

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Sprawozdanie z ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym prof. d-ra Obalińskiego w Krakowie. Zestawili d-rowie Mężyk i Dobruchowski. (Ciąg dalszy). — Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 26 Kwietnia r. b. — Odczyty kliniczne. O niezbytach pęcherza moczowego przez prof. Guyon'a. Streścił Dr. T. Solman (Ciąg dalszy). — Krytyka i Bibliografia. Grzybki chorobotwórcze. Napisał Dr. M. Jakowski. Ocenł Prof. Dr. I. Baranowski. (Dokończenie). — Ogłoszenia.

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH W LATACH 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym Prof. D-ra Obalińskiego w Krakowie.

Zestawili D-rowie Mężyk i Dobruchowski sekundaryusze tegoż oddziału.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 18).

Złamania (*Fracturae*).

A. Niepowikłane (*fr. simplex*).

Wszystkich przypadków leczono 113.

Rozpadają się one jak następuje.

- a) Złamań szczęki dolnej: u 1 m. i 1 kob. Oba wyleczone.
- b) „ „ górnej, mianowicie wyrostka zębodołowego, 2 przypadki u mężczyzn.
- c) Złamań obojczyka u 5 mężczyzn i 2 kob. U pierwszych wszystkie wyleczone; u drugich jeden przypadek z polepszeniem (chora wyszła na własne żądanie).
- d) Złamań kości ramiennej: 8 przypadków u mężczyzn, z których wszystkie wyleczone, a jeden z polepszeniem; i 3 u kobiet, z których jedna umarła na suchoty płucne.
- e) Złamań obu kości przedramienia: u 4 męż., z których wszyscy wyleczeni, a jeden z polepszeniem, i u 1 kob., która z polepszeniem opuściła oddział.
- f) Złamań kości łokciowej: 8 przypadków u mężcz., wszystkie wyleczone; podobnie jak 4 u kobiet.
- g) Złamań kości szprychowej u 3 m. i 3 kob., wszystkie wyleczone.
- h) Złamań kości śródrezcza palucha, 1 przypadek u kobiety, która wyszła z polepszeniem.
- i) Złamań falangi palca V-go, 1 przypadek u mężczyzny, który wyszedł wyleczony.
- k) Złamań kości udowej u 20 m., z których 14 wyleczonych, 2-ch wyszło z polepszeniem, śpiesząc się do domu, 3-ch b. starych ludzi ze złamaniem śródtorebkowem wyszło nieuleczonych, jeden zaś zakończył się śmiercią. Przy-

padek ten rozpoznany jako *fractura femoris spontanea*, właściwie nie powinien tu należeć, gdyż w tym razie rozpoznano *osteosarcoma femoris*, które było usadowione około krętarza dużego. Z tego powodu przystąpiono do wyluszczenia kończyny w stawie biodrowym. Pomimo jednak tego wystąpiły przerzuty w organach jamy brzusznej, które spowodowały śmierć.

Kobiet leczono 4, z których 2 wyleczone, 1-na ze złamaniem zewnątrz torebkowym wyszła z polepszeniem; 1-na ze śródtorebkowym, wyszła nie uleczona.

l) Złamań podudzia: u 9 mężcz. wszystkie wyleczone; podobnie jak u 5 kobiet.

m) Złamań goleni: u 6 mężcz. i 1 kob., wszystkie wyleczone.

n) „ strzałki: u 2 mężczyzu wyleczone.

o) „ kostek (*malleoli*) 6 przypadków u mężczyzn 1 u kobiet, a wszystkie wyleczone.

p) Złamań kości śródstopia: 3-iej, 4-ej i 5-ej u 1 mężczyzny wyleczone.

q) Złamań żeber: u 4-ch mężcz. wyleczone, 1 przeniesiony na oddział chorób wewnętrznych, z przyczyny zapalenia następowego opłucny. 4 kobiety wyszły z polepszeniem.

r) Złamań kolumny pierszowej w 2-ch przypadkach u mężczyzn. Jeden z nich dotyczył mężczyzny który spadł z dachu wysokiej kamienicy. Znalaziono kręg XII grzbietowy nad inne wystający, bolesny; obrzęk pomiędzy tym kręgiem a I lędźwiowym. Obie kończyny w równym stopniu pozbawione ruchu, czucie mniej upośledzone, które miejscami utrzymuje się. Umiejscowienie wrażenia bólu dokładniejsze na kończynie lewej, wrażen zaś bodźców termicznych przeważnie mylne. Mocz i kał chory oddaje bezwiednie. Piątego dnia wystąpiły bóle to rwące, to strzykające w kończynach. Terapia polegała na spokojnem leżeniu chorego, na stosowaniu pęcherzy z lodem, na opróżnianiu pęcherza moczowego cewnikiem, w końcu na stosowaniu elektryczności. Po kilku posiedzeniach codziennych, ruchy ograniczyły się do szczupłych grup mięśni, uczucie mrowienia pozostało, porażenie pęcherza i kiszek stolcowej ustąpiło. Chory wyszedł do domu w stanie znacznego polepszenia.

W przypadku drugim, w którym chory spadł z drzewa, nastąpiło złamanie kręgu V grzbietowego. Zmiany chorobowe tem się różniły od przytoczonych w przypadku poprzednim, że utrata ruchów dotyczyła również kończyn górnych, przypadki zaś nerwowe polegały głównie na kurczach tępcowych bardzo bolesnych, występujących w kolanach. Chory opuścił zakład z pewnem polepszeniem. Jakkolwiek zwichnienie kręgów, wstrząśnienie i stłuczenie rdzenia kręgowego, w połączeniu z wybroczynami ze spłotów żylnych do opon rdzenia, zupełnie podobne objawy wywołać mogą, to jednak za złamaniem w przypadkach tych zdawała się przemawiać, w pierwszym jakby przesunięcie na bok wyrostka ciernistego, w drugim jak gdyby ruchomość połowy kręgu. Trzeszczenia wykazać wprawdzie nie było można, bo też wogóle występuje ono w wyjątkowych tylko warunkach, zwykle zaś samo już badanie, tak bardzo utrudnione u podobnych chorych, rzadko istotne złamanie udowodnić zdoła.

Cała ta grupa złamań prostych zawiera 113 przypadków, które leczono już to zakładaniem opasek gipsowych, już to klejowych, lub apreturowych, już stosowaniem przyrządów wyciągowych w przypadkach ze skróceniem połączonych, przyjmując za zasadę usuwanie chorych, bliżej zwłaszcza mieszkających, skoro się przekonano, że opatrunki ustalające dobrze na nich leżą, z poleceniem zgłaszania się na oddział celem ich zdjęcia.

B. Złamania powikłane (*Fr. Complicatae*).

Obejmują przypadków 24; 16 mężcz. i 8 kob., które rozpadają się jak następuje:

a) **Złamanie sklepienia czaszki.** Leczono u 1 mężcz. którego cięto pałaszem. Rana 10 ctm. długa przebiegała od łuku brwiowego ku tyłowi rozwarta w środku na $1\frac{1}{2}$ ctm. drążąca do mózgu, który było widać w głębi pulsującym, z opon огоłoconym, czerwonym, pokrytym brudną, szarą wypociną. Błazka zew. k. czołowej odlupana, dosyć ruchoma, kształtu podłużnie przeciętej elipsy, której oś długa wynosi do 6 ctm. 9-go dnia leczenia chory miał się znacznie lepiej, a ciepłota przedtem dochodząca $40^{\circ}6$ počęła spadać, gdy raptem podniosła się do $40,5^{\circ}$ wystąpiła senność, brzegi rany pokryły się żółtawym nasiekim, a dno szare i więcej wystające (*fungus cerebri incipiens*). Śmierć nastąpiła 12 dnia śród objawów zapadu. Sekcja sądowo-lékarska wykazała rozległe ropne zapalenie opon na wypukłości mózgu.

Raz u kobiety leczono złamanie kości ciemieniowej prawej z nieznacznem wgnieceniem odłamka i raną tłuczoną 6 ctm. długą. Chora opuściła szpital w zupełnie dobrym stanie, z raną niezupełnie zagojoną.

b) **Złamanie podstawy czaszki** (kulą rewolweru). Chorego przywieziono ze Szwoszowic w stanie małej przytomności. Krwotok z nosa, gardła, uszu, wytrzeszczenie obu galek ocznych, bardziej po stronie prawej niż lewej, gdzie też i źrenica więcej rozszerzona, obie zaś nie reagują na światło. Zupełna ślepotą, słuch mniej upośledzony. Rana wejścia kuli leży na skroni prawej, wielkość okrągłego grochu, z kierunkiem ku dołowi jamy czaszki. Chory tracił przytomność, wymiotował, rzucał się na łóżku. Zmarł dnia 3-go.

c) **Złamanie szczęki dolnej.** Jeden mężcz. który wyszedł z polepszeniem.

d) **Złamanie barku** (*humeri*) u 2-ch męż. którzy wyszli wyleczeni, i u 1 kob. która wyszła z polepszeniem. Jeden z tych przypadków zasługuje na przytoczenie go w krótkości. Młodzieniec 22-letni, pracując w jednej z tu-tejszych fabryk maszyn rolniczych, porwany przez pas i wokoło wału transmissyjnego obracany, doznał następujących obrażeń: Cała kończyna górna obrzękła; w górnej zew. połowie ramienia rana darta i szarpana, około 10 ctm. długa a do 6 szeroka. Z rany tej sterczą kawałki poszarpanego m. trójgłowego i końce złamanej kości. Noga lewa a mianowicie podudzie i kolano znacznie obrzękłe, podudzie na zew. wywrócone. W stawie kolanowym wyczuć się daje fluktuacya (rozpoznano wybroczynę). Chorego zaraz zachloroformowano, apo przekonaniu się, że naczynia i nerwy ramienia są utrzymane, usiłowano całą oca-lić kończyne. W tym celu po ułożeniu ręki we właściwej pozycji, zespojono

mięsień trójgłowy szwami katgutowymi, zeszyto płaty rany szwami płytkowymi i szwem kuśnierskim jedwabnym, a w kąty rany pozakładano sączki. Kończynę ułożono na szynie. Przynależąco Potaina wypompowano wybroczynę ze stawu kolanowego i przekonano się, że więzadła boczne zew. kolana są zerwane, rzepka wraz z więz. wyparta, kłykieć zaś zew. oderwany. I tę kończynę ułożono na szynie. Kończyna dolna prawa w całości bezwładna, a w okolicy główki kości strzałkowej, rozległy obrzęk i siniec. W 6 tygodni rana na ramieniu prawie całkiem się zagoiła i kość ramieniowa zrosła; w 4 zaś tyg. nastąpiło zupełne wessanie wybroczyny w stawie kolana. Kłykieć jednak kolana przyrosłszy nieprawidłowo, sterczał zanadto ku zew., ruchomość na boki w kolanie była b. znaczna, przygięcie zaś podudzia tylko do pewnego stopnia możebne. W nodze prawej po pewnym czasie objawiło się porażenie stopy, mianowicie zginaczy tejsze, a stopa własnym ciężarem opadała na dół. Czucie i lokalizacja dobre. Ze względu na obrzęk i siniec około główki strzałki przypuszczano obrażenie nn. łydkowych, zastosowano przeto prąd elektryczny i mięsienie, skutek jednak był bardzo nieznaczny. Uwzględniwszy przeto porażenie częściowe kończyny dolnej i brak należytej podpory, z powodu zerwania więzadeł w stawie kolanowym lewym, postanowiono wzmocnić tę ostatnią przez wykonanie rezeceji stawu. Po dokonaniu operacji nastąpiła zupełna nieruchomość, zupełne zrośnięcie się kości. Ponieważ jednak porażenie stopy utrzymywało się, przeto zastosowano bót z maszynką utrzymującą stopę w zgięciu. Chory ten przybył na oddział 28 Lutego, a wyszedł 7 Września tegoż roku, o jednej łasce i kuli. W parę tygodni porzucił kulę, a następnie łaskę i trzewik z maszynką, albowiem przy ruchach wystąpiła władza w porażonej stopie. Byłego chorego widuje się często chodzącego doskonale, po ulicach miasta.

e) **Złamanie przedramienia.** Leczone u 2-ch mężcz. gdzie sprawa zakończyła się amputacją, i u 1 kob. która wyszła z polepszeniem.

f) **Złamanie k. łokciowej.** U 1 kob. która wyszła wyleczona.

g) **Złamanie k. udowej** u 1 mężcz. gdzie rozpoznanie opiewało: *Fractura compl. femoris, lumeri, nec non simpl. radii*, zakończyło się śmiercią. Człowiek ten spadł z pieca wapniarskiego, a zmarł śród objawów mózgowych.

h) **Złamanie podudzia** 11 przypadków; u 7 mężcz. i 4 kob. Z tych 4 mężcz. wyszło wyleczonych, z których u jednego wykonano amputację podudzia. Zasługuje w tej grupie na przytoczenie pewien przypadek, który prawdziwie powikłanym nazwać należy, gdzie wszelkimi siłami starano się utrzymywać kończynę, gdzie natężenie i zbiór niepomyślnych przypadków chorobowych zdawały się walczyć o lepsze z zabiegami leczenia. Przedsiębiorca robót kolejowych, najechany wagonem, opatrzonej przez lekarza na miejscu, z przynależąco gipsowym do szpitala przywieziony został. Zbadanie kończyny w uspieniu wykazuje: Kolano b. obrzękle, poniżej tegoż sterczy odłamek kostny przez przebite części miękkie, tamże nieprawidłowa ruchomość i chrupanie. Skóra pokryta mnogimi pęcherzami, wypełnionymi surowicą, a przez wyż wspomniany otwór, sączy się obficie cuchnąca ropa. Bóle znaczne, ciepłota 39^o6. Odsłonięto miejsce złamania cięciem do 6 ctm. długości i wydobyto wiele odłamków drobnych i większych, wolnych, lub poprzyczepianych do okostny. Obrównano

ostre odszczepy a opatrzywszy ranę antyseptycznie, ułożono odnogę na szynie. Przez 2 tygodnie opatrywano ranę, która prawie zupełnie ziarniną się wypełniła a skoro pozostała jeszcze znaczna ruchomość w miejscu złamania, zastąpiono szynę opatrunkiem ustalającym ze szkła wodnego, z odpowiednio wyciętym oknem, gdy zaś opatrunek ten okazał się zbyt kruchym, zmieniono go na karukowy. Chory nie gorączkuje od czasu racjonalnego zbadania rany i w 2 miesiące od wstępnego rękoczynu, poczyną przechadzać się na kulach. Wkrótce jednak na obu kończynach dolnych występuje rozległa róża bąblasta, po ustąpieniu której znaczne pogorszenie w ranie, oraz tworzenie się licznych ropni na podudziu chorem, z nekrozą skóry na pięcie, po oddzieleniu się której została duża lejkowata rana, głęboko drążące i b. obficie wylewająca ropę. Ponowny napad róży na ramieniu, nosie, udzie, a chory osłabiony, coraz bardziej upada na siłach. Jednocześnie chory poczyną użalać się na bóle i odęcie brzucha, śród stanu apatii, w jaką popadł, oddaje stolce pod siebie, na których tu i owdzie prążki krwi. Gdy w dni parę z powodu zatwardzenia i kolek podano olej rącznikowy, odeszły czarne stolce w kawałkach, ze krwi spieczonej złożone, w drugiej zaś połowie wypróżnienia, stolec był zupełnie prawidłowy. Po naradzie lekarskiej z zaproszonym internistą, uważając ten stan jako ropniowo-chroniczne zatorowanie naczyń niszczących, zgodzono się podawać łagodne leki czyszczące, po których stolce bywały obfite, prawidłowe, bez domieszki krwi. Zalecono też belladonę i proszki gumowe. Przez miesiąc jednak pojawiały się od czasu do czasu stolce krwawe z towarzyszeniem bólu i odęcia, przez który to czas pootwierano kilkanaście ropni, w rozmaitych miejscach ciała i wydobyto wiele nekrotycznych części. Sprawa gojenia postępowała b. powolnie, tak, że chory wyszedł w 7-ym miesiącu swego w szpitalu pobytu, zaopatrzony w przyrząd stalowy podpierający słabą jeszcze kończynę. Jako 5 przypadek wyleczony, jest złamanie obu podudzi, w którym jedną kończynę leczono ułożony na szynie, drugą zaś rusekowano, z powodu zbyt wielkiego zboczenia odłamków, i założono szwy srebrne; 2 przypadki śmiertelne; z których jeden z rozlaną gangreną podudzia, skutkiem naciągania kończyny przez jakiegoś wieśniaka. Tu pomimo beznadziejnego stanu dokonano odjęcia uda, lecz chory zmarł nazajutrz z objawami tęcza i szczękociśku. Drugi podobny przypadek z raną na podudziu b. zaniedbaną, wydzielającą ciecz posokowatą, zakończył się także objawami tęcza. Skóra i białkówki żółtawe, suchość języka. Uznano w tym razie wszelką pomoc chirurgiczną za spóźnioną, a chory zmarł w parę godzin.

Z 4-ch kobiet 2 wyszły wyleczone, 1 z polepszeniem, 1 zaś ze złamaniem obu podudzi, skutkiem spadnięcia z III piętra na bruk, zakończył się śmiercią. Chorą przywieziono nieprzytomną, bladą, z tętnem prawie niewyczuwalnym, objawami Stockesa. Zgon tegoż dnia śród drgawek.

i) Złamanie kostki z w. (*malleolus ext.*) 1 kob., która wyszła z polepszeniem.

k) Złamanie k. śródstopia palca I i II-go u 1 męż. gdzie nastąpiło wyleczenie.

Oparzenia (*Combustiones*).

Leczono 38 przypadków 29 mężcz. 9 kob.

Wyleczonych 23 „ 6 „

Z polepszeniem 4 „ 1 „

Niewyleczony 1 „ (niechciał pozostać w szpitalu).

Umarło 1 „ 2 kob.

Te ostatnie uległy oparzeniu większej połowy ciała; mężczyzna zaś oparzony przy rozsadzaniu skał prochem. Na ramieniu poniżej stawu rana jamista wielkości talara, dno której czarne, zwęglone, zawiera naczynia i nerwy pachowe. Wydzielina ropna, brudna b. obfita, ciepłota prawidłowa, tętno drobne, drugiego dnia po przybyciu śmierci nagle z objawami duszności. Obok zmian w powłokach ogólnych skutkiem oparzenia, sekcyja wykazała: *Ecchymoses haemorrhagicae vastae pleurae dext. et praecipue textus cellulosi: subperitonealis, tunc subcapsularis renis dext. Hyperaemia et oedema acutum pulmonum. Degeneratio parenchym. cordis, adiposa hepatis et renum. Tumor lienis.*

Congelatio (Odmrożenie).

Dotyczyło jedynie palców nóg. Leczono 9 przypadków; u 5 m. i 4 kob.

Z tych wyszło wyleczonych 3 m. i 4 kob.

Z polepszeniem 1 męż.

Przeniesiony po odjęciu falangi palca i po wygojeniu takowego 1 m. na oddz. wew. z przyczyny nephritis. (d. c. n.)

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26 Kwietnia r. b.

Kol. Fr. NEUGEBAUER przedstawił chorą z częściowym brakiem dolnej ściany cewki moczowej. Poruszył przytem kwestyę terapii chirurgicznej w tego rodzaju przypadkach, zaznaczając, że starano się osiągnąć wyleczenie, *respective* poprawę, na trojkiej drodze, mianowicie: a) przez urethroplastykę, b) przez zeszytowanie szpary sromnej, z pozostawieniem otworu dla odpływu wydzielin moczowych i macicznie-pochwowych i c) przez zeszytowanie zupełne szpary sromnej, po uprzednim utworzeniu sztucznej przetoki pochwowo-odbytnicowej (operacya Rosera).

Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego u którego wykonał cholecystotomię. Chory przybył do szpitala z przetoką otwierającą się kilku ujściami pomiędzy 7-em i 10-em żebrzem z prawej strony w linii sutkowej. Z przetoki sączył się płyn śluzowato ropiasty i wydzielaly się drobne okruchy kamieni, które według rozbioru chemicznego dokonanego przez kol. NENCKIEGO składały się przeważnie z fosforanów. Części okalające otwory przetoki były zupełnie zniekształcone, wskutek licznych blizn powstałych częścią po dokonanych w celach leczniczych cięciach, częścią po zagojonych dawniejszych przetokach. Cholecystotomia wykonana przez kol. JAWDYŃSKIEGO, tem się wyróżniała od typowego odnośnego rękoczynu, że ażeby utorować dostęp do pęcherzyka żółciowego wśród tak zżyrodniałych tkanek, potrzeba było wyciąć część 7, 8, 9 i 10 żebra. Z pęcherzyka żółciowego wydobyto nieznaczna ilość kamienistych złogów. Przebieg pooperacyjnego leczenia był zupełnie pomyślny, pozostała jednak przetoka, celem usunięcia której kol. JAWDYŃSKI w kilka miesięcy później, oświe-

żył brzegi jej i zeszył je, a powstały brak pokrył naciągniętą z obu stron, i złączoną drugim piętrem szwów skórą. Gdy wszelako i po tym rękoczynie, pozostał z górnej części linii szwu skórno niewielki otwór, z którego stale wypływała ropa, a niekiedy i zółć, kol. JAWDYŃSKI uciekł się do kilkakrotnego przypalenia ścian przetoki, zapomocą cienkiego, przecikowatego żegadła Pacque-lin'a. W obecnej chwili przetoka zagojona jest zupełnie.

Kollega GAJKIEWICZ przedstawił 24-letniego mężczyznę, dobrze zbudowanego i odżywionego, za wyjątkiem niektórych mięśni będących w stanie chorobowego zaniku, o których poniżej będzie mowa. Choroba trwa od trzech lat, zaczęła się od prawostronnego osłabienia, a kol. G. prowadzi obserwację od roku w szpitalu żydowskim. Objawy, które się od tego czasu prawie nie zmieniły, są następujące: Prawa połowa języka mniejsza, pomarszczona, drżąca, o wiele bardziej wiotka, aniżeli lewa, daje reakcję zwyrodnienia. Na dnie jamy ustnej język zbacza na lewo, wysunięty, na prawo; ruchy na prawo ograniczone. Języczek zbacza na lewo, przy wydaniu głosu lewa połowa podniebienia mocniej się kurczy. Laryngoskop wykrywa prawostronne porażenie mięśni krta-ni, ta ostatnia i gardziel znieczulone, ale więcej z prawej strony. Lewy mięsień żwacz znacznie cieńszy aniżeli prawy, ale jeszcze się kurczy podczas żucia. Drżenie gałek ocznych (*nystagmus*) bardzo wybitne, istnieje podobno od dzieciństwa. Porażenia mięśni twarzowych nie ma, ale wyraz twarzy jednostajny. Znakomite zmiany przedstawiają górne kończyny: skóra rąk mocno zgrubiała, twarda, pokryta owrzodzeniami powstającymi za łada urazem, palce lekko zgięte, ścięgna zginać napięte, zgrubiałe, twarde, nierówne, takiemu samemu zwyrodnieniu włóknistemu uległa powieź dłoniowa; mięśnie kłębu palucha i paluszka (*thenaris*, *hypothenaris*), międzykostne zanikłe. Prawa górna kończyna jest bardziej upośledzona. Czucie zmniejszone jest na tej kończynie, na karku i prawej stronie szyi. Kończyny dolne nie są również wolne od zmian, a przedewszystkiem odruchy kolanowe są znacznie wzmożone, stopy przedstawiają takie same zmiany troficzne skóry, jak i ręce.

Kol. GAJKIEWICZ rozbiera jeden głównie objaw, mianowicie połowiczny zanik języka. Zwraca uwagę na rzadkość tego objawu, oraz że szkoła francuska uważa go za charakterystyczny dla władu rdzeniowego, REMAK zaś spostrzegał w jednym przypadku zatrucia ołowianego, ERB zaś przypadek gdzie zanik języka był jedynym objawem. Może on zależeć od zmian w samych mięśniach, od zajęcia jądra nerwu podjęzykowego na dnie 4 komórki, a wreszcie od zapalenia samego nerwu, co było spostrzeganiem przy próchnieniu kości podstawowych czaszki, ucisku przez guzy, na skutek urazu, wreszcie bez żadnej widocznej przyczyny. Kol. GAJKIEWICZ skłania się do przyjęcia zapalenia nerwu i uważa całą sprawę za *neuritis disseminata*.

Kol. GOLDFLAM był zdziwiony, że w przypadku zatytułowanym *hemiatrophia linguae*, chory oprócz zaniku języka, przedstawia tyle i tak różnorodnych innych objawów. Rozpoznanie powinno właśnie powiązać wszystkie objawy i odnieść je do właściwej formy chorobowej. Kol. GOLDFLAM nie zgadza się na rozpoznanie *neuritis disseminatae*, postawione przez kol. GAJKIEWICZA. Taka *neuritis* jest często ostrą, gorączkową chorobą, z temperaturą dochodzącą nieraz do 40° i wyżej; ważnym i stałym objawem są bóle w obrębie dotkniętych nerwów, mianowicie nerwów kończyn dolnych i górnych, gdy nerwy czaszkowe rzadko w sprawie udział przyjmują i to niektóre tylko. Porażenie mniejszego lub większego nateżenia z następczym zanikiem występuje w obrębie mięśni, otrzymujących gałązki od dotkniętych sprawą zapalną nerwów, odruchy ścięgnowe są zniesione, mięśnie i nerwy są przy ucisku bolesne sznurki. W przedstawionym przez kol. G. przypadku, gorączki ani bólów nie było, zanik nie dotyczy wszystkich mięśni otrzymujących gałązki od danego nerwu, ale jest indywidualny, tyżący się niektórych grup mięśniowych, to jest *thenaris*, *hypothenaris*, międzykostnych, nie-

dowład jest objawem mało wybitnym i w stosunku tylko będący do zaniku, na dolnych zaś kończynach porażenia ani zaniku nie ma wcale, mimo obecności odżywczych zmian skóry, a odruchy kolanowe są nawet wzmożone, z nerwów zaś czaszkowych dotknięte są wyłącznie opuszkowe. Wszystkie te okoliczności wyłączają przypuszczenie *neuritis disseminatae* i skłaniają do przyjęcia sprawy ośrodkowej. Należy tylko określić umiejscowienie i naturę cierpienia. Porażenie zanikowe języka (*nervus hypoglossus*), porażenie prawej połowy krtani, znieczulenie jej, niedowład prawej połowy podniebienia (*n. vago-accessorius*), częściowy zanik lewego żwacza (*pars motoria n. trigemini*) dowodzą umiejscowienia sprawy w rdzeniu przedłużonym i moście z obu stron linii środkowej, może nawet w samych jądrach wymienionych nerwów na dnie 4 komórki. Oprócz jednak objawów ze strony opuszki, mamy cały szereg innych, dotyczących się górnych i dolnych kończyn, wskazujących, że nie tylko mózg, ale i rdzeń jest sprawą chorobową dotknięty. Porażenie zanikowe mm. *thenaris*, *hypotheraris*, międzykostnych dowodzi zajęcia ośrodka odżywczego dla tych mięśni, to jest rogów przednich nabrzmięcia szyjowego, mianowicie komórek zwojowych tam się znajdujących. Objawy troficzne skóry rąk, znieczulenie prawej górnej kończyny dowodziłoby także istnienia ognisk chorobowych w substancji szarej rogów tylnych, może naokoło *canalis centralis* i w tylnych pęczkach nabrzmięcia szyjowego, a ze względu na odżywcze zmiany skóry stóp—także w nabrzmieniu lędźwiowym. Zwiększenie zaś odruchów kolanowych dowodzi istnienia ognisk w obu pęczkach bocznych, *resp.* piramidalnych. Widać z tego, że sprawa chorobowa jest rozsiana po mózgu i rdzeniu odpowiednio do różnorodności objawów spostrzeganych u chorego, jeżeli zaś jeszcze zwrócimy uwagę na młody wiek pacjenta, na przewlekłość, lata trwający przebieg, że już pominiemy *nystagmus* od dzieciństwa jakoby istniejący, to dojdziemy do przekonania, że najprawdopodobniej mamy do czynienia z nietypowym, rozszaniem stwardnieniem mózgu i rdzenia (*sclerosis disseminata, sclerose en plaques*).

Można by pomyśleć o *sclerosis lateralis amyotrophica*, którą to postać chorobową objawy spostrzegane u pacjenta nieco przypominają. Łatwo wszakże pominięte cierpienie wykluczyć na zasadzie tego, że występuje w późniejszym wieku, trwa krócej (koło 2 lat), do porażenia i przykurczenia górnych kończyn przyłącza się zanik na dużym obszarze mięśni, pod koniec dopiero przebiegu przyłącza się porażenie opuszkowe. Cucie nie jest zgoła dotknięte, zmian odżywczych skóry nie ma.

Wyłącza się również postępujący zanik mięśni (*atrophia muscularis progressiva*), który także właściwy jest późniejszemu wiekowi, rozpoczyna się najczęściej typowo od małych mięśni rąk, zanik szerzy się bardzo powoli, a dopiero po bardzo długim, kilkunastoletnim nieraz trwaniu wkląć się może z porażeniem opuszkowym. Cucie jest niezmienione, troficznych objawów skórnych nie ma.

Kol. GAJKIEWICZ widział przypadki *neuritis disseminatae* z zajęciem nerwów czaszkowych, przebiegające bez gorączki, zejście było pomyślne. Jeżeli przypuścić sprawę ośrodkową, to jak wytłumaczyć brak zajęcia gałązek sercowych i płucnych *nervi vago-accessorii*. Przy porażeniu ołowianem, które polega na *neuritis*, dotknięty zostaje naprzód jeden tylko wywrotny (*m. supinator longus*). Zwiększenie odruchów ścięgniastych można wyjaśnić z temi warunkami w jakich się chory znajduje, pobytem jego w szpitalu, anemią i t. d. Niewielka poprawa którą u chorego swego spostrzega, przemawia także za *neuritis disseminata*.

Kol. GOLDFLAM przyznaje że się zdarzają zapalenia nerwu, mogące przebiegać bez gorączki, są to *neuritides* z przyczyn urazowych, przy *caries*, zatruciu arsenikowym, przewlekłym alkoholizmie i t. d. Ale *neuritis disseminata v. multiplex* często bardzo towarzyszy gorączka, dane zaś przez niego wyłożone, nade wszystko zaś brak charakterystycznych bólów, istniejących w każdym przy-

padku zapalenia nerwu mięszanego, a także wzmożenie odruchów kolanowych sprzeciwiają się przyjęciu *neuritis disseminatae*.

Co do trudności objaśnienia, dla czego niektóre gałązki *n. vago-accessorii* zostały cierpieniem dotknięte, sercowe zaś i płucne oszczędzone, to fakt ten trudniej objaśnić przyjmując *neuritis disseminata*, aniżeli przyczynę ośrodkową, gdyż w ostatnim przypadku ognisko stwardnienia (*plaque*) może zniszczyć niektóre tylko komórki jądra *vago-accessorii*, inne zostawić nienaruszone.

Co do porażenia ołowianego, to pochodzenie jego obwodowe (*neuritis*) wcale jeszcze nie jest dowiedzione, a w ostatnich czasach mnożą się świadectwa pochodzenia jego ośrodkowego, mianowicie cierpienia przednich rogów substancji szarej rdzenia (*poliomyelitis anterior chronica*). W przypadku porażenia ołowianego przez siebie spostrzeganym niektóre objawy kliniczne (brak zmian czuciowych) jak i wynik sekcji (makroskopowo rozmięczenie przednich rogów substancji szarej nabrzmienia szyjowego) zdają się dowodzić zmian ośrodkowych; mikroskopowo rdzeń ten jeszcze badany nie był. Klinicznie zaś porażenie ołowiane dotyka naprzód mięśnie, zależne od nerwu promieniowego, a zaczyna się przede wszystkim od porażenia wyprostnego palców wspólnego.

Kol. KORNIEŁOWICZOWI wydaje się przypadek opisany podobnym do *lepra anaesthetica*, którą widział na klinice CHARCOTA.

Kol. OLTUSZEWSKI przypomniał przedstawiony w z. r. w Tow. lek. przypadek połowicznego lewostronnego zaniku języka, połączony z lewostronnem zupełnem porażeniem krtni i powikłany porażeniem innych nerwów mózgowych. Rozpoznanie w tym przypadku wahało się między urazem a krwotokiem w rdzeniu przedłużonym.

Kol. BRUNNER Mikołaj demonstruje przenośne aparaty do strumieni stałych i przerywanych firmy Berent i Plewiński z niektórymi ulepszeniami pomysłu tych fabrykantów. Następnie kol. B. streściwszy w krótkim rysie historię udoskonalenia budowy mikrotomów, z którego, między innemi, dowiedzieliśmy się, że pierwotny pomysł tego narzędzia należy do francuza Riveta, pokazuje obecnym piękny mikrotom przez siebie zbudowany i w niektórych szczegółach ulepszony.

ODCZYTY KLINICZNE.

O niezbytach pęcherza moczowego przez prof. GUYON'A (*Annales des maladies des organes génito-urinaires* 1886, 1887).

Streścił Dr. T. Solman.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 17).

Nieżyt pęcherza u chorych ze zwężeniem cewki występuje zazwyczaj bez żadnej przyczyny jedynie pod wpływem zaburzeń czynnościowych, uwarunkowanych utrudnionem opróżnianiem się pęcherza. Występowanie niezytu nie zależy li tylko od stopnia zwężenia cewki, lecz także ważny tu wpływ wywiera, długość zwężonej części, zbitość tkanek jej ścianek, a przede wszystkim przyczyna, która zwężenie wywołała. Rzeczywiście stosownie do tego, czy tkanka bliznowata, tworząca zwężenie, powstała wskutek trypra czy też wskutek urazu, zależeć będzie prędkość rozwoju samego zwężenia, a ta ostatnia okoliczność ma bardzo ważny wpływ na powstawanie następczego przerostu warstwy mięśniowej pęcherza, który to przerost występuje w podobny sposób jak przerost mięśnia sercowego przy przeszkodach w krążeniu. Zwężenie powstające powoli, jak zwykle przy tryprze, pozwala zwolna rozwinąć się kompensacyjnemu przerostowi warstwy mięśniowej pęcherza, który zwalcza przeszkodę dla oddawania moczu w miarę stopniowego wytwarzania

się zwężenia. Przeciwnie zwężenia urazowe wytwarzają się nieraz bardzo prędko, zanim pęcherz do zwalczania przeszkód przez następczy przerost jego warstwy mięśniowej został przygotowany. W tym ostatnim przypadku, a także i wtedy gdy pęcherz wskutek jakichkolwiek przyczyn częściowo lub w zupełności utracił swoją kurczliwość, nieżył, jako skutek zatrzymania się moczu i jego rozkładu w pęcherzu, staje się w tych warunkach koniecznem następstwem zwężenia cewki. Ważny wpływ na powstawanie nieżyty ma także wiek chorego i budowa ciała; w starości lub przy wyniszczeniu ustroju pęcherz nie jest w stanie skutecznie walczyć z przeszkodami, wskutek zwężenia cewki powstającymi, nie opróżnia się całkowicie, rozszerza się stopniowo, wskutek czego nieżyt zazwyczaj rozwinąć się musi. Czasami jednak nieżyt wcześniej zjawić się może, jeżeli istniejące zwykle przy zwężeniu cewki przekrwienie pęcherza, zależne od częstych skurczów, potrzebnych dla przezwyciężenia przeszkody w urynowaniu, przechodzi w zapalenie pod wpływem pewnych przyczyn wywołujących. Do najważniejszych z tych przyczyn zaliczać trzeba: nadużycia *in baccho et venere*, ponowne nasilenie rzerzączki i wprowadzenie narzędzi leczniczych. Z pomiędzy nich szczególny nacisk położyć musimy na zetknięcie się narzędzi z błoną śluzową cewki i pęcherza, zetknięcie to, stosowane nawet z całą oględnością, może niekiedy stać się przyczyną wywołującą nieżyt, i to tem bardziej im zetknięcie to trwa dłużej. Dla tego też nieżyt pęcherza, jako skutek wprowadzania narzędzi, występuje najczęściej, bądź przy pozostawieniu cewnika komornem po urethrotomii, bądź przy leczeniu zwężenia cewki moczowej za pomocą wprowadzenia cienkich świeczek z pozostawieniem ich w cewce na czas dłuższy, dobę lub więcej. Dodać jednak należy, że tak w jednym jak i w drugim przypadku nieżyt, w ten sposób wywołany, ustępuje zazwyczaj szybko, niemal wraz z usunięciem wywołującej przyczyny.

Objawy nieżyty pęcherza przy zwężeniach cewki podobnie jak przy kamieniach nie przedstawiają wprawdzie cech odrębnych, ale za to charakterystycznym jest ich rozwój i przebieg. Często potrzeba urynowania, ropa w moczu nie występują tu napadami, jak to widzieliśmy u chorych na kamień, nie zjawiają się przy nadmiernym ruchu, lecz objawy te występują stale, nie tak są skłonne do zmniejszania się pod wpływem spokoju. Podobnie jednak jak przy kamieniach objawy nieżyty znikają tu zazwyczaj bezpośrednio po usunięciu przyczyny t. j. zwężenia. Nawet nieżyt zadawniony przy zwężeniach sam przez się łatwo znika z chwilą przywrócenia wolnej drogi do odpływu moczu. Szybkość ustępowania nieżyty zależy od sposobu leczenia zwężenia. Po wykonaniu cięcia wewnętrznego cewki czasami już następnego dnia mocz jest o wiele czystszy; przy rozszerzaniu cewki stopniowem polepszenie następuje cokolwiek powolniej. Charakterystyczną cechą nieżyty przy zwężeniach jest wogóle względnie łagodny jego przebieg. Zdarzają się jednak przypadki, że zwężenia badzo zaniedbane wywołują nieżyt pęcherza przewlekły, tem uporczywszy im trudniejszym i niebezpieczniejszem stało się usunięcie przyczyny. To samo spostrzegamy u chorych w wieku podeszłym, gdy zastępczy przerost warstwy mięśniowej pęcherza nie może powstać, pęcherz rozszerza się, a zmiany zapalne, zajmując całą grubość ścian pęcherza, przechodząc na nerki, powodują następstwa nie dające się usunąć, wskutek czego nawet po zniesieniu zwężenia wyleczenie staje się bardzo trudnem, niekiedy nawet niemożliwem.

Przy rozpoznaniu wielkie ma znaczenie porządek w jakim objawy cierpienia występowały. Wywiady wykazują zazwyczaj, że istniały warunki powstawania nieżyty sprzyjające. Chory uskarża się początkowo na trudność oddawania moczu, następnie parcie na mocz a jednocześnie bóle stają się coraz częstszymi mocz mętnieje, jednym słowem do objawów zwężenia cewki przyłączają się objawy nieżyty pęcherza. W wątpliwych przypadkach wprowadzenie zgłębnika wykaże obecność zwężenia. Pomyłki jednakże zdarzają się dosyć często.

Zależą one bądź od tego, że u chorego ze zwężeniem cewki przypuszczamy nieżyt pęcherza, gdy mamy do czynienia tylko z częstem moczeniem bez obecności ropy w moczu, albo też gdy ropa przytem z miedniczek pochodzi, bądź też rzeczywista przyczyna nieżytu uchodzi uwagi spostrzegacza, który usiłuje leczyć sam nieżyt zamiast usunąć przedewszystkiem przyczynę która go wywołuje. Pierwszej pomyłki unikniemy badając w kilku szklankach mocz z jednego opróżnienia pęcherza pochodzący; jeżeli tylko pierwszy strumień zawiera ropę, a następnie mocz jest zupełnie czystym, wtedy bezwarunkowo nie ma nieżytu jakkolwiek częste były by pozywy do oddawania moczu. Możemy wówczas wnioskować, że ropa pochodzi z części cewki bezpośrednio po za zwężeniem się znajdujące, która zawsze jest mniej lub więcej rozszerzona, przyczem wyścielającą ją błona śluzowa bywa często siedzibą przewlekłego zapalenia, którego wytwory w postaci ropnej wydzieliny pierwszy strumień moczu ze sobą unosi. Jeżeli wszystkie warstwy moczu znaczną ilość ropy zawierają, szczególnie jeśli przytem ilość dziennie wydzielanego moczu jest powiększona, (3 do 4 litrów na dobę), wtedy jesteśmy wprawie przypuszczać, że mamy do czynienia z zapaleniem miedniczek, ze względu, że tak znaczna ilość ropy w pęcherzu wyjątkowo wytwarzać się może. Rozpoznanie powyższe będzie jeszcze pewniejszym jeżeli jednocześnie istnieją zaburzenia trawienia, brak apetytu, nudności, wymioty i inne objawy cierpieniu nerek właściwe, chociażbyśmy powiększenia nerek, bolesności w ich okolicy wysledzić nie mogli. Aby nie przeoczyć istniejącego zwężenia winniśmy zawsze dokładnie zbadać cewkę, co prawdziwą przyczynę nieżytu niejednokrotnie rozeznac pozwoli. Na konieczność dokładnego zbadania cewki zwrócił już uwagę CIVIALE, zaznaczając ciekawe przypadki błędów popelnionych w tym względzie przez tak znakomitych klinicystów, jak DUPUYTREN i VELPEAU. Badanie cewki jest dla tego ważnem, ponieważ zwężenia nawet nieznaczne mogą podtrzymywać nieżyt pęcherza, a nie będąc częstokroć zauważonemi przez samego chorego, tylko przez wprowadzenie cewnika ujawniają się, a wtedy przyczyna nieżytu zrozumiałą będzie i racjonalne leczenie t. j. usunięcie zwężenia jedynie pomoże.

Głównym celem leczenia powinno być przedewszystkiem usunięcie zwężenia, istnienie nieżytu nie tylko nie stanowi przeciwwskazania, lecz przeciwnie jest wskazaniem jednym więcej do szybkiego działania operacyjnego. Przeciwwskazaniem do rękoczynów chirurgicznych są jedynie zmiany chorobowe bardzo rozległe, cały narząd moczowy zajmujące. Powyższe przypadki są jednak wyjątkowe, a prawie zawsze racjonalnem jest działanie, mające na celu przywrócenie cewce jej normalnej pojemności. Czasami jednak zdarza się, że przy pierwszych próbach rozszerzania cewki nieżyt pęcherza wzmagą się lub nawet występuje gorączka moczowa. Wtedy nie zwlekając trzeba wykonać cięcie wewnętrzne cewki, które natychmiast w zupełności przywraca swobodny wypływ moczu, a jednocześnie znikają przypadłości nieżyтови właściwe. Powyższy rękoczyn, bez poprzednich usiłowań stopniowego rozszerzenia cewki, wskazanym jest odrazu, gdy istnieją objawy zapalne nadmiernego natężenia. W przypadkach wyjątkowych, gdy nieżyt pęcherza trwa i po zupełnem rozszerzeniu cewki zwrócić się powinniśmy do środków terapeutycznych, ogólnie przyjętych, lecz przedewszystkiem najczęściej pomyślny skutki osiągnąć się daje przez zastosowanie leczenia miejscowego zapomocą wstrzykiwań i wkraplań roczynów azotanu srebra, na działanie lecznicze których GUYON, jak widzieliśmy i przy innych postaciach nieżytu pęcherza szczególny nacisk kładzie.

(d. c. n.)

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

„*Grzybki chorobotwórcze*“. Napisał Maryan JAKOWSKI. Warszawa 1886.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Ocecił Prof. Ignacy Baranowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 18)

Rozdział VI (pg. 70), zatytułowany „laseczniki nosaciznowe“, streszcza stan obecny kwestyi. Autor i tutaj miał sposobność na własną rękę dokonywać hodowli na surowicy i na agarze. Materiał wzięty był z ropnia chorego, leczonego w oddziale chirurgicznym D-ra ORŁOWSKIEGO. Szczepień na zwierzętach, dokonanych przez siebie autor nie przytacza.

Rozdział VII (pg. 77) „mikrokokki zapalenia płuc“. Cały opis podany jest podług FRIEDLAENDER'A. Wyniki badań FRIEDLAENDER'A przyjmuje autor jako stanowcze, podaje za niewątpliwe Odmienne zapatrywania A. FRAENKLA i innych przypisuje autor „błędowi i brakom w badaniu“. Czy słusznie? Sądzę taki wydać się może zbyt pośpiesznym, tembardziej, że czytelnik nie napotyka wzmianki, aby autor miał możność wyniki owych, przez siebie tak surowo osądzonych badań, sam sprawdzać. Ku objaśnieniu zaś pewnych, nie dających się zaprzeczyć faktycznych sprzeczności, autor przytacza zdanie FRIEDLAENDER'A: że mogą być rozmaite rodzaje zapaleń płuc, a więc i odmienne zarazki, wywołujące takowe. Gołosłowne to twierdzenie nie bardzo jest przekonującym; ta bowiem właśnie choroba przedstawia w obrazie klinicznym i całym przebiegu cechy bardzo stałe i jednolite, co się nie zgadza z przypuszczeniem różnorodnych wywołujących ją przyczyn.

Rozdział VIII (pg. 87): „Mikrokokki rzerzączki zawiera doskonały, a po party rysunkami opis, zaczerpnięty z prac NEISER'A i BAUM'A. Jak w innych działach, tak i tu sposoby badania, barwienia przedstawione jasno, prosto i wyczerpująco.

Rozdział IX (pg. 93) obejmuje „laseczniki cholery azyatyckiej.“ Znajdujemy dokładny opis słynnych „laseczników przecinkowatych“, wszystkie szczegóły dotyczące hodowli oraz cech, jakie one przedstawiają, różnice jakie zachodzą między lasecznikami cholery a podobnymi do nich mikroorganizmami, którym nadano nazwę PRIOR-FINKLER'A, wreszcie przytoczone są zmiany anatomiczne w kiszki. Spór KOCH'A z PETENKOFER'EM, oraz pytania epidemiologiczne pominięte tu zostały, jak mniemamy, słusznie. Pragnący się z nimi obeznac, gdzieindziej ich szukać powinien, a nie w krótkim podręczniku, z którego za to doskonale nauczyć się można, jak sobie w przypadku podejrzanym poradzić można z poszukiwaniem w stolcach pasożytów cholerycznych. Badanie takie jest nieodzownem, mianowicie dla stanowczego stwierdzenia rozpoczynającej się epidemii. Obyśmy z tych wskazówek nie prędko potrzebowali korzystać!

Dla czego autor nie wspomina wcale o mikrobie, podobnym do lasecznika cholery, a wykrytym przez DENCKE'GO w starym serze na początku 1885 r., któremu nadano nazwę bacill. DENCKE? Wszak bacill. DENCKE o wiele jest podobniejszy i bliższy lasecznikowi cholery zarówno postacią, jak i pod wyglądem hodowli, niż mikrob PRIOR'A i FINKLERA. Mówiąc o tym ostatnim, może nie należało pominąć bacill. DENCKE z tych samych pobudek rozpoznania różniczkowego.

Rozdział X (pag. 105). „Laseczniki tyfusu brzuszego“ zawiera wierny obraz wiadomości naszych o tej chorobie, o jej etiologii, którą najnowsze prace bakteryologiczne rozświeciły. Szczegóły bakteryologiczne i związane z nimi anatomo-patologiczne opisane są z należytą dokładnością. Autor podnosi fakt dodatkowych, następnych zakażeń, na które zwrócił uwagę Dr. DUNIN w pracy

swojej, ogłoszonej drukiem w 1883 r. Zakażenia te wtórne są przyczyną najważniejszych zjawisk chorobowych w dalszych tygodniach przebiegu duru, a zarazem stanowią główne źródło niebezpieczeństw dla ustroju. Jest to fakt wielkiej doniosłości w znaczeniu klinicznym. Streszczone są też wyniki doświadczeń E. FRAENKLA i SISMONDSA dotyczące szczepienia na zwierzętach lasecznika duru brzuszego. Wyniki te przyjmuje autor i uznaje za stanowczo rozstrzygające. W końcu opisana została technika badania i barwienia lasieczników durowych w płynach i tkankach. Nie rozbiera autor szczegółowo pytań higienicznych, związanych ze sprawą duru i jego szerzenia się ale ją w kilku słowach zarysowuje przed umysłem czytelnika. Przy opisie zarodników zaszła omyłka, rzecz zaciemniająca; na str. 105 mówi autor: „zarodniki te zawsze znajdują się na końcach lasieczników, po jednym na każdym końcu”. Wniosek ztąd prosty, że lasiecznik duru zawiera zwykle dwa zarodniki, czemu sam autor przeczy, twierdząc o parę wierszy niżej: „znajdujemy w każdej laseczce po jednym zarodniku”.

Rozdział XI (pag. 113) obejmuje: „bakteryje ropne, zapalenie szpiku kostnego, ostre zapalenie wsierdza, ropnica, posocznica, gorączka połogowa”. Cały ten obszar pytań bakteriologicznych pierwszorzędnej wagi klinicznej, cały ten zamęt, form zbliżonych, a jednak różnych, przy czem rozróżnienie oparte jest na cechach nieraz drobnych i jedynie dla wyrobionego zmysłu wyraźnych: wszystko to wyłożone krótko, jasno i dostępnie, z dokładną znajomością całej obszernej literatury przedmiotu, ze spożytkowaniem i powołaniem się na prace noszące datę roku też samą, co książka przez nas rozbierana. Mimowoli przy czytaniu tego rozdziału nasuwa się uwaga, że w miarę postępu pracy, język autora i cały wykład nabiera potoczności, jasności. Cały też ten obszerny, a pełen treści rozdział odczytuje się jednym tchem i zamyka się go z uczuciem, że się nabyło jaśniejszego poglądu na rozbierane w nim pytania.

Rozdział XII (pag. 127) nosi tytuł: „Bakterye chorobotwórcze, znajduwane u ludzi, a niezupełnie do tej chwili zbadane”. Autor podaje krótkie objaśnienia o stanie kwestyi odnośnie lasecznika przymiotowego, bakteryi błonicy, zapalenia opon mózgowych, żółtej febry, ospy, twardzieli nosowej, zaskórnienia (*xerosis*) łącznicy, jaglicy (*trachoma*), zgorzeli postępowej, tężca, liszaja czerwonego, łysiny plackowatej. Nakoniec, znajdujemy opis „*plasmoidiae malariae*” podług MARCHIAFAVA i CELLI. Mamy więc całość obrazu z pominięciem najbardziej wątpliwych, jak mikroby niemiene szkarlatyny, odry, influency, ozeny, *haemophiliae neonatorum* i kilka małoważnych, jak *leptothrix*, oraz z pominięciem mikrobów jamy ust, których liczba po pracach MELLERA i innych do kilkudziesięciu podrosła. W dziale tym wystarczająco jest traktowany mikrob syfilisu, ale żałować należy, że o błonicy nieco dokładniej czytelnik nie został objaśnionym. Historia rozwoju pojęć bakteriologicznych dotyczących błonicy i historia badań nad tą zabójczą formą chorobową należy do najbardziej nauuczających. Wykazuje on ogrom trudności, jakie napotyka i jakie pokonywać musi ten rodzaj poszukiwań; wykazuje łatwość omyłek i złudzeń, jakim nawet wytrawny badacz ulegać może.

Wyżej wspomniana przez nas obfitość mikrobów w jamie ust, napotykanych u ludzi zdrowych, sprawia, że rozeznanie istotnego sprawcy błonicy epidemicznej przedstawia tak niezwykle trudności. A wszakżesz i LOEFLER, na którego prace nasz autor się powołuje, którego wnioski za stanowczo rozstrzygające uważa, wszak sam LOEFLER podaje, że też same lasieczniki, którym nadał nazwę błonicowych, napotykał w jamie ust ludzi zupełnie zdrowych, wprawdzie nie często, bo na 30 przypadków badanych 1 raz tylko. Ale w tym jednym przypadku zarówno forma mikrobu, jako też hodowle na wskazanej glebie, jak wreszcie doświadczenia ze zwierzętami, wykazują zupełną jednakowość owego chorobotwórczego i tego niewinnego mieszkańca zdrowej jamy ust. Więc

też przyjąwszy nawet, za stanowcze wnioski, do których LOEFLER w badaniach swoich nad błonicą doszedł, należało choćby z motywów pedagogicznych rozdział ten obszerniej rozwinąć, na miarę, jaka była dana wykładowi o durze brzuszny, o cholery i t. d.

Rozdział XIII (pag. 137): „Bakterye będące przyczyną, chorób zakaźnych u zwierząt wyższych i niższych, oraz u roślin”. Opisany tu jest najpierw cały szereg chorób, które acz nie napotykanie w zwykłym biegu rzeczy, wywoływać się sztucznie dają przez szczepienie zwierzętom gnijącej krwi, wymoczyn tkanek zdechłych zwierząt, nalewek gnijącego mięsa, wypłuczyn ziemi ogrodowej, plwociny czy to osób chorych czy zdrowych i t. p. Są to więc choroby czysto doświadczalne. Należą tu: laseczники posocznicy myszy, mikrokoki zgorzeli postępowej, mikrokoki ropienia postępowego u królików, mikrokoki posocznicy u królików, laseczники obrzęku postępowego (*vibrio septentis* Pasteur'a).

Rozcznianie możliwości sztucznego wywoływania u zwierząt chorób zakaźnych stanowi ważny nabytek nauki o bakterjach chorobotwórczych; wykazuje bowiem, że w pewnych warunkach istoty prowadzące żywot bakterji gnilnych, dostając się do ustroju zwierzęcego, nabierać mogą własność pasożytów, a tem samem wskazuje źródło niewyczerpane, z którego rodzić się mogą nowe formy chorób zakaźnych na podobieństwo tych, które sztucznie u zwierząt wywołujemy.

W tymże samym (XIII-tym) rozdziale znajdujemy opisy lasecznika choleury kur, lasecznika róży złośliwej u świń, mikrobów zarazy płucnej u bydła rogatego, gruźlicy rzekomej u świń morskich i królików. Zważywszy, że w rozdziałach I, II i VI mamy krótkie, ale naogół wystarczające, opisy czarnej krosty u zwierząt, perlicy u krów, oraz nosaczyny u koni, powiedzieć można, iż nie została w wykładzie pominięta żadna z ważniejszych epizocyi.

W ustępie rozdziału tego końcowym autor pośpiesznie mówi o chorobach zakaźnych u ryb, owadów, oraz u roślin.

Rozdział XIV (pag. 145): „Grzybki promienicy” zawiera obszerny opis choroby zwanej „*actinomycesis*”, a rozeznanej dopiero w latach ostatnich zarówno u zwierząt, jako też i u ludzi. Autor powołuje się na prace ISRAEL'A, PONTICK'A, BOSTROEM'A i innych. Podane są główne zmiany anatomiczne, oraz sposoby badania, barwienia, hodowania. Autor wspomina pracę doświadczalną nad promienią, którą ogłosił w Kronice lekarskiej 1886 r. Dr. KIJEWSKI, my zaś przypominamy, że bardzo dokładny obraz kliniczny tej choroby czytelnik znaleźć może w opisie dwóch przypadków spostrzeganych przez D-ra FLORKIEWICZA (Gaz. Lek. 1885 r.).

Ostatni XV rozdział (pag. 155): „Chorobotwórcze grzybki właściwe i pączkujące”, zawiera dane dotyczące klasyfikacyi grzybów wogóle, oraz treściwą ich morfologią i biologią z uwypatnieniem różnie od bakterji właściwych. Z uwagi na mniejszą ich ważność we względzie lekarskim autor podaje krótkie tylko wzmianki o szczegółowych formach grzybków właściwych i drożdży. O niektórych tylko mowa jest nieco obszerniej, jak mianowicie o *saccharomyces albicans* sprawcy pleśniawek, oraz o trzech grzybkach powodujących choroby skórne, mianowicie o grzybku parchowym (*favus*), o grzybku łupieży pstrej (*pitthyriasis versicolor*) i wreszcie o grzybku liszaja wyłysiającego (*herpes tonsurans*). Przy każdym z wymienionych prócz opisu samego grzybka, oraz zmian zachodzących w skórze, podany jest dokładny sposób badania i barwienia. Z pleśni rozbiera autor różne rodzaje *aspergillus* i wreszcie *mucor*. Dodane są na końcu wzmianki krótkie o odnośnych chorobach ryb, owadów, roślin mianowicie zbóż, kartofli i wina.

Zestawiając wrażenia przy czytaniu rozbieganej przez nas książki otrzymane, a w powyższem wyrażone, powiedzieć ogólnie możemy, że dział stanowiący część książki największą, obejmujący opisy szczegółowych bakterji cho-

robotwórczych jest napisany jasno i odpowiada w zupełności potrzebom lekarza, pragnącego się obeznac z tą nową gałęzią umiejętności lekarskich. Z drugiej strony sama technika badania bakteryologicznego jest przedstawiona dokładnie i traktowana odpowiednio do zakresu podręcznika elementarnego. Pierwotny zamiar podania jedynie opisu szczegółowych bakterii chorobotwórczych sprawił, że główne objaśnienia we względzie techniki badania, we względzie hodowli, ich przygotowywania, zamieszczone zostały nie na wstępie, nie w rozdziale odrębnym, lecz przy opisie pierwszej choroby zakaźnej, t. j. w rozdziale zatytułowanym „*bacillus anthracis*”. Ale na tem wykład nie ucierpiał. Przeciwnie, mając już wyjaśnione działanie lasecznika czarnej krosty na ustrój zwierzęcy, czytelnik łatwiej zrozumie znaczenie i ważność hodowli przy badaniu tej choroby, przez co sam sposób zaprowadzania hodowli, oraz inne techniczne kwestye, wiążące się z badaniem bakterii chorobotwórczych, dostępnejszemi się dlań stają. To też ten pozorny nieład w rozkładzie materiału wykładowego wyszedł oniemal na korzyść, stał się ułatwieniem dla czytelnika, któremu rozprawa o hodowlach, podana na wstępie, przed zapoznaniem się z danym szczegółowym osobnikiem, mogła by się wydać suchą i mniej interesującą. Podane we wstępnym rozdziale (str. XXI) „objaśnienie budowy przyrządów, mających związek z hodowlą bakterii”, uzupełniają ten dział niezbędnymi wiadomościami. Z rysunków mniej nauczyć się można, niż z obejrzenia samych przyrządów; ale to nie może już jako zarzut obciążać autora. Każdemu zaś, komu będzie dana możność praktykowania badań w pracowni bakteryologicznej, rysunki przyrządów, zamieszczone w książce, poparte dokładnymi objaśnieniami co do sposobu ich użycia, niezmiernie pracę ułatwią.

Jedyny dział, który nam się wydał mniej dokładnie opracowanym i niewystarczającym, jest dział zatytułowany: „Krótki pogląd na morfologię i biologię bakterii”. Jesteśmy zmuszeni o nim powiedzieć, że nie tylko jest „krótki”, ale nawet za krótki. Mianowicie biologia jest traktowana bardzo pobieżnie i nie można z wydrukowanego w pracy D-ra J. nabrać jasnego o niej pojęcia. Nie znajdujemy dostatecznych objaśnień ani o składzie bakterii, ani o pożywieniu dla nich niezbędnem, ani wreszcie o warunkach ich bytu, rozwoju, rozmnażania się, zamierania. O tem wszyskiem jest coprawda mowa, dotyka autor wszystkich tych pytań: ale za krótko, za zwężnie, za mało uczy, za mało wyjaśnia. Ta część książki odskakuje od reszty pracy, wyróżnia się od całości. A jednak jest to część niemal najważniejsza w wykładzie książkowym. Z samej książki nikt techniki badania nie nauczy się, bo do tego potrzebna, niezbędna jest praktyka, praca w laboratorium. Ale książka ogólnie wykształconego lekarza może i powinna objaśnić i nauczyć biologii, warunków bytu i rozwoju bakterii, obznajmić z treścią ich życia, wytworów przemiany materii w ich ustroju. Przez wyjaśnienie pytań biologicznych dojść dopiero można do ocenienia ważności tych istot w ekonomii świata, do rozeznania, że ich obecność, ich żywot stanowi jeden z wpływów najważniejszych, działających na ustrój człowieka stale i niezmiennie. Dopiero więc na tej drodze osiągnąć się daje zrozumienie znaczenia bakterii dla higieny i dla patologii. Właśnie tego punktu autor nie opracował dość starannie, nie zadał sobie trudu, aby wartość tego ogólnego rozdziału dorównała wartości działu szczegółowego.

Pierwsza to jest a może na pewien czas jedyna książka w naszym języku, napisana przez badacza, który tak gruntownie przedmiot poznał, tyle wen pracy włożył; to też żal pomyśleć, że w niej ta część, która pociągać powinna lekarza do zajęcia się bakteryologią, do nauczania się jej, do praktykowania jej, że ta część właśnie tak zaniedbaną została. Bo tą jedynie drogą, przez wyjaśnienie należyte w umyśle czytelnika pytań biologicznych dotyczących bakterii można go do przedmiotu zachęcić, a nawet zapalić. A że zapalić się doń można, tego najlepszy dowód dał nam sam autor na sobie. Poświęcił temu przed-

miotowi tyle czasu, tyle wysiłków, ile jest koniecznem aby stanąć w szeregu poważnych naukowych pracowników. Któż nie wie, jakie trudności taka praca u nas napotyka i jak jest w znaczeniu stanowiska i materialnem niewdzięczną. Ażeby się jej oddać, trzeba mieć w sobie ogień świętego zapału.

Pod koniec uwag naszych na jeden jeszcze szczegół zwrócić uwagę autora pragnę. W tekście książki napotykaamy parokrotnie wzmiankę o oddziałach szpitalnych, które mu dostarczały materiału do badań nad różą przyraną i nad lasecznikami nosaciznowemi, pominął zaś autor milczeniem cały szereg badań, do których materiału i pobudki dostarczał mu jego długoletni stosunek z kliniką dyagnostyczną. A szkoda, że tak postąpił. Uwydatniając stosunek prac swoich do zajęć klinicznych, nie byłby ani o jotę zmniejszył zasługi osobistej swojej, do której nikt nie może rościć pretensyi i też nie rości; a byłby dał zrozumieć czytelnikowi, że między badaniem przy łóżku chorego, a badaniem w pracowni bakteriologicznej, może i powinna ścisła zachodzić łączność, co w umyśle lekarza znaczenie praktyczne bakteriologii, a tem samem i jej ważność podnieść by musiało.

Ostatnia wreszcie uwaga dotyczy języka. Dość liczne spotkaliśmy błędy językowe; przytoczę kilka przykładów: na XV str. autor mówi: „konieczność posiadać”, wyrazić chciał zapewne: ulegać konieczności lub być w konieczności, na XVI str. znajdujemy wyrażenie „przykładem służyć” na XIX str. „zaznaczyć o wyższości”, na 9 str. „winą niesłusznych wyników” i t. p.

Niech autora nie gniewa wytknięcie tych błędów; wszak nam dbać o język należy. Dodam, że najwięcej niepoprawności językowych uderzyło nas w pierwszych rozdziałach, a liczba ich ku końcowi znacznie zmalała.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 17. MIERZEJEWSKI. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych (c. d.). GŁUCK. Przyczynę do wiadomości o kile w Bośni i Hercegowinie (c. d.). PRUS. Krótki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery (dok.)

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 18: WŁ. BIEGAŃSKI. Moczopędne działanie przetworów rțęci. A. PANORMOW. O ilościowem określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie (d. c.).

W Kronice lekarskiej. W N-rze 4: SAWICKI. O przepuklinie podotrzewnowej (d. c.).

OGŁOSZENIA.

Dr. med. Czesław STICHE

przez cały letni sezon ordynuje
w **Karlsbadzie**

mieszka jak lat poprzednich **Kreuzgasse Insel-Rügen.**

KARLSBAD

Dr. HASSEWICZ lekarz zdrojowy, udzielać będzie porady lekarskiej, przez cały sezon kuracyjny w mieszkaniu „Dom Kopernik”.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. Fritsche Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 23 Апрель 1887 г.—Членками Михаила Зiemkiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).