziurawioną osłoną twardą i miękką. Na mózgu: otwór 2 ctm. powyżej rowka SYLWIUSZA, nieco od przodu końca dolnego rowka ROLANDA, na części dolnej zawoju czołowego wstępującego, w miejscu odpowiadającym punktom 9 i 10 FERRIER'A. Następnie kula przeszła sierp mózgu w części średniej,  $\frac{1}{2}$  ctm. nad brzegiem dolnym, ztąd weszła w półkulę lewą do zawoju czołowego wewnętrznego dolnego i uwięzła w rogu potylicowym komórki bocznej.

IX <sup>1)</sup>. Girard 96 letnia kobieta z oddziału CHARCOT'A dostała nagle napadu apoplektycznego, po którym zostało porażenie lewej strony twarzy i usta przeciągnięte na prawo, rowek noso-wargowy lewy mniej głęboki niż prawy, policzek lewy w czasie oddychania wydymał się w kształcie żagla. Sztynność mięśni występowała szczególnie wydatnie, gdy chciano wykonywać ruchy kończyną górną lewą, lecz istniała i w spoczynku, gdyż pewne mięśnie lewe (*biceps*, *pectoralis major sinister*) były twardsze i sztywniejsze niż na prawo. Lekka sztywność gdy chciano poruszać nogą lewą. Po kilku dniach sztywność mięśni kończyn przeszła zupełnie a tylko zostało się porażenie twarzy, które istniało aż do śmierci. Przy badaniu pośmiertnem: półkula mózgowia lewa ważyła 474 grm. a prawa 457. Zniszczenie: całego zawoju czołowego dolnego prawego,  $\frac{1}{3}$  dolnej zawoju wstępującego czołowego,  $\frac{1}{4}$  dolnej zawoju ciemieniowego wstępującego, cały zawój ciemieniowy dolny i kątowy,  $\frac{1}{2}$  ciemieniowego górnego, cały zawój skronio-klinowy górny i zawoje wysypki REILA. Z części więc ruchowych, zniszczoną była tylko część dolna zawojów wstępujących i tylna czołowego dolnego.

X. M. RAYNAUD <sup>2)</sup> na posiedzeniu Towarzystwa Anatomicznego Paryżkiego dnia 25 Lipca 1876 r.. okazał mózg chorego zmarłego w jego oddziale w szpitalu Lariboisière na suchoty płucne (*phtisis pulmonum*), który nie nadługo przed śmiercią, poczuł osłabienie kończyny górnej lewej. Przy badaniu takowej okazało się iż osłabienie to ograniczone było tylko do przedramienia. Odprowadzenie ramienia (*adductio brachii*) (czynność *m. deltoidei*) zginanie i wyprostowywanie przedramienia na ramię (*m. biceps et triceps brachii*), odbywały się z łatwością, chociaż powolniej niż na prawo. Na przedramieniu zaś, porażenie zupełne mięśni wyprostnych (*mm. extensores*), w skutek czego ręka (*manus*) była wisząca i chory nie mógł jej unieść dowolnie. *M. supinator longus* także porażony. Porażenie więc dotyczyło nerwu promieniowego (*n. radialis*). Lecz zginacze (*mm. flexores*) były także bardzo osłabione: chory ścisnął ręką lewą bardzo słabo. Inne ruchy i czucie niezmiennione. Brak zaburzeń intelligencji. Jednem słowem była tu *monoplegia radialis* i to bardzo ograniczona, bo głównie mięśni wyprostnych przedramienia. Śmierć 4-go dnia. Przy badaniu pośmiertnem: nerwy obwodowe, rdzeń i mózgowie zdrowe, a przyczyną monoplegii okazało się cierpienie istoty szarej korowej bardzo ograniczone. Siedliskiem tego cierpienia był rowek ROLANDA prawy, w odległości  $5\frac{1}{2}$  ctm. od brzegu górnego półkuli, na wysokości zawoju czołowego średniego. W tem miejscu w głębi rowka ROLANDA, znaleziono nagromadzenie gruzelków wielkości siemienia, które wnikało tylko wgłąb istoty szarej korowej; naokolo niego *ramollitio rubra* (*apoplexia capillaris*), dotycząca istoty szarej korowej części górnej zawoju

<sup>1)</sup> *Revue Mensuelle* 1877. Nr. 3 str. 181 i *Bulletins de la Société de Biologie* 1876.

<sup>2)</sup> *Progrès médical*. 1876. Nr. 51 str. 884.

ciemieniowego wstępującego. Przypadek ten dowodziłby iż na wardze tylnej rowka ROLANDA, na wysokości przedłużenia linii przeprowadzonej poziomo przez podstawę zawoju czołowego średniego leży ośrodek dla mięśni wyprostnych przedramienia.

XI. MAHOT <sup>1)</sup> na posiedzeniu Towarzystwa Anatomicznego 15 (Grudnia 1876 okazał mózg chorego 48 letniego szewca, który wszedł do szpitala *St. Antoine* (oddział d-ra MOLLAND), z porażeniem ręki i przedramienia prawych, istniejącem od 3 tygodni, a które powstało nagle po napadzie padaczkowym (upadek, utrata przytomności, drgawki). Chory skarżył się na ból głowy i wymioty. Napady drgawek powtarzały się kilkakrotnie. Porażone były głównie mięśnie wyprostne napięstka i ręki, mniej zginacze, a więc głównie *monoplegia radialis*. Nadto lekka *paresis* prawej twarzy. W anamnezie chorego nie było, coby mogło tłumaczyć to porażenie, chory nie przebywał przymiotu (*sypylis*), brak nawet podejrzenia o zatrucie ołowiem (*saturnismus*). Przy badaniu pośmiertnem znaleziono na lewej półkuli mózgowej glejaka (*glioma*) wielkości jaja gołębiego, zajmujący  $\frac{1}{3}$  część średnią zawoju czołowego wstępującego lewego na wysokości zawoju czołowego średniego. zawój ciemieniowy wstępujący lewy zupełnie zdrowy, jak i inne części mózgowia. Na wysokości nowotworu wargi rowka ROLANDA oddalały się bez trudności.

XII. BOURDON <sup>2)</sup>. Mężczyzna 67 letni wszedł do jego oddziału w szpitalu *de la Charité* 5 Lutego 1877 r. Cierpiał on oddawna na bóle głowy, osłabienie władz umysłowych. Przed 3 dniami dostał nagle uczucia zawrotu głowy, po którym przyszła zupełna utrata mowy (*aphasia*), niemożność poruszania językiem i porażenie przedramienia i ręki strony prawej. Przy wejściu do szpitala zaburzenie mowy było bardzo lekkie, ruchy języka swobodne, lecz palcami i ręką chorey nie mógł wykonywać żadnych ruchów. Czucie niezmiennione. Ruchy kończyny dolnej prawej i całej połowy ciała lewej, prawidłowe. Tętnice dostępne oczom, miażdżycowe; objawy cierpienia zastawek serca: aorty i dwudzielnej. W dalszym przebiegu, nie pozostało nic, tylko porażenie mięśni wyprostnych przedramienia i ręki prawej; 6-go dnia po wejściu do szpitala, śmierć. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono zastawki serca i naczynia mózgowe, miażdżycowe. Na półkuli lewej, świeże ognisko wylewu krwi wielkości ziarna konopnego, na części górnej zawoju czołowego wstępującego, które zniszczyło tylko istotę szarą korową na szerokości i głębokości 3  $\mu$ . Inne części mózgowia zdrowe, tylko w części średniej zrazu potylicowego prawego małe ognisko rozmiękczenia (*ramollitio*), nie objawiające się niczem za życia.

XIII. VERMEIL <sup>3)</sup>. B. 66 letni murarz, wszedł do oddziału d-ra LABBÉ w szpitalu *de la Pitié* 7 Maja 1877. Spadł on z rusztowania z wysokości 4—5 metrów, poczem stracił przytomność. Zaniesiony do szpitala odpowiadał powoli lecz wyraźnie na wszelkie pytania. W okolicy czoło-ciemieniowej lewej rana poprzeczna, od której szły dwie inne ku przodowi do brwi. Podniósłszy płat przez nie utworzony, spostrzegano się złamanie czaszki gwiazdowate. Jedynym objawem chorobowym znalezionym u chorego było porażenie obu kończyn górnych. Kończyny dolne ruszały się dobrze. Czucie niezmiennione. Następnym dni, gorączka, nieprzytomność. Śmierć 9 Maja wieczorem. Przy badaniu pośmiertnem: brak zagłębienia kości czaszki, brak wylewu krwi, znaleziono tylko 2 małe ogniska *ramollitionis rubrae* bardzo powierzchowne, 15  $\mu$  w średnicy mające, jedno z nich na części górnej zawoju czołowego

<sup>1)</sup> *Progrès médical*. 1877. Nr. 11 str. 212.

<sup>2)</sup> BOURDON. *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres*. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Nr. 43. (Posiedzenie z 23 Października 1877) str. 1077.

<sup>3)</sup> BOURDON *l. c.* str. 1080.

wstępującego lewego, drugie na połączeniu zawoju cieniściowego wstępującego prawego z zawojem cieniściowym dolnym (jak autor zowie: 2-gi zawój cieniściowy). Jedno więc ognisko leży przed, drugie po za rowkiem ROLANDA.

XIV. JACKSON <sup>1)</sup>. U chorego który miał 2 razy napad drgawek w kończynie górnej prawej, a następnie, zupełne porażenie tejże części ciała, znaleziono przy badaniu pośmiertnym nowotwór 1 cal w średnicy mający, w miejscu połączenia tylnego końca zawoju czołowego górnego z zawojem czołowym wstępującym lewym.

XV. PIERRET <sup>2)</sup> 74 letnia kobieta z oddziału CHARCOT'A w *Salpêtrière*, dostała napadu apoplektycznego, po którym zostało porażenie i sztywność kończyny górnej lewej. Czucie zachowane. Następnych dni ruchy zaczęły się poprawiać, lecz nagle przysła śmierć w objawach śpiączki (*coma*) i drgawek podobnych do padaczkowych (*convulsiones epileptiformes*). Przy badaniu pośmiertnym: na półkuli prawej, w miejscu połączenia zawoju czołowego średniego z zawojem czołowym wstępującym ognisko rozmiękczenia czerwonego (*ramollitio rubra*) wielkości więcej niż franka, zajmujące istotę szarą korową. Prócz tego małe ognisko na zrazie potylicowym. (d. c. n.)

## O sztucznej żywności noworodków i niemowląt.

Podał dr. J. Sznabl.

(Ciąg dalszy—Zobacz Nr. 22, 23, 24, 27—32 i 34).

III. Mączka GERBER'A w Thun. N. GERBER wyrabia (w odmienny sposób) mączkę zbliżoną do mączki NESTLE'GO. Według prof. dr. DEMME'GO <sup>1)</sup> żywienie zgęszczeniem przetworami mleka i mąki dziecięcej d-ra GERBER'A dawało pomyślniejsze wyniki, aniżeli żywienie mlekiem szwajcarskim zgęszczeniem (*anglo-suisse condensed milk*), ponieważ przy pierwszych dzieci przybierały dziennie na wadze 12 do 18 gm. gdy przy drugim 5 do 10 gm. tylko; przy wyłącznym zaś żywieniu mączką N. nie otrzymano większego przybytku jak 10 do 18 gram dziennie. Dzieci odstawione od piersi i żywione mączką GERBER'A szybciej przybierały na wadze aniżeli przy innym pożywieniu. Tylko dobre mleko krowie stanowczo dawało lepsze wyniki „jeżeli tylko było znoszonym”. DEMME wraz z ZWEIFEL'EM i FLEISCHMAN'EM utrzymuje, że dziecię może dostawać pokarm mączny dopiero począwszy od 8—12 tygodnia życia. GERBER nie wspomina w swej broszurze o sposobach przygotowania swej mączki: wiadomo tylko że używa także mąki pszennej utrzymując, że takowa „w najmniejszej objętości zawiera wszystkie do wzrostu ludzkiego potrzebne części pożywne. Mąka pszenna składa się z mieszaniny materij pożywnych, podobnej do mleka (wyjąwszy brak wody); znajdujemy w takowej też same co w mleku sole nieorganiczne przeważnie potażowe i związki fosforowe pomieszane z obfitymi isto-

<sup>1)</sup> *Med. Times and Gazette* 1875.

<sup>2)</sup> *Bulletins de la Société Anatomique* 1874 pag. 196.

<sup>3)</sup> *Progrès médical* 1878. Nr. 11 pag. 201.

<sup>4)</sup> *Jahresbericht des J. Kinderhosp. in Bern.*

tami organicznymi należącymi do białkanów, wodorów węgla i tłuszczów; ostatnie wszakże w niewielkiej ilości". Obecność jednakże wszystkich tych materij w mące pszennej jeszcze nie dowodzi, ażeby takowe znajdowały się w odpowiednich odsetkach. W mące pszennej jest więcej skrobi niż w jęczmiennej i owsianej, materji zaś proteinowych nie jest więcej.

IV. Mączka dziecięca FAUSTA i SCHUSTER'A w Göttingen znana od lat kilku i przez H. MÜLLER'A bardzo zalecana; wynalazcy ogłosili rozbiór chemiczny swej mączki, takową przygotowują ze świeżego mleka lecz nie „szwajcarskiego”, gdyż aromat jaki na wiosnę i w lecie mleko szwajcarskie posiada ginie zawsze podczas gotowania, niema zaś żadnej różnicy w składzie chemicznym mleka zwykłego i szwajcarskiego. Mączka ta odznacza się dobrym smakiem i taniością.

Według rozbioru prof. USLAR'A. takowa zawiera:

Ciał proteinowych 11,51, wodoru węgla 79,61, soli nieorganicznych 1,80, wody 6,73, potażu 28,0, kwasu fosforowego 32,0.

W wodzie zimnej z części stałych powyższej mączki rozpuszcza się 36,70%, nierozpuszcza 56,01% i glikozy 4,31%.

V. Mączka dziecięca TIMPE'GO z Magdeburga, (*Farine chocolatée phosphoreuse; Timpe's Gries*). Mączka ta ma tę zaletę, że fabrykant nadał jej skład chemiczny taki, ażeby zmieszana z mlekiem krowiem była w składzie swym najpodobniejszą do mleka kobiecego. Dla dzieci od 2 do 7 miesięcznych każde danie (porcja) składa się z łyżki stołowej tej mączki zagotowanej z 6-ma łyżkami mleka i 8-ma łyżkami wody; dla starszych zaś dzieci z 2-eh czubiastych łyżek stołowych mączki z 14-ma łyżkami mleka. W razie zaparcia stolca zamiast mleka ma być użytą sama woda. Koszta żywienia mają być o połowę mniejsze aniżeli innemi surrogatami.

VI. Proszek groszkowy (*Leguminosenpulver*) zwany także mączką pożywną proteinową lub posilającą (*Protein-Nährmehl v. Kraftmehl*) według BENEKE'GO składa się z mąki soczewicy zmieszanej z mąką zbożową, zatem składu podobnego jak daleko droższa „*Revalenta arabica*”. BENEKE zaleca takową począwszy od 4—5 miesiąca życia. Łyżka stołowa tej mączki z wolną zarabia się zimną wodą i gotuje z dodatkiem odpowiedniej ilości soli na talerz zupy. Dr. FLEISCHMANN sprawdził takową od Hermana HARSTEIN'A z Niederwiese i z prób czynionych był bardzo zadowolony; okazywała się skuteczną szczególnie (co i HENNIG potwierdza) w razach podupadłego trawienia i skłonności do biegunek; niekiedy dzieci niechęciały takowej przyjmować.

VII. Proszek pożywny PARMENTIER'A składa się z sproszkowanego prażonego chleba <sup>1)</sup>.

Liczba „proszków pożywnych” jest nieskończoną; wszystkie opatrzone są w odpowiednie reklamy „wydziałów medycznych i wydatnych lekarskich osobistości”. Przytem nie są przytaczane żadne rozbiory chemiczne

<sup>1)</sup> *Pharmac. Centralh.* 1873. Nr. 16. Str. 128.

ani sposoby przygotowywania objaśnione; owe środki pożywne występują na widownią handlową jako tajemne, a więc jako takie powinny być przez ludzi sumiennych sądzone i unikane.

## II. POKARMY MĄCZNE (*Farinaceae*).

Wybór pożywienia któreby zarazem było klejkowatę i pożywnę nie jest tak trudnę jakby się napozór zdawało. Rzecz prosta że nie można zalecać pokarmów mączkowych składających się głównie ze skrobi (jak kartofle, ryż, arrow-root), główną zaś należy zwracać uwagę na pokarmy posiadające w swym składzie wyższą odsetkę ciał proteinowych.

Według rozbiorów MOLESCHOTT'A w 100 cz. mąki różnych zbóż znajduje się (oprócz wody):

	Materyi proteinowych (białkanów).	Skrobi.	Tłuszczu.	Soli, głów. fosforanów
W mące pszennej . . . . .	135	569	bardzo mało	20
„ jęczmiennej ( <i>Graupen</i> ) . . . . .	123	483		27
„ żytniej . . . . .	107	555	mało	15
„ owsianej . . . . .	90	503	40	26
„ kukurydzowej . . . . .	79	637	48	12
„ ryżowej . . . . .	51	823	bard. mało	5
„ gryczanej . . . . .	77	754	—	13

Potaż znajduje się głównie w pszenicy, magnezycja w pszenicy i kukurydzy, wapno w jęczmieniu, żelazo w jęczmieniu i owsie, kwas fosforny w jęczmieniu i pszenicy <sup>1)</sup>.

Między nasionami zbóż niema takich, w którychby stosunek części azotowych do bezazotowych odpowiadał wymaganiom idealnego środka pożywnego (1 cz. aż do 3—4 cz. bezazotowych).

Niedawno E. WOLFF zwrócił uwagę (odnośnie do pożywienia zwierząt domowych gospodarczych, Berlin 1876), że dodatek łatwo strawnej istoty proteinowej nie wywołuje żadnej istotnej zmiany w strawności pozostałej paszy, przeciwnie zaś znaczny dodatek wodoranów węgla np. skrobi pogarsza mniej lub więcej jej strawność. Jeżeli np. dodamy małą ilość skrobi

<sup>1)</sup> Porównanie składu zbóż według PELIGOT'A, FREZENIUS'A i BOUSSINGAULT'A, najbardziej do prawdy zbliżone:

	w Pszenicy	Jęczmieniu	Ryżu	Życie
Wody . . . . .	13,6	13, 9	7, 3	14,7
Skrobi . . . . .	60,8	48,06	83, 0	65,1
Dekstryny i cukru . . . . .	10,5	7,62	—	—
Glutenu . . . . .	12,5	13,18	7,15	12,5
Tłuszczu . . . . .	1,1	0,34	0, 7	2,0
Włókniaka drzewnego ( <i>Cellulose</i> ) . . . . .	1,5	13,34	1, 0	3,3
Soli . . . . .	—	3,56	0, 5	2,4



(=10% suchej paszy), wtedy trawienie proteiny zawartej w sianie nie ulega zmianom; jeżeli ilość skrobi wynosi 15%, wtedy pasza *resp.* jej białko albo proteina jest już widocznie mniej strawną, a przy podwyższeniu ilości skrobi do 25—33% strawność proteiny zmniejsza się o  $\frac{1}{3}$  do  $\frac{2}{3}$ . Należy więc pamiętać o tem że ilość skrobi mającej być dodaną do pożywienia nie powinna być zbyt wielką; jednakże pomimo to niektórzy np. PEPPER zalecają dodawać do mleka arrowroot ażeby uczynić lżejszemi, mniej zbitemi płatki ściętego sernika. Lepiej jest dodawać w tym celu gumę arabską, jakto zaleca SOLTSMANN lub żelatynę jak zaleca FLEISCHMANN.

(d. c. n.)

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

### Drażnienie i przymiot,

przez prof. B. TARNOWSKIEGO z Petersburga

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

(Dokończenie.—Zob. Nr. 33 i 34).

Powyższe poszukiwania rozwiązały pytanie co do stosunku szankra miękkiego do przymiotu, przytem wskazują one zarówno na pewne objawy które przez rozmaite drażnienia, stosownie do swego natężenia, na skórze chorych przymiotowych zawsze wywołanemi zostają.

Opierając się na tym fakcie, że objawy przymiotowe zawsze prędzej się rozwijają na miejscach ulegających podrażnieniu i że nierzadko po uderzeniu lub innem uszkodzeniu chorego przymiotowego, nieprzedstawiającego widocznych objawów choroby, w obwodzie miejsc podrażnionych wytwarza się nasięk przymiotowy, autor przedsięwziął szereg doświadczeń nad sztucznem wywołaniem objawów przymiotowych, drogą podrażnienia skóry. Okazało się najwłaściwszem przyżeganie niewielkich kawałków skóry (od 5 milim. do 1 ctm. w średnicy) masą zaprawną z kwasu siarczanego i węgla lub ciastem RECORD'A. W otoczeniu miejsca przyżęgniętego rozwijała się czerwoność zapalna, która po 9, 15, 20 dniach zwykle znikala; następnie poczynało się wytwarzanie wyraźnie ograniczonego wysięku przymiotowego, czerwono-miedzianej barwy; który z początku w kształcie wału otaczał część obwodu miejsca przyżeganego, poczem już w postaci pierścienia otaczał w zupełności strup po przypaleniu powstały. Pierścień ten miedziano-czerwonej barwy, niezupełnie znikający przy ucisku, twardy przy dotykaniu, kilka milimetrów szeroki, nadaje tak cechujący wygląd wywołanej zmianie na skórze, że pozwala z łatwością odróżnić takową od zmiany powstałej po przyżeganiu skóry człowieka zdrowego. Przy dalszym przebiegu, rozpad nowo-wytworzonego nasięku przymiotowego postępuje powolnie, strupek, stopniowo grubiejąc, mocno przylega, wał pierścieniowaty ciemniejsze i nakoniec po miesiącu a niekiedy dwóch od chwili przyżegania, strup odpada i pozostawia ciemno zabarwioną głęboką bliznę, umiejscowioną na łatwo dającym się wyczuć stwardnieniu, które ulega wchłonięciu nadzwyczaj powolnie. W innych przypadkach w 20 lub 35 dni po przypaleniu strupek jest jakby zmyty szybko wytwarzającą się ropą i masą rozpadową; wówczas na miejscu przyżegania powstaje owrzodzenie, zupełnie, co do wyglądu zewnętrznego i przebiegu,

takież same jak owrzdzenie przymiotowych głębokich niesztowie (*ecthyma*), owrzdzenie na nowo pokrywa się strupami, po odpadnięciu których pozostaje blizna. Niekiedy owrzdzenie przybiera charakter owrzdzenia pelzającego (*serpiginos*), powiększając się z jednego brzegu, a zbliżniając z drugiego, przybiera postać nerkowatą. Tego rodzaju owrzdzenia zbliżniają się niekiedy przy użyciu plastra rtęciowego. Rzadziej w obwodzie tego owrzdzenia do niesztowie podobnego, rozwijają się małe guziczki, co nadaje tym zmianom wygląd blaszki albo tak zwanej „*sypphilis irisée*”. W innych jeszcze przypadkach jednocześnie ze sztucznie wywołanem przyszcem niesztowie, tworzą się nowe przyszcze przymiotowe albo też, jak to autor raz spostrzegł, powstają rozrzucone gummata skóry (*sypphilis tuberculosa*). Tym więc sposobem zapomocą niebożącego przyżegania skóry można wywołać ceelujące objawy chorobne nietylko u chorego przymiotem dotkniętego, cierpiącego na jakiegokolwiek bądź objawy przymiotu, ale także u osobnika cierpiącego na przymiot będący w stanie ukrytym.

Z tych powodów autor nazwał przeżeganie to: *cauterisatio provocatoria* i spodziewał się że znajdzie w niem z jednej strony, prawdziwy rozpoznawczy probierz dla ciężkich przypadków przymiotu narządów wewnętrznych; z drugiej strony znamię rozstrzygające pytanie o zupełnem wyleczeniu przymiotu.

I rzeczywiście, wybierając z przypadków przez autora spostrzeganych najwybitniejsze i najbardziej przekonywujące, można wykazać odznaczające się przykłady zastosowania *cauteris. provocatoriae*. Jedno z pierwszych spostrzeżeń autora, kiedy używał przyżegania z celem rozpoznawania, odnosiło się do mężczyzny 26 lat mającego, który przed 5 tygodniami miał owrzdzenie na żołądź, które wytworzyło się na 2 dzień po spółkowaniu i leczone było zapomocą opatrunku *Aq. phagedenica nigra* i jednocześnie podawanym do wewnątrz sublimatem w większych dawkach: chory w przeciągu 35 dni zażył 20 gran sublimatu. Owrdzenie w przeciągu 2 tygodni zablizniło się w zupełności. Przy badaniu po raz pierwszy tego chorego T. znalazł: małą, miękką, zakłęsnietą bliznę okrągłą, umiejscowioną na żołądź i jeden gruczoł niebożący, miękki, wielkości orzecha w lewej pachwinie. Wszystkie inne dające się wyczuwać gruczoły były prawidłowe. Skóra i błona śluzowa nieokazywały żadnych objawów choroby przymiotowej. Ponieważ chory po kilkakroć zapadał na wyprysk części płciowych, upewniał więc ze obrzmienie gruczołów w lewej pachwinie istniało jeszcze przed rozwinięciem się szankra; kobieta z którą chory miał stosunek płciowy, po zbadaniu przez lekarza, okazała się być zdrową, a owrzdzenie wedle jego mniemania było tylko zwyczajnym wypryskiem (*herpes*) i trwało dlatego tak długo, że chory pierwszy zaraz dnia przypalił go kamieniem piekielnym. W Styczniu (15) 1873 r. wykonano *cauter. provocator.* na prawem ramieniu. Dnia 2 Lutego na około miejsca przyżegnietego rozwinął się bardzo charakterystyczny nasiek w postaci okrągłego pierścienia, a także ograniczone zgrubienie skóry. Wówczas rozpoznano stanowczo chorobę przymiotową. Po odpadnięciu strupa powstałego po przypaleniu, na nowo wytworzył się strup brunatny, otoczony szerokim pierścieniem miedziano-czerwonej barwy. W grubości skóry dało się wyczuć ograniczone stwardnienie; widocznem było wielkie podobieństwo do głębokich przymiotowych niesztowie. Chory, który pomimo tego nieuważał się za przymiotem dotkniętego, był pozostawiony bez leczenia. W dniu 7 Maja wytworzył się guzik, o 1 ctm. oddalony od zabarwionej blizny, która powstała na miejscu przyżegnietem i usadowioną była na dobrze dającym się wyczuć stwardnieniu. Po dwóch dniach wytworzył się drugi guzik, po 12 zaś dniach cała powierzchnia blizny była pokryta soczewi-

cowatemi guziczkami, które jednocześnie pojawiły się na czole, dłonicach, grzbiecie i na około otworu stołcowego.

Co do drugiego spostrzeżenia, to odnosi się ono do żołnierza 45 lat liczącego, który cierpiał przed 15 laty na szankra i dymienieć ropiejącą. Chory upewniał że nie miał żadnych objawów następowych, obecnie zaś już od 9 miesięcy cierpi z powodu owrzodzenia na lewej goleni. Owrzodzenie, postaci owalno-podłużnej, około 20 ctm. długości mające, z dnem nierównym, miejscami pokryte ziarniną, otoczone było szerokim sinej barwy pierścieniem. Wieloliczne zgrubienia żył dawały się wyczuwać na obu goleniach. *Eczema marginatum* w pachwinach i w dołach pachowych; żadnych innych objawów nie udało się odnaleźć. W Lutym 1873 wykonano na prawem ramieniu przyżeganie. W miesiąc później wytworzyło się na tem miejscu cechujące owrzodzenie przymiotowe. Wówczas zalecono do użycia wewnętrznego roztwór jodku potasu. W przeciągu 3-ch tygodni owrzodzenia na goleni i ramieniu zaliżniły się. W marcu 1875 chory zgłosił się powtórnie o poradę z powodu przymiotu guzowatego (*syphilis tuberculosa*) na prawem ramieniu i na lewej stronie grzbietu.

W innym przypadku przyżeganie, wykonane z celem rozpoznawczym, pozwoliło prof. TAR. oznaczyć charakter cierpienia nerwowego. Chory, 30 lat liczący, z bardzo niejasną anamnezą choroby, z której weale niemożna było wnosić czy cierpiał kiedykolwiek na chorobę przymiotową,—po kilkakroć poddany był leczeniu rżęciowemu i jodowemu z powodu szankrów na częściach płciowych. Kilka miesięcy temu z powodu mocnego przeziębienia twarzy, chory doznawał pewnego uczucia odrętwienia prawego policzka i prawej połowy górnej wargi, poczem stopniowo rozwijało się opadnięcie prawej powieki i rozszerzenie źrenicy tegoż oka. Objawy te to się pogarszały to polepszały, chory jednakże nigdy nie uskarżał się na bóle głowy, przyczem nietowarzyszyły temu cierpieniu żadne inne objawy. W Październiku 1874 autor wykonał *cauter. provocatoria*. Dwudziestego dnia strup był otoczony szerokim pierścieniowatym nasiękiem, zalecono roztwór *kali jodati*. Po kilku tygodniach wszystkie objawy chorobne zniknęły.

Przy pomocy takiegoż przyżegania prof. T. udało się w dwóch przypadkach wywołać cechujące objawy u chorych, którzy przez lat kilka (od 3—4) nie cierpieli na żadne objawy choroby przymiotowej.

Dotychczas wykonane przyżegania przemawiają na korzyść *cauteris. provocatoria*; nie we wszystkich jednakże przypadkach sprawdziły się oczekiwania.

Wykonawszy przeszło w 200 przypadkach przyżegania u chorych przymiotem dotkniętych, w rozmaitych okresach tej choroby, i wykonawszy około 50 przyżegań na chorych dotkniętych rozmaitemi cierpieniami skóry i narządów wewnętrznych, autor przekonał się że *cauteris. provocatoria* nie z a w s z e wywołuje u chorych przymiotem dotkniętych objawy cechujące i że u chorych wyniszczonych (*cachexia*), nie cierpiących na chorobę przymiotową, przyżeganie może niekiedy wywołać objawy bardzo podobne do tych jakie spostrzegamy u chorych przymiotowych. W okresie gummatów w ogóle *cauterisat. provocat.* rzadziej się udaje jak w okresie lepieży (*condylomata*); przy cierpieniu narządów wewnętrznych, również w niektórych przypadkach przymiotowego cierpienia kości i chrząstek, przyżeganie nie wywołuje objawów cechujących. Tak np. w dwóch przypadkach, niewątpliwie przymiotowej przyrody, cierpienia osłon mózgowych (*meningitis*), w jednym przypadku przymiotowego cierpienia wątroby, w trzech przypadkach zajęcia przymiotowego jąder (*orchitis*), *cauterisatio provocatoria* nie wywołała cechujących objawów na skórze. Wszyscy ci chorzy, mający od lat 22—40, byli dobrze odżywiani i od samego początku choroby przy-

miotowej cierpieli tylko na nieznaczne objawy skórne, albo też ich wcale nie mieli. Prócz tego, u ludzi mających skórę delikatną i drażliwą przyżeganie już w początkach choroby przymiotowej, wywoływało tak znaczne zapalenie części otaczających, że w następstwie przyczyniało się do zupełnego zaciemnienia wytwarzającego się wysięku przymiotowego. W niektórych innych przypadkach, w których przyżeganie wykonano w okresie choroby między powrotami, wówczas nieokazywały się objawy cechujące pomimo, że po 3 lub 4 miesiącach u tych chorych rozwijała się wysypka przymiotowa różycowa, lub inne objawy z okresu lepieży. Z drugiej strony u jednego chorego ze zwyrodnieniem rakowatym jądra, który nigdy na przymiot niecierpiał, przyżeganie wywołało na około strupa przewlekłe zapalenie skóry, objawiające się po 12 dniach utworzeniem wału na 1 ctm. szerokiego, barwy ciemno miedzianej; po odpadnięciu strupa pozostało nieczyste owrzodzenie, nadzwyczajnie podobne z wyglądu zewnętrznego do owrzodzenia niesztowie przymiotowych. Toż samo autor spostrzegł w dwóch przypadkach raka u kobiet. U innego chorego będącego w ostatnim okresie serowatego zapalenia płuc (*pneumonia caseosa*) i u kobiety starej 68 lat liczącej, cierpiącej na miażdżycę naczyń (*arteriosclerosis*), czerwoność zapalna na około strupa powstałego po przyżeganiu, zamieniła się po 10 dniach w wał ciemno-czerwonej barwy, 5 mil. szerokości mający i nieznikający zupełnie przy ucisku palcami; po odpadnięciu strupa pozostała zabarwiona blizna, umiejscowiona na stwardnieniu wielkości fasoli. Podobne objawy były spostrzegane w dwóch przypadkach świądu (*pruritus similis*) i w jednym przypadku zastarzałej łuszczycy (*psoriasis*).

Z dotychczasowych poszukiwań prof. TARNOWSKIEGO, dają się wyprowadzić następujące wnioski.

1) Tylko dodatni wynik *cauterisat. provocatoriae* pozwala wnioskować o chorobie przymiotowej chorego; wynik ujemny niedaje nam prawa abyśmy uważali pewne osobistości za wolne od przymiotu.

2) Dodatnim wynikiem przyżegania nazywamy taki wynik, jeżeli wytworzy się naokoło strupa powstałego z przyżegania, wał ciemno-czerwonej barwy, nieznikający przy ucisku i który obejmuje całkowicie obwód strupa a rozwija się po całkowitem zniknięciu objawów zapalnych powstałych po przyżeganiu. Wał ten wyraźnie odgraniczony i przy dotykaniu twardy, szeroki od 3—5 milim. zwolna podnosi się i przybiera barwę brunatną; po 20—30 dnia swego istnienia, poczyna powolnie zmniejszać się i znika zupełnie. Jednocześnie z wytwarzaniem się wału, pod strupem wytwarza się wyraźnie odgraniczone stwardnienie, stopniowo powiększające się w pierwszych dniach (15—20), a potem powoli znikające. Nieobecność jednego z powyższych objawów nie czyni przyżegania dowodzącym (?R.). Po wytworzeniu się tych objawów następuje odpadnięcie strupa i zastąpienie takowego przez nowo-wytworzony, albo też wytworzenie się owrzodzenia okrągłego lub pęczającego, lub też utworzenie na około miejsca przyżeganego guziczków, przyszczów niesztowie lub guzików większych (*tubercula*) jako nowe dowody dodatniego wyniku *caut. provocatoria*.

3) Zapalne objawy odczynowe naokoło miejsca przyżeganego, jeżeli po 10, 15 dniach nie znikają zupełnie, to czynią niemożliwym spostrzeganie stopniowego wytwarzania się nasięku i tym sposobem pozbawiają przyżeganie znaczenia rozpoznawczego. Tego rodzaju przypadki najczęściej przytrafiają się u osłabionych i wyniszczonych chorych, niecierpiących na przymiot. Odpadnięcie strupa wywołane obfitem ropieniem pod strupem i w częściach go otaczających w pierwszych 5—10 dniach, również niepozwała na wyprowadzenie prawdziwego wniosku o wyniku przyżegania. Nie-

mniej w przypadkach gdy się rozwija w obwodzie miejsca przyżeganego pryszczycą, różą, *furunculosis*, lub nastąpi otacsalnie oderwanie strupa, uderzenie miejsca przyżeganego, rozdrapanie otaczających części i t. p. wszystko to czyni wynik przyżegania wątpliwym.

4) U ludzi u których skóra jest mało wrażliwą na rozmaite bodźce otrzymujemy najbardziej wybitne wyniki po *cauteris. provocatoria*. U ludzi młodych, z dobrem odżywianiem opierając się na przyżeganiu można daleko łatwiej prawdziwe wyprowadzić wnioski, niż u małokrwistych, żółzowych, skorbutycznych lub też u pijaków i ludzi starych, u których skóra znajduje się w stanie zaniku.

5) Im choroba przebiega szybciej i im wcześniej jest po zarażeniu się przymiotem, tem prawdopodobniejszem jest, że przyżeganie da wynik dodatni.

6) Przy przymiocie narządów wewnętrznych, cierpieniu chrząstek i kości w okresie gummatów w choroby przymiotowej, przyżeganie dosyć często daje wynik ujemny. Toż samo daje się spostrzegać niekiedy w okresie między powrotami wczesnych postaci przymiotu powolnie przebiegającego.

7) Przyżeganie prawie zawsze daje wynik wybitny i dodatni, jeżeli wykonane będzie w drugim okresie zarażenia, mianowicie u chorych nieleczonej rżęcią.

8) Ponieważ wnioski które wyprowadzamy o dodatnim i ujemnym wyniku przyżegania, opierają się na objawach powstających po przyżeganiu u zdrowego i przymiotem dotkniętego, przeto każdy który chciałby użyć *cauteris. provocat.* jako środka rozpoznawczego, powinien wykonać przyżeganie przedewszystkiem u człowieka zupełnie zdrowego i u chorego przymiotem dotkniętego w 2-im okresie choroby, który dotychczas wcale nie używał dla leczenia rżęci i powinien zbadać przebieg tego przyżegania.

Jeszcze jedna uwaga. Opisane objawy wywołane przez przyżeganie, w niektórych przypadkach, bądź to zależnych od osobistości chorego lub innych warunków dotychczas mało znanych, mogą być w zewnętrznym wyglądzie zmienione i przyjmują postać, która do pewnego stopnia zaciemnia zewnętrzne różnice i odejmuje przyżeganiu wartość rozpoznawczą. Dlatego uciekając się do *cauteris. provocatoria* koniecznem jest z jednej strony mieć pewną wprawę w spostrzeganiu objawów powstałych po przyżeganiu zdrowego i przymiotu dotkniętego, a z drugiej strony największą ostrożność w wyprowadzeniu wniosków należy zachować, ponieważ tylko na wyraźnie dodatnim wyniku rozpoznanie może być oparte.

W zakończeniu należy nadmienić że do *cauter. provocator.* jako środka rozpoznawczego rzadko się uciekać potrzeba, ponieważ mamy zwykle bardzo wiele objawów choroby przymiotowej. W przypadkach najtrudniejszych do rozpoznania (*syphil. visceralis*) przyżeganie daje wynik ujemny albo wątpliwy.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**0 skuteczności i działaniu jodoformu.** Lecznictwo jest na drodze wzbogacenia się nowym, dotychczas zaniedbanym środkiem, którego przyszłość w ponętnych przedstawia się barwach, jeśli tylko dalsze spostrzeżenia okażą, iż nie zawześnie palono mu kadzidła. Mamy tu na myśli „List otwarty do prof. C. BINZ'A w Bonn” napisany przez J. MOLESCHOTT'A prof. w Turynie „O działaniu leczniczem jodoformu” (*Wiener med. Wochens.* 1878, Nr. 24—26), w którym autor „wielką przepowiada mu przyszłość”, oddał mu bowiem tak wielkie usługi, iż w jednym z nim szeregu może postawić tylko—ziwną wodę i chininę. Przekonania swe opiera M. na własnych doświadczeniach, robionych od

r. 1870. Po raz pierwszy użył on jodoformu przy nabrzmieniu zółwem gruczolów chłonnych szyjowych (*scrophulosis*), u młodego mężczyzny, i to więcej tytułem próby, gdy najrozmaitsze leki do wewnątrz i zewnątrz, całemi latami, zadawane, nie wywierały żadnego widocznego wpływu. Mianowicie, zalecił on pędzlowania, rano i wieczorem, gruczolów powiększonych, mieszaniną 1 cz. jodoformu i 15 cz. *Collodii elastici*. Już po miesięcznem takim postępowaniu, gruczolły zmniejszyły się do połowy, po dalszym  $1\frac{1}{2}$  miesiącu—prawie znikły, a w pół roku po rozpoczęciu leczenia, nie zostało ani śladu poprzedniego ich cierpienia. Autor przytacza w krótkości kilka innych podobnych przypadków prędkiego wyleczenia nabrzmień gruczolów chłonnych szyjowych i pachwinowych, przy użyciu jodoformu w postaci powyższej mieszaniny z kleiną, lub maści (1 cz. jodoformu na 15 cz. tłuszczu). „Koroną skuteczności” środka w mowie będącego przy obrznięciach tkanek limfatycznych, ma być wpływ jego na powiększenie białaczkowe śledziony (*leukaemia*). U chorej z białaczką szpikową, u której śledziona była w dwójnasób zwiększona, stosunek ciałek białych krwi do czerwonych zamiast jak prawidłowo 1:357, był jak 1:50, a nado istniały i inne objawy tego, dotychczas nietylko że nie wyleczalnego cierpienia, lecz na które wszystkie środki lekarskie nie wywierały prawie żadnego wpływu; otóż powtarzamy, u takiej chorej pędzlowania okolicy śledziony *jodoform-collodium* przyniosły zdaniem MOLESCHOTT'A, bardzo znaczne polepszenie, śledziona bowiem zmniejszyła się, stosunek ciałek krwi zbliżył się do zwykłego, biegunka prawie ustąpiła. Dalej, jodoform okazał się skutecznym w obrznięciu przymiotowem gruczolów chłonnych (*sypylis*), przy zapaleniu jądra (*orchitis*), którego rozejście się (*resolutio*) następowało wielokrotnie już po 5—8 dniach użycia zewnętrznego *jodoform-collodium*. W tenże sam sposób stosowany przyspieszał wchłanianie (*resorbtio*) wysięków zapalnych i przesięków w jamy: opłucni, osierdzia, otrzewni i pajączą, tak iż M. przyjął za zasadę nie robić przekłowań (*punctio*) tych jam, dopóki nie spróbuje działania jodoformu. Szczególnie wielkie zalety przypisuje M. jodoformowi w *hydrocephalus acutus* u dzieci, gdzie go używał w 5 przypadkach, z tych w 3, z pomyślnym skutkiem. W cierpieniu tem stosował jodoform 3—4 razy dziennie na kark, wyrostki sutkowe, skronie i czoło. „Gdyby mi, mówi autor, jodoform żadnej nie oddał usługi, prócz tej iż zachwiał wiarę moją w bezwarunkową niewyleczalność *meningitidis tuberculosae*, to i tak uważalbym sobie za obowiązek, śpiewać hymny dziękczynne na cześć tego leku.” W przypadku *hygroma cysticum patellare*, po 2-tygodniowem używaniu jodoformu, nastąpiło wyleczenie. Także „znakomite” skutki widział w 2 przypadkach przewlekłego zapalenia stawów. W jednym z nich miał do czynienia z zapaleniem ropnem lewego kolana, w drugim,—z zapaleniem grzybowatym (*fungosa*) stawów lewej stopy. Prócz własności rozpuszczających (*resolvens*), przyspieszających wchłonięcie (*resorbens*) jodoform ma mieć jeszcze inną, usmierzającą ból, która go czyni „bratem chloroformu.” Dla tych to przymiotów, zastosowany w dniu (*arthritis*) już po 24 godzinach znosi ból i inne objawy zapalne. „Mniej pewnie” działa środek omawiany w przewlekłym gościec stawowym (*rheumatismus articul. chronicus*), a zupełnie okazał się bezskutecznym w gościec ostrym. Jako środka znieczulającego próbował M. jodoformu skutecznie przy różnych nerwobólach (*neuralgia intercostalis, cardialgia, ischias, neuralgia articulorum*). Autor przytacza przypadek w którym prócz nerwobólu międzyżebrowego miało być i zapalenie przymiotowe mięśnia sercowego (*myocarditis sypylitica*) o czem wniósł, przy nieobecności cierpienia zastawek i otworów sercowych, z wielkiej niespokojności jaka następowała przy najmniejszym ruchu, z zawrotu głowy, bicia serca. Otóż w tym przypadku nastąpiło wyzdrowienie przy użyciu jodoformu zewnątrznie i do wewnątrz w pigułkach, w dawce od  $\frac{1}{5}$ — $1\frac{1}{2}$  gr. (5—10 ctmr.) na dół. Wreszcie stwierdził skuteczność jego w przypadku zapalenia nerwu kulszowego (*neuritis ischiadica*) powstałym po przebytej durzycej brzuszej (*typhus abdominalis*). Otóż i tak już spory bukiet patologiczny, jaki miał zniknąć pod wpływem jodoformu, a jednak autor dodaje iż dalekim jest od tego, by miał „męczyć czytelnika wylizaniem wszystkich mnogich usług, jakie mu oddał jodoform”. Ujemną jego stroną ma być, nie tyle wstrętny, ile przejmujący zapach, zwiększający się jeszcze przy pomieszaniu go z kleiną, prawie uniemożliwiający podawanie go do wewnątrz. Dla uniknięcia, o ile można, tej niedogodności, M. radzi go trzymać w pudełkach blasza-

nych, przez co za jedną drogą zapobiega się łatwemu rozkładowi jodoformu, jaki ma miejsce pod wpływem światła (z żółtego staje się brązowym), a miejsca ciała na których znajduje się ten środek pokrywać grubą warstwą guttaperki, wreszcie, jeśli się to da robić, używać go tylko na noc, a rano zmywać wodą mydlaną. Drugą wadą jodoformu jest to, iż powoduje niekiedy bicie serca, zwłaszcza u osób nerwowych. Lecz jak nie ma nic złego pod słońcem, mówi przysłowie, co by nie wyszło na dobre, tak i tym razem, właśnie ta wada naprowadziła M. na myśl zadawania jodoformu w przypadku niedostatecznie wyrównywanej wady zastawki dwudzielnej, gdy mięsień serca w skutek zbyt wielkich przeszkód kurczył się nieprawidłowo i niedostatecznie. Zadawał po 1 gr. (6—7 ctgrm.) dziennie w pigułkach, co miało sprawić iż już po 2 dniach mięsień serca ustatkował się. „Serce które przedtem do tyła zapomniało prozody, iż na wyścigi wybijało trybrachie, dactyle, pyrehichie, trochee i jamby, przeszło w tak spokojne i poważne aleksandryny, iż najzupełniej uspokajało słuchacza, którego przestraszało tak często zbyt swą nieregularnością. I skutek ten spostrzegano kilkakrotnie w tej samej chorej w dłuższych przedziałach czasu. Podobne spostrzeżenia zrodziły w autorze pytanie: czy jodoform w dawce  $\frac{1}{5}$ — $1\frac{1}{2}$  gr. dziennie wewnątrz brany, nie jest powołany „do zostania rywalem” małych dawek naparstnicy (*Digitalis*), które, jak wiadomo, czynią skurcze serca silniejszymi i regularniejszymi. Na zakończenie M. wlicza poważny poczet lekarzy wszech narodowości, którzy zachwalali jodoform w trudno gojących się owrzodzeniach przymiotowej i innej przyrody, w raku macicy, szczelinach odbytu (*fissura ani*), w sromościsku (*raginismus*), w cierpieniach gruczołu krokowego i pęcherza moczowego i w zimnicy.

„Potężne i wielokrotne działanie” jodoformu M. tłumaczy tem, iż rozkłada się on bardzo łatwo, przy czem tworzący się jod znajdując się *in statu nascendi*, działa silniej niż w inny sposób użyty, a powtóre iż jod powstały przy rozkładzie jodoformu, dłużej przebywa w ustroju ludzkim, można go bowiem wykryć w moczu przy pomocy krochmalu i kwasu azotowego jeszcze po kilku (4—5) dniach, i to bez względu czy pada się go do wewnątrz lub zewnątrz; gdy tymczasem przy używaniu jodku potasu lub innego jakiego przetworu jodowego, jod wprawdzie pojawia się w moczu prędzej, lecz i prędzej znika, czyli innymi słowy, krócej przebywa w ustroju. Wchłanianie jodoformu przy użyciu zewnętrznem, nie ulega wedle M. żadnej wątpliwości, bo w tych warunkach, zawsze wykrywał obecność jodu w moczu. Po jednorazowym np. wtarceniu maści z 3gr. jodoformu, pojawił się jod w wydzielinie nerkowej dopiero po 25 godzinach; najwięcej go tam było w 60—72—84 godzin od chwili wtarcia w skórę; po 88 $\frac{1}{2}$  godzinach ilość jego zaczęła się zmniejszać, lecz można było go tam znaleźć jeszcze po upływie 120 godz., to jest, po 5 dniach. Po zupełnem zniknięciu wszelkiego śladu jodu w moczu, to samo miejsce które poprzednio maścią, posmarowano mieszaniną jodoformu z kleiną; jod zjawił się w moczu dopiero po 53 godzinach, i można go było tam odnaleźć przez 4 dni. I pod tą więc ostatnią postacią zastosowany jodoform ulega wchłanianiu, chociaż powolniejszemu niż w postaci maści.

W. Gajkiewicz.

**Skład chemiczny płwociny** badał szczegółowo DAREMBERG, a ważniejsze wyniki jego pracy są następujące: Płwocina osobników dotkniętych przewlekłym nieżytem oskrzeli (*Bronchitis*) znacznie się różni w składzie chemicznym od płwociny suchotników: gdy bowiem pierwsza odznacza się w ogóle małą ilości części stałych i zupełnym brakiem białka i tłuszczu, płwocina suchotników przeciwnie zawiera znaczne ilości tych ostatnich ciał organicznych oprócz, tego zawiera jeszcze obficie chlorek sodu, węgiel sodowy i fosforany (które to ostatnie składniki również obficie znajdują się w moczu suchotników). Tym sposobem gdy osobnik dotknięty nieżytem oskrzeli traci przez płwocinę około 20% ciał azotowych potrzebnych do jego istnienia, suchotnik traci w tymże samym czasie ilość takowych trzy razy większą. Wyniki pod względem praktycznym wskazują: 1) ważność zalecania suchotnikom pożywienia mięszanego (mięso, tłuszcz, jarzyny i t. p.); 2) staranie się o ograniczenie nadmiernej wydzieliny, naturalnie w przypadkach, gdzie takowe daje się skutecznie.

(*Jour. de Méd. et de Chirurg. 1877.*—*Allg. Med. Cent.-Ztg.* Nr. 21—1878). A. Sokołowski.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

**Megafon.** Tak się nazywa najnowszy wynalazek EDISON'A, autora fonografu; jest to przyrząd zapomocą którego osoby z przytępionym słuchem mogą najsłabsze tony posłyszec; gromadzi on dźwięk i wzmacnia takowy w żądanym stopniu. Trzymany przy uchu daje możność posłyszania wyraźnie szeptu z odległości 300 stóp. Edison poczynił z megafonem bardzo zadawalające próby i sam podaje następujący prosty sposób użycia: „Można megafonu w ten sposób używać jak krótkowzroczni posługują się lornetkami teatralnymi; jak te ostatnie do oczów, tak megafon do uszów się przykłada t. j. tak że rurki dotykają uszów i wtedy każdy ton w razie potrzeby 50 razy zostaje wzmocnionym. Głos można poprostu dla ucha tak regulować jak siłę wzroku oka zapomocą teleskopu”.

51 zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich, który miał się odbyć w Cassel d. 18 do 24 Września r. b. został o dni ośm przyspieszonym, a mianowicie nastąpi od d. 11 do 18 t. m. i r.

**Zmarli.** FOVILLE, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Charenton pod Paryżem, znany psychiatra i autor znakomitego dzieła: *Traité de l'anatomie du système nerveux cérébro-spinal.*

BARTELS w Kiel, autor między innymi Patalogii i Terapii nerek pomieszczonej w ZIEMSSSEN'A *Handbuch.*

LEBERT Herman b. prof. kliniki wewnętrznej w Zurichu, a następnie we Wrocławiu, od r. 1874 zamieszkały w Szwajcaryi, gdzie w Bex umarł w 65 roku życia.

BUSSARD prof. szkoły wojskowej *Val-de-Grâce.*

**Sprostowanie.** W Nr. 32 na str. 512 w wierszu 21 od góry zamiast czarne galki winno być: czarnych galek. W Nr. 33 na str. 1 w tytule zamiast skieleta winno być skieletu. W Nr. 34 na str. 544 w wierszu 28 od góry zamiast 200 rs. winno być 300 rs.

## OGŁOSZENIA.

## ASENIZACYJA MIAST

Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych.

Opracował dr. St. Markiewicz, z Soczewki.

Osobne odbicie z Dodatków do MEDYCYNY w r. z. i b. dołączanych. Warszawa 1878 str. 80 z 9-iu drzeworytami. Sprzedaje się w biurze redakcyi MEDYCYNY po kop. 50.

## Laryngoskopia d-ra A. Jurasza.

Najnowsze dzieło wydane staraniem i nakładem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Cena 2 złr. 25 kr. w. a. Nabyć można we wszystkich księgarniach. Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

## O KOŁTUNIE,

pospolicie „plica polonica” zwanym.

Napisał Henryk Dobrzycki, lekarz szpitala w Mieni Warszawa 1877, str. 300 in 8-vo majori z 24 drzeworytami.

Dzieło uwiecznione nagrodą konkursową imienia hr. Enstachego TYZENHAUZA przez Tow. lek. Wileńskie w d. 8 Maja 1876, i nagrodą imienia d-ra Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO przez Towarzystwo lekarskie Warszawskie, w d. 5 Marca r. b. przyznaną.

Sprzedaje się w Redakcyi Medycyny.

po cenie (o połowę niższej) rs. 4; z przesyłką rs. 4 kop. 20.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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