

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. JAKOWSKI. Grzybki chorobotwórcze. — II. J. STRYPIŃSKI. Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych (*Eclampsia parturientium*). — III. WŁ. BIEGAŃSKI. Jeszcze w kwestyi zapalenia płuc niezłego i śródmiąższowego. — *Notatki lekarskie*. 3. Z. KRAMSZYK. Zrośnięcie powiek wrodzone częściowe obustronne i brak otworu stołcowego. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi Redakcyi. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. GRZYBKI CHOROBOTWÓRCZE.

Napisał

M. J a k o w s k i

b. ordynator kliniki dyagnostycznej.

VIII. Mikrokokki rzeżączki (*Micrococcus gonorrhoeae* v. *Gonococcus* — NEISSER).

Nietylko z obserwacyj naukowych, lecz z faktów życia codziennego wiedzieli wszyscy oddawna, że rzeżączka jest chorobą zaraźliwą, dość długo jednak, mimo prób licznych, nie udawało się odnaleźć istotnego zarazka tego cierpienia. Dopiero w r. 1879 w „*Centralbl. f. d. med. Wiss.*“ znajdujemy pierwszą ściśle naukową pracę NEISSER'a, który ogłosił, że przyczyną rzeżączki są swoiste pasorzyty. Następne jego prace i cały szereg spostrzeżeń i prac doświadczalnych innych autorów, jak KRAUSE'go, LEISTIKOW'a, BOCKHART'a, KRONER'a, a w ostatnich czasach BUMM'a, pozwalają w obecnej chwili twierdzić z pewnością, że przyczyną wszelkich zapaleń natury rzeżączkowej, czy to w narządach płciowych czy też w innych organach, są niewątpliwie mikrokokki, opisane po raz pierwszy przez NEISSER'a, nazywane teraz powszechnie od imienia odkrywcy *Gonococcus Neisseri*; mikrokokki te znaleziono w wydzielinach i narządach, wyhodowano je po za ustrojem, a wreszcie przez szczepienie takowych wywołano u ludzi rzeżączkę.

Swoiste pasorzyty rzeżączki są to ruszające się dość szybko mikrokokki kuliste lub z jednej strony nieco spłaszczone i posiadające wyraźną błonę śluzową; przeciętna wielkość średnicy waha się pomiędzy 0,5—1,0 mikrm., jednakże w spłaszczonej postaci wymiar podłużny może sięgać według BUMM'a nawet do 1,6 mikrm. Prawidłowy kulisty kształt widać wyraźnie tylko wtedy, gdy mikrokokki leżą pojedynczo, co jednak stosunkowo zdarza się dość rzadko, najczęściej zaś spotykamy je połączone po dwa, tworzące tak jak i mikrokokki zapalenia płuc t. zw. diplokokki i wówczas to zwrócone ku sobie powierzchnie każdego z dwóch pasorzytów są spłaszczone. Za bardzo ważną cechą tych mikrokokków

uwazają ich wyraźną skłonność do zbierania się w małe gromadki, czy to pośród pierwiastków tkankowych, czy też wydzielin chorobowych; w gromadkach tych można zawsze dostrzedz wyraźne diplokokki, złożone z dwu spłaszczonej pasorzytów; łańcuszków mikrokoki rzeżączki nigdy nie tworzą. Pasorzyty te mnożą się bardzo szybko przez podział; każdy diplokok składa się z dwu pasorzytów, wytworzonych przez podział z jednego i w miarę tego, czy podział tylko co nastąpił, czy też już przed pewnym czasem się ukończył, widzimy przedział czyli szparę między oddzielnymi kokami w pierwszym razie węższą, w drugim zaś szerszą. ARNING i BUMM zwracają uwagę na to, że przed podziałem każdego z dwu mikrokoków na dwa nowe osobniki, na spłaszczonej powierzchni można dostrzedz niewielkie wklęsnięcie, czyli że zupełnie wykształcony i zdolny do podziału pasorzyt ma postać jakby ziarna kawy.

Mikrokoki rzeżączkowe mogą się dostać do ustroju tylko drogą bezpośredniego przeniesienia od osobnika do osobnika, a więc na drogi płciowe wskutek spółkowania, na łącznicę oka zaś wskutek przypadkowego przeniesienia palcami lub też pośrednio za pomocą bielizny, ubrania, lub innych przedmiotów codziennego użytku; u noworodków podczas porodu, gdy wydzieliną dróg rodnych matki dotkniętej rzeżączką dostanie się do oczu dziecka, a więc także drogą bezpośredniego przeniesienia zarazka. Gdy mikrokoki dostaną się na błonę śluzową dróg moczopłciowych lub łącznicy oka, dzięki łatwości z jaką wnikają w ciała komórek, dostają się do komórek nabłonkowych, lub też według BUMM'a pomiędzy takowymi przez istotę spajającą (*Kitsubstanz*) przedostają się głębiej do tkanki podśluzowej [Tab. V. fig. 8], wywołują zniszczenia nabłonka i zapalenie w głębszych warstwach, połączone z obfitą wydzieliną ropną; wydzieliną rzeżączkowa w ostrym okresie zawiera zawsze bardzo liczne swoiste mikrokoki, znajdujące się rzadziej stosunkowo pośród ciałek ropnych, jeszcze rzadziej w komórkach nabłonkowych, najczęściej zaś leżące w małych gromadkach pośród samego płynu [Tab. V. fig. 6 i 7]; w ciałkach ropnych pasorzyty również zbierają się w gromadki, wnikając do środka protoplazmy [HAAB, LEISTIKOW, ARNING, BUMM], a nie osiadając tylko na powierzchni takowej [NEISSER, BOCKHART]. W przypadkach lżej przebiegających, po przejściu ostrego okresu, gdy powoli następuje eliminacja nabłonka, mikrokoki rzeżączkowe znikają bezpowrotnie wraz z wydzieliną; w cięższych zaś nieraz nawet po roku, przy każdym nasileniu sprawy i ponownem zjawieniu się wydzielin, można je jeszcze w ropie wykazać [LEISTIKOW, BOCKHART].

U mężczyzn siedliskiem gonokoków jest przeważnie część jamista cewki moczowej i dołek łódkowaty, rzadziej daleko część opuszkowa i krokowa cewki. U kobiet, mikrokoki rzeżączkowe wywołują swoiste zapalenie na błonie śluzowej cewki moczowej, pochwy i sromu, a także przejść mogą i na błonę śluzową macicy, zwłaszcza zaś najczęściej na szyjkę takowej; w samym ciełe macicy zdarzają się stosunkowo rzadziej; przenikając do gruczołów BARTOLINI'ego mogą niekiedy wywoływać zropienie takowych. W przypadkach cięższych u mężczyzn, gonokoki dostają się do tkanki ciał jamistych cewki, a niekiedy nawet wywołują ropnie okołocewkowe. Przez naczyńia chłonne lub krwionośne mikrokoki rzeżączkowe

mogą przenikać do gruczołów płciowych dodatkowych, jak to do przyjądrzy [BABES], lub nawet wywoływać swoiste ostre zapalenie na błonach surowicznych, pokrywających stawy [KAMERER], najczęściej w stawie kolanowym; mogą one również wywoływać swoiste sprawy zapalne w błonach surowicznych worków maziowych i pochewek ścięgnistych. Istnieje jedno spostrzeżenie [BOCKHART], o którym obszerniej pomówimy poniżej, że gonokoki dostały się do pęcherza, a następnie przez moczowody do nerek i tam wywoływały ropnie, w zawartości których wykazano dużo tych pasorzytów, BUMM zaś opisuje jeden przypadek swoistego zapalenia kiszek prostej, powstałego wskutek *coitus praeternaturalis*. W ropie dymienic pachwinowych, występujących jako powikłanie rzeżączki, udawało się również wykazać swoiste mikrokoki NEISSER'a. Już wspomnieliśmy o *conjunctivitis blenorrhoica*, iż powstaje ono tylko wskutek dostania się do worka łącznicy swoistych mikrokoków, co u noworodków łatwo może nastąpić podczas porodu, zwłaszcza zaś podczas przechodzenia przez kanał części pochwowej macicy [BUMM]; KRONER w 63 przypadkach na 100 obserwacji znalazł jedne i te same mikrokoki w wydzielinie części płciowych rodzącej i na chorej łącznicy oka nowrodka.

Jakkolwiek sztuczne hodowle mikrokoków rzeżączkowych dość długo nie dawały żadnych pewnych wyników, to jednak po wielu próbach udało się wreszcie takowe wyhodować KRAUSE'mu z wydzieliny przy *conjunctivitis blenorrhoica* noworodka. Najpewniejszym gruntem dla hodowli jest wyjałowiona i stężona surowica krwi [KRAUSE użył do tego krwi baraniej], próby zaś na innych gruntach odżywczych nie udały się autorowi. Gonokoki rosną w tych hodowlach na surowicy bardzo powoli i tylko w ciepłocie między 32° i 38° C., hodowle mają postać cieniutkiej, z wilgotnąwą powierzchnią, szaro-żółtawej warstwy, rozprzestrzeniającej się na powierzchni surowicy od miejsca szczepienia jednostajnie na wszystkie strony. Dalsze hodowle, t. j. nowe pokolenia udawało się wyhodować na wyjałowionej surowicy i w zwykłej ciepłocie pokojowej; wszelkie zaś próby wyhodowania w tej ciepłocie mikrokoków wprost z ropy pozostały bez skutku. Takie wyniki hodowli z wydzieliny rzeżączkowej otrzymał i BUMM i również tylko na surowicy. BUMM pierwszy zastosował do hodowli surowicę krwi ludzkiej. Sposób przygotowania takowej niczem nie różni się od sposobu opisanego w rozdziale o laseczniku gruźliczym, gdy była mowa o wyjałowieniu i stężeniu surowicy zwierzęcej, zebranie zaś samej krwi w większej nieco ilości udawało się autorowi podczas porodów. Po przecięciu sznurka pępkowego, gdy łożysko znajduje się jeszcze w macicy, autor obmywał łożyskowy koniec sznurka roztworem sublimatu i ująwszy mocno dwoma palcami powyżej przewiązania, odcinał szybko koniec tuż nad ligaturą i zbierał wypływającą krew do wyjałowionego naczynia z cienką szyjką. Uciskając na macicę, zdołał przy każdym porodzie zebrać 40—60 ctm. sześciennych krwi, z której następnie zbierało się 15—20 ctm. sześciennych czystej surowicy. Hodowle gonokoków na surowicy ludzkiej rosną znacznie szybciej niż na zwierzęcej, nie różniąc się zresztą od takowych. BOCKHART wraz z FEHLEISEN'em wyhodowali gonokoki na żelatynie odżywczej KOCH'a, używając do hodowli wydzieliny rzeżączkowej cewki moczowej; jakkolwiek bliższego opisu swych hodowli nie podają, to jednak trzeba hodowle te uwa-

zać za dobre, gdyż wyniki szczepienia takowych wywoływały rzeżączkę, o czym zaraz mówić będziemy. Wyniki otrzymane przy hodowlach przez innych autorów są tak sprzeczne, a zresztą nie poparte przez szczęśliwe szczepienia, że napewne wiary im dawać nie można.

Próby szczepień wyhodowanych sztucznie gonokoków, dokonywane na najrozmaitszych zwierzętach, a mianowicie, na myszach, szczurach, świnkach morskich, królikach, kotach, psach, koniach [ani na łącznicy oka, ani w cewce moczowej] nie doprowadziły do niczego; nie dało również rezultatu zaszczepienie czystych hodowli małpie, jakkolwiek tak bardzo bliższej człowiekowi pod każdym względem, co, jak wiemy z rozdziału o spirochetach gorączki powrotnej, ma wielkie znaczenie przy próbach przenoszenia chorób z ludzi na zwierzęta.

Posiadamy dwa szczegółowe opisy i jedną krótką wzmiankę o dobrych wynikach szczepienia czystych hodowli mikrokoków rzeżączkowych na ludziach. BOCKHART jeszcze w roku 1883, choremu, dotkniętemu *paralysis generalis* i będącemu w stanie bliskim śmierci, wstrzyknął do cewki moczowej całą szpryczkę PRAWAZ'a płynu, zawierającego sporo czystej hodowli mikrokoków rzeżączkowych, wyhodowanych przezeń wraz z FEHLEISEN'em. Wynikiem szczepień była typowa ostra rzeżączka. Chory po 10 dniach umarł wskutek cierpienia, któremu oddawna podlegał; przy sekcji, jednej jedynej, w której znaleziono w drogach moczopłciowych ostre rzeżączkowe zapalenie, znaleziono bardzo silne zapalenie błony śluzowej i tkanki podśluzowej w cewce moczowej, a sąsiednie naczynia chłonne i krwionośne były literalnie zapchane swoistymi mikrokokami; znaleziono również zapalenie błony śluzowej pęcherza moczowego, wreszcie zapalenie i liczne ropnie w nerce prawej; we wszystkich tych wytworach chorobowych znaleziono bardzo liczne mikrokoki rzeżączkowe takie same, jakie były zaszczepione z hodowli. BUMM zaszczepił za pomocą igły platynowej nieco czystej hodowli z surowicy kobiecie, której narządy moczopłciowe były najzupełniej zdrowe; szczepienia zaś dokonał na 1 ctm. głęboko w otworze cewki moczowej; na trzeci dzień wystąpiła typowa silna rzeżączka, ostry okres której trwał trzy tygodnie: wydzielina, badana codziennie przez cały ten czas od pierwszego dnia choroby, zawierała liczne gonokoki NEISSER'a, przeważnie układające się w małe gromadki wśród płynu; rzadko tylko napotykał także gromadki wśród protoplazmy ciałek ropnych. Co się tyczy trzeciej krótkiej tylko wzmianki o szczęśliwym szczepieniu gonokoków, to takowa ogłoszoną została przez BAKAI'a, lecz brak w niej szczegółowego opisu samego szczepienia i wyników tegoż.

Liczne badania wielu autorów, wymienionych niejednokrotnie w tym rozdziale, dowiodły, że mikrokoki rzeżączkowe odkryte przez NEISSER'a znajdują się tylko w wytworach chorobowych rzeżączki, że zaś produkty, *respective* ropa, powstałe przy sprawach zapalnych zbliżonych do spraw natury rzeżączkowej nigdy pasorzytów tych nie zawierają. Badania doświadczalne KRONER'a wykazały, że ropa zawierająca gonokoki wywołuje u dzieci typową *ophthalmiam blenorrhoicam*, inni zaś dwaj autorowie: ZWEIFEL i WELANDER dowiedli, że żadna ropa nie zawierająca tych pasorzytów ani na łącznicy oka, ani na błonie śluzowej dróg moczopłciowych, zapalenia rzeżączkowego wywołać nie jest w stanie. Odkrycie więc NEISSER'a, poparte tyłu badaniami doświadczalnymi, dało bardzo ważny przy-

czynek i pewne kryterjum do ścisłego rozpoznawania spraw rzeźączkowych, które jakkolwiek na pierwszy rzut oka zdają się posiadać cechy tak wybitne i odróżniające je od zwykłych zapaleń nieżytowych, w gruncie rzeczy jednak bardzo do nich są podobne i nieraz żadnymi klinicznymi objawami od takowych się nie różnią, zwłaszcza w postaciach przewlekłych.

Aczkolwiek mikrokoki rzeźączkowe można dostrzedz wśród płynnych wydzielin i bez zabarwienia preparatu, to jednakże ten sposób badania nie pozwala wyraźnie zobaczyć układania się koków w diplokoki i wogóle, jak zwykle przy badaniu paserzytów, daje wyniki mniej pewne niż przy użyciu stosownego barwienia. Nie potrzebuję chyba dodawać, że sposób przygotowania niezabarwionego preparatu jest jak najzwyklejszy; można rozjaśnić sobie nieco obraz, jak zwykle przy badaniu ropy, dodając pod szkiełko kroplę słabego kwasu octowego lub ługu potażowego.

Barwniki anilinowe, jak fiolet metylowy i gencyjanowy, dahlia, wezuwina i bismark, bardzo szybko i bardzo mocno barwią mikrokoki rzeźączkowe. Aby więc uniknąć przebarwienia, trzeba szkiełka, na których zasuszono i utwierdzono w zwykły sposób wydzielinę badaną na gonokoki, na parę tylko minut zanurzyć do słabych wodnych roztworów tych barwników; po opłukaniu szkiełek wodą przekroploną i wysuszeniu, oglądając preparat w olejku terpentynowym, spostrzeżemy wyraźne kształty gonokoków, zawsze prawie leżących po dwa, przyczem spłaszczone, zwrócone ku sobie powierzchnie dwóch mikrokoków uwidoczną się bardzo wyraźnie, szpara rozdzielająca takowe nie zabarwia się wcale, a przy dobrem zabarwieniu przekonamy się, że część środkowa mikrokoków słabiej się barwi, aniżeli części obwodowe. Jeśli działanie barwnika było zbyt silne, to różnica ta w zabarwieniu części środkowej i obwodowych nie uwydatni się wcale, a często bardzo i szpara rozdzielająca dwa mikrokoki, zwłaszcza zaś młodsze i mniejsze osobniki, będzie prawie niedostrzegalną. Dlatego też najlepsze wyniki przy barwieniu można otrzymać, używając słabych wodnych roztworów fuksyny, która barwi nie tak szybko jak wyżej podane barwniki fioletowe i brunatne, więc preparat można na dłużej w niej zostawić bez obawy przebarwienia. Przebarwienia preparatu trzeba unikać koniecznie dlatego, że z pomocą odbarwiania nie można wyciągnąć nadmiaru barwnika z jąder komórkowych, aby w ten sposób uwidocznic tam paserzyty, albowiem pod wpływem wysokoku lub słabego kwasu octowego albo solnego mikrokoki rzeźączkowe daleko szybciej tracą barwę, aniżeli jądra komórek; te ostatnie są jeszcze lekko zabarwione, gdy gonokoki całkowicie się już odbarwiły. BUMM radzi używać zamiast rozcieńczonego, stężonego wodnego roztworu fuksyny, gdyż pozostawienie w takowej szkiełka przez pół minuty wystarcza do dobrego zabarwienia gonokoków; w ten sposób, w ciągu 3—5 minut można otrzymać bardzo dobre preparaty.

Oprócz tylko co podanych sposobów, mogę polecić jako bardzo dobry sposób, zastosowany po raz pierwszy przez prof. HOYERA; za pomocą tego sposobu otrzymać możemy podwójne zabarwienie preparatu, gdyż po mocnem zabarwie-

niu w wodnym roztworze fuksyny, wkłada się szkiełko na parę minut do słabego wodnego roztworu zieleni metylowej (*Methylgrün*); wskutek tego jądra komórek będą zabarwione na zielono, same zaś gonokoki zatrzymają swą ładną różową barwę.

Barwienie gonokoków w skrawkach najlepiej udaje się w roztworze fioletu metylowego w wodzie anilinowej; skrawki dość jest pozostawić w płynie barwiącym przez pół godziny, następnie za pomocą odbarwienia w wyskoku można uchwycić pewną chwilę odbarwienia, w której jądra komórek straciły część barwnika, a pasorzyty są jeszcze zabarwione, lecz w każdym razie odbarwienie samo powinno trwać zaledwie kilka minut; mikrokoki więc rzeżączkowe, jak i inne pasorzyty, silniej zatrzymują barwniki rozpuszczone w wodzie anilinowej, niż zwykle wodne roztwory tychże. Przy dalszem preparowaniu skrawków, trzeba, według BUMM'a, na chwilę tylko poddać je działaniu olejku cedrowego, gdyż ten również pozbawia gonokoki części barwnika, a następnie przenieść do ogrzanego balsamu kanadyjskiego, w którym można je oglądać i przechować czas długi bez zmiany.

Co się tyczy wreszcie hodowli, to zachowując rozumie się wszelkie potrzebne ostrożności, nieraz już wzmiankowane, trzeba, według zdania BUMM'a, trzymać naczynia zawierające hodowle [próbówki lub płytki] w przestrzeni zawierającej dużo wilgoci. Autor urządził to w ten sposób, iż naczynka z hodowlą wkładał w duże szklane naczynie, napełnione prawie do połowy wodą przekroploną i nakryte zwierzchu oszlifowaną płytą szklaną i wraz z niem stawiał do przyrządu hodowlanego. Tym sposobem zapobiegał wysychaniu surowicy i samych hodowli, co przy powolnym rozwoju gonokoków ma ogromne znaczenie.

Objaśnienie rysunków. (Tabl. V).

Tab. V. fig. 6. Ropa z ostrąj rzeżączki, drugiego dnia choroby. ZEISS. F. II.

Tab. V. fig. 7. Ta sama ropa przy większem powiększeniu. ZEISS. Imm. ol. $\frac{1}{18}$ II.

Tab. V. fig. 8. Czyste hodowle mikrokoków rzeżączkowych. [Rysunek wzięty z pracy HUMM'a. Tab. I. fig. 1b].

Tab. V. fig. 9. Skrawek łącznicy dotkniętej *conjunctivite blenorrhoica*, drugi dzień choroby. Przenikanie gonokoków przez komórki nabłonkowe do tkanki podśluzowej. [Rysunek z pracy BUMM'a, Tab. I. fig. 3].

Literatura.

NEISSER. Ueber eine der Gonorrhoe eigenthümliche Micrococcosform. Centralblatt für die med. Wiss. 1879. Nr. 28.

HIRSCHBERG i KRAUSE. Zur Pathologie der ansteckenden Augenkrankheiten. Centralblatt f. pract. Augenheilkunde. 1881.

NEISSER. Die Micrococcen der Gonorrhoe. Deutsche med. Woch. 1882

KRAUSE. Die Micrococcen der Blenorrhoea neonatorum. Centrblt. f. pr. Augenh. 1882.

LEISTIKOW. Ueber Bacterien bei den venerischen Krankheiten. Charité Annalen. VII Jahrgang.

— Berlin. klin. Wochenschrift. 1882.

BOCKHART. Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhren-trippers. Vierteljahrsschr f. Derm. u. Syph. 1883. Nr. 1.

ARNING. Ueber das Vorkommen von Gonococcen bei Bartolinitis. V. f. D. u. S. 1884.

WELANDER. Quelques recherches sur les microbes pathogènes de la blennorrhagie. Gazette médicale 1884.

CORNIL et BABES. Les bactéries etc. Paris. 1885.

BUMM. Der Microorganismus der gonorrhöischen Schleimhaut-Erkrankungen. „*Gonococcus Neisseri*“. Wiesbaden. 1885.

BUMM. Menschliches Blutserum als Nährboden für pathogenen Organismen. Deutsch. med. Woch. 1885. Nr. 53.

II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O DRGAWKACH PORODOWYCH

(*Eelampsia parturientium*)

napisał

D-r J. Stypiński [z Wiskitek].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 9].

Spostrzeżenie V. Sura G., lat 21, żona szewca, pierwszy raz rodząca. Ostatnią miesiączkę miała w końcu Października 1871 r.. Ruchy płodu poczuła w połowie Marca 1878 r.. Podczas ciąży dobrem cieszyła się zdrowiem. Pierwsze bóle bez żadnej widocznej przyczyny pojawiły się w południe 2 VI 1878 r.; bóle takowe były słabe i przechodziły rzadko, dopiero o godzinie 4 rano dnia następnego stały się silniejszymi i dłużej trwającymi, a przywołana, o godzinie 6 rano, akuszerka znalazła poród tylko co rozpoczętym, ujście maciczne z trudnością palec przepuszczające, a w ogólnym stanie rodzącej nic szczególnego nie zauważyła. W trzy godziny później [o godzinie 9 rano] najniespodziewaniej wystąpił napad drgawkowy, wskutek czego zażądano mojej pomocy. Do mego przybycia [o godzinie 2 po południu] takowych napadów było dziewięć, a miejscowy felczer przystawił chorej 12 pijawek za uszami i zimne okłady przykładac na głowę polecił.

Przy badaniu okazało się: Kobieta wzrostu średniego, słabej budowy ciała, limfatyczna, blada na twarzy; mięśnie wiotkie, układ kostny prawidłowo zbudowany. Brzuch powiększony; obwód brzucha na wysokości pępka 70 ctm., odległość od wyrostka mieczykowatego do pępka 16 ctm., od pępka zaś do spojenia łonowego 15 centymetrów dno macicy na 2-a poprzeczne palce powyżej pępka. W górnej części macicy wyczuwa się drobne części płodu; ani ruchów płodu wyczuć, ani bicia serca jego wysłuchać zupełnie nie można. Rodząca nieprzytomna, senna, skurcze macicy silnie odczuwa, przy każdym bowiem skurczu krzywi i rzuca się na łóżku. Tętno pełne, prędkie, 100 uderzeń na minutę, oddech chrapliwy — 32 razy na minutę. Mocz wypuszczony kateterem śladów białka nie zawierał.

Przy wewnętrznem badaniu znaleziono: ujście maciczne prawie zupełnie otwarte, przynajmniej dostatecznie dla założenia kleszczy. Poprzedzająca główka płodu głęboko w próżni miednicy umieszczona; ciemię małe poza kością łonową lewą, ciemię duże ku spojeniu krzyżo-biodrowemu prawemu skierowane, szew strzałkowy w wymiarze ukośnym pierwszym [położenie czaszkowe pierwsze]. Wymiary miednicy prawidłowe. Podczas badania rodząca

miała nowy napad drgawkowy [10-ty], wszystkie cechy prawdziwej eklampsyi przedstawiający.

Pomimo tego, że badanie dokładnie wykazywało, iż poród w danym razie nie jest czasowym, lecz wcześniejszym, mianowicie w początku, lub połowie Sierpnia miesiąca, a tem samem i główka płodu jest tak małą, że poród powinien się siłami natury zakończyć, to jednakowoż zwróciwszy uwagę na to, że rodząca jest nieprzytomną, oddech jej chrapliwy, że drgawki już 10 razy się powtarzały, postanowiłem przyspieszyć ukończenie porodu przez założenie kleszczy, czego z nadzwyczajną dokonałem łatwością, a po 2 pociągnięciach wy dobyłem dziecię płci żeńskiej, niedonoszone, żywe, cechy osmiomiesięcznego płodu mające. Zaraz po urodzeniu się dziecka nastąpił nowy [11-ty] napad eklampsyi; wkrótce potem łożysko samo odeszło; macica dobrze się skurczyła i jako ciało twarde, tuż ponad spojeniem łonowym wyczuwać ją było można; krwawienia z części płciowych żadnego nie było. Dla ogólnego uspokojenia położnicy przepisałem do wewnątrz *hydras chlorali* [3j na 3iij], co pół godziny łyżkę stołową, na zewnątrz zaś okłady lodowe na głowę przykładać poleciłem. W 40 minut po porodzie nastąpił nowy napad drgawek [12 ty], a wpół godziny po nim jeszcze jeden [13-ty], poczem niezadługo położnica, będąc ciągle nie przytomną, usnęła snem twardym, w którym 30 godzin była pogrążoną. Po przebudzeniu się była cokolwiek przytomniejszą, lecz zupełną przytomność umysłu odzyskała dopiero w czwartym dniu po porodzie. Napady drgawkowe więcej się nie powtórzyły. Połóg przebiegał prawidłowo, tak, że ósmego dnia położnica, jako zdrowa, opuściła łóżko. Dziecię na 3 ci dzień po urodzeniu *ex debilitate vitae* — zmarło. Mocz wkrótce po porodzie wypuszczony kateterem śladowo białka nie zawierał.

Od tego czasu po dzień dzisiejszy taż sama kobieta rodziła już dwa razy na czasie, zupełnie szczęśliwie, bez wszelkiej lekarskiej pomocy i cieszy się doskonałym zdrowiem.

Spostrzeżenie VI. W dniu 6 Czerwca 1881 r., o godzinie 11 wieczorem, wezwany zostałem do rodzącej Zofii G., z powodu występujących u niej drgawek porodowych.

Zofia G., lat 34, żona rolnika, pierwszy raz rodząca. Ostatnią miesiączkę miała we Wrześniu 1880 r., pierwsze zaś ruchy płodu poczuła w Styczniu 1881 r., podczas całego przebiegu ciąży czuła się zupełnie zdrową. Bóle porodowe pojawiły się 5 Czerwca po południu; takowe z początku były słabe, krótkotrwałe i rzadko przychodzące; w odstępach nieraz całogodzinnych rodząca nie czuła żadnego skurczu macicy. Dopiero na drugi dzień rano [6 Czerwca], bóle stały się mocniejszymi i częstszymi, a przywołana tegoż dnia, o godzinie 11 rano, akuszerka stwierdziła rozpoczynającą się czynność porodową; ujście macicy przepuszczało palec; płód stawał się w położeniu czaszkowem; pęcherz płodowy jeszcze ienaruszony; była więc najpewniejszą, że poród w danym przypadku szczęśliwie się ukończy siłami natury. I rzeczywiście bóle stawały się coraz silniejszymi i dłuższymi, a pod wpływem takowych ujście maciczne, chociaż bardzo powoli, jednakowoż coraz bardziej się rozszerzało, tak, że o godzinie 6 wieczorem ujście było rozwarte na rubla srebrnego. W tym czasie rodząca stała się niespokojną, bardziej wrażliwą i silniej odczuwającą skurcze macicy, a około godziny 8 wieczorem, wystąpił u niej pierwszy napad drgawkowy, wskutek czego zażądano mojej pomocy. Do przybycia mego, t. j. do godziny 12½ w nocy, było takich napadów ośm.

Przy badaniu okazało się: Kobieta średniego wzrostu, dobrze zbudowana, z układem kostnym i mięśniowym prawidłowo rozwiniętymi. Brzuch powiększony, więcej na boki rozszerzony niż ku przodowi wystający. Obwód brzucha na wysokości pępka 96 ctm., odległość od wyrostka mieczykowatego do pępka 19 ctm., od pępka zaś do spojenia łonowego 18 centymetrów. Dno macicy na 3

poprzeczne palce poniżej dołka sercowego, pępek wyrównany. Przy zewnątrz-
nem badaniu, położenia płodu określić nie można, jak również i bicia serca
płodu wysłuchać nie byłem w możności. Rodząca senna, nieprzytomna. Tę-
tno pełne, twarde, prędkie, do 120 uderzeń na minutę dochodzące: oddech praw-
idłowy. Mocz wypuszczony kateterem śladów białka nie
zawierał.

Przy wewnętrznem badaniu znaleziono: ujście maciczne otwarte na wiel-
kość 10 złotych polskich, brzegi jego dosyć grube, mało podatne, pęcherz płodo-
wy napełniony i nieco tylko naprężony; przoduje czaszka dosyć wysoko jeszcze
się znajdująca i pozwalająca się nieco unosić (*balottement*). Podczas badania wy-
stąpił nowy [9-ty] napad drgawkowy.

Ponieważ kleszczy jeszcze nie można było założyć, a najmniejsze nawet
dotknięcie się ust macicznych było bardzo dla rodzącej bolesnem, przeto posta-
nowiłem cokolwiek z czynną pomocą się powstrzymać, z powodu zaś silnego napły-
wu krwi do mózgu — zaleciłem przystawienie 12 pijawek za uszami [po 6 z każdej
strony], zimny okład na głowę, do wewnątrz zaś dla ogólnego uspokojenia, prze-
pisałem *hydr. chloral.* ʒj na 2 uncyje wody, co 20 minut łyżkę stołową. Lecz po-
mimo zastosowania wyżej wymienionych środków, napady się nie zmniejszyły, ani
pod względem siły, ani pod względem częstości, tak że w ciągu następnej godziny
było jeszcze 4 napady [razem 13]. W ciągu tego czasu główka nieco niżej wpróżnię
międnicy zstąpiła i ujście również cokolwiek więcej się rozszerzyło. Pragnąc przy-
spieszyć nieco ukończenie pracy porodowej [*resp.* przerwać napady], przystąpiłem
w tym czasie do sztucznego rozszerzenia ujścia macicznego, za pomocą ręcznej mani-
pulacji, co po 20 minutach skutecznym na tyle, że już można było uciec się do
założenia kleszczy. Założywszy takowe, po kilku trakcyjach wydobyłem dziecię
płci męskiej, donoszone, nieżywe. Podczas operacji napady drgawkowe trzy-
krotnie się powtórzyły [razem 16]. Po urodzeniu dziecięcia przekonałem się, że
jeszcze drugi płód w jamie macicy się znajduje, a z powodu bezprzeżestannie poja-
wiających się drgawek postanowiłem przez obrót na nogi i pociąganie za tako-
we płód ten jak najspieszniej na zewnątrz wydobyć, co z wielką dało się usku-
tecznić łatwością. Urodziło się dziecię również płci męskiej, donoszone, żywe,
lecz w godzinę wśród ogólnych drgawek zmarło. Przy wydobywaniu drugiego
dziecięcia drgawki po raz 17-ty się pojawiły. Po sztucznem odklejeniu i wyjęciu
łożyska, macicę jako ciało twarde, tuż po nad spojeniem łonowem wyczuwać było
można.

Pomimo ukończenia porodu, drgawki nie ustępowały; położnica zupełnie nie-
przytomna. połykanie w wysokim stopniu utrudnione, w płucach rżenia bardzo
wyraźne. Zaleciłem przystawienie 16 ciętych baniek między łopatkami, lodowy
okład na głowę, a do wewnątrz *hydras chlorali*, w stosunku jak poprzednio, tylko
co ½ godziny łyżkę stołową, a następnie zaleciłem by zawiadomiono mię tegoż dnia
po południu o dalszym przebiegu porożu. W kilka dopiero dni potem dowie-
działem się, że drgawki nie ustępowały, objawy [obrzęku płuc] coraz bardziej
stawały się groźnemi, aż nareszcie położnica w 24 godzin po rozwiązaniu
zakończyła życie. Sekcja, wskutek niezależnych odemnie okoliczności, nie mog-
ła być wykonaną. Na zakończenie nadmienić muszę, że mocz wypuszczony
kateterem wkrótce po rozwiązaniu zawierał w niewielkiej ilości
białko.

Spostrzeżenie VII. W dniu 30 Stycznia 1884 r. wezwany zostałem
do Bajli F., z powodu drgawek już w okresie połogowym u niej powstałych.

Bajla F., lat 19 zona rzeźnika, podczas ciąży zupełnie cieszyła się zdro-
wem; poród zupełnie prawidłowo przebiegał i jak na pierwiastkę dosyć nawet
prędko, w 10 mniej więcej bowiem godzin się ukończył. Urodziło się w położe-
niu czaszkowem dziecię płci żeńskiej, donoszone, żywe; łożysko samo odeszło.
Macica, według słów dozorującej akuszarki, dobrze i zupełnie prawidłowo po

porodzie się skurczyła; położnica czuła się zupełnie dobrze, a zasnąwszy spała ze dwie godziny. Po przebudzeniu zaczęła się skarżyć na dokuczliwe rżnięcie w brzuchu [bólę poporodowe], stawała się coraz bardziej niespokojną, aż w godzinę blisko potem pojawił się napad drgawkowy, około 1½ minuty trwający, a następnie w kwadrans drugi takież sam napad. Podczas nieobecności mej w domu, D-r J. stwierdził drgawki [eklampsyja] i zaordynował przystawienie 16 piławek za uszami [po 8 z każdej strony], zimny okład na głowę, do wewnątrz zaś przepisał *inf. flor. arnicae* i bromek potasu. Pomimo zastosowania tych środków, napady nie ustawały, lecz z pierwotną siłą i częstością się powtarzały. Powróciwszy do domu, wezwany zostałem do chorej, a po przybyciu w 5 mniej więcej godzin od wystąpienia pierwszych drgawek, znalazłem stan następujący:

Położnica średniego wzrostu, silnie zbudowana; układ mięśniowy i kostny prawidłowo rozwinięty. Twarz mocno zaczerwieniona, źrenice rozszerzone na światło nie oddziałują, gałki oczne ku górze i na wewnątrz zwrócone (*strabismus convergens*). Chora zupełnie nieprzytomna i niespokojna, tak, iż musi być przytrzymywana, by z łóżka nie spadła, język pokaleczony, oddech chrapliwy, około 40 razy na minutę, tętno pełne, twarde, 120 razy na minutę uderzające. Brzuch wzdęty, przy opukiwaniu daje odgłos przytłumiony; macicę dobrze skurczoną, jako ciało twarde, ponad spojeniem łonowym wyczuwać można. Położywszy dla zbadania położenia dna macicy rękę na brzuchu i objąwszy dłonią dno macicy, gdy końcami palców dotknęłem się tylnej ścianki tego narządu, wywołałem natychmiast nowy napad drgawek [12-ty z rzędu], wszystkie cechy prawdziwej eklampsyi przedstawiający. Mocz wypuszczony kateterem, słabodobiałka nie zawierał.

Ze względu na częste napady i w celu uspokojenia chorej, wstrzyknąłem w prawe ramię ¼ grana morfiny, zaleciłem zimny lodowy okład na głowę, lawatywę z olejku rycinowego, a do wewnątrz przepisałem *hydras chlorali* ʒj na ʒiiij wody, co pół godziny łyżkę stołową. W pół godziny był jeszcze jeden napad [13-ty], lecz słabszy od poprzednich, a po drugiej łyżce lekarstwa położnica usnęła, tak, że gdy w półtorej godziny po pierwszej mej bytności, odwiedziłem chorą, takowa spała snem spokojnym i mocnym, w którym przez 14 pozostawała godzin. Po lawatywie był stolec obfity, spieczony i dosyć mocno cuchnący. Zaleciłem przestać dawać lekarstwo, tylko zimne okłady na głowę pozostawiwszy. Na drugi dzień, t. j. 31 I. podczas wizyty znalazłem co następuje: Chora po przebudzeniu się spokojna, przytomna; napadów od 14 godzin nie było; stan ogólny bezgorączkowy, język nieco obłożony; brzuch lekko wzdęty, macica prawidłowo skurczona. Gdy dla zbadania położenia macicy umieściłem rękę na brzuchu chorej i końcami palców dotknęłem się tylnej powierzchni tego narządu, chora stała się niespokojną i nagle wystąpił napad eklampsyi, chociaż znacznie łagodniejszy i krótszy niż dnia poprzedniego. Zaleciłem dalej dawać *hydras chlorali* co 2 godziny łyżkę stołową i zimny okład na głowę przykładać.

Wieczorem. Chora po przespaniu kilku godzin, czuła się zupełnie dobrze, przytomność zachowana; brzuch więcej wzdęty, niebolesny; odchody położowe krwawe.

Dnia 1. II. Stan taki sam, jak dnia poprzedniego.

Dnia 2. II. Nad ranem położnica stała się nieprzytomną i niespokojną; zrywa się z łóżka, tak, że ją siłą trzeba na takowem przytrzymywać; chce wszystkich bić; na zadawane pytania nie odpowiada. Stan ogólny lekko gorączkowy: ciepłota 38° C., tętno 100, źrenice rozszerzone, słabo na światło oddziałują, język obłożony, brzuch wzdęty, lekko bolesny, wypróżnień od 48 godzin nie było.

Odchody połogowe krwawe, niecuchnące. Zaleciłem: zimny okład na głowę, do wewnątrz zaś *infusum sennae compositum*.

Wieczorem. Stan taki sam, było 4 obfitych, mocno cuchnących wypróżnień, brzuch mniej wzdęty i nie bolesny. Przepisałem: *hydratis chlorali* ʒj na ʒiij wody, na 2 razy zażyć.

Dnia 3 II. Chora całą noc spała, po przebudzeniu się cokolwiek przytomniejsza; na zapytania odpowiada, jakkolwiek z pewną trudnością. Stan ogólny bezgorączkowy, język mocno obłożony. Przepisałem: *saturationis natri bicarbonici* ʒvj, *aq. laurocerasi* ʒj. MDS. Co 2 godziny łyżkę stołową i zimny okład na głowę.

Wieczorem. Stan takież sam; ciepłota 38° C., tętno 96. Zapiisałem: Rp. *Hydratis chlorali* ʒj, *Aq. dest.* ʒj. MDS. Na raz użyć.

Dnia 4 II. Chora zupełnie przytomna, całą noc spała spokojnie; co się z nią działo dni poprzednich, nie pamięta; mocno tylko osłabiona.

Od tej chwili poprawa z każdym dniem stawała się widoczniejszą, tak, że po upływie 2 tygodni, położnica do zwykłych swych powróciła zajęć.

Spostrzeżenie VIII. W dniu 21 Maja 1884 r. wezwany zostałem do rodzącej Dwojry H., z powodu powstałych u niej drgawek porodowych.

Dwojra H., lat 22, żona kupca, w W. zamieszkała, pierwszy raz rodząca. Ostatnią miesiączkę odbyła w połowie Sierpnia roku zeszłego, pierwsze zaś ruchy płodu poczuła około połowy Stycznia r. b.; podczas przebiegu ciąży czuła się zupełnie dobrze. Praca porodowa rozpoczęła się dnia 21 Maja, około godziny 2 z rana. Bóle z początku były słabe, krótkotrwałe i rzadko przychodzące i dopiero około godziny 6-jej rano stały się dłuższymi i silniejszymi, a wezwana w tym czasie akuszerka sprawdziła rozpoczynającą się pracę porodową: ujście maciczne z trudnością przepuszcza palec, przoduje główka; opierając się więc na danych otrzymanych przy badaniu, przypuszczała prawidłowe ukończenie się porodu. I rzeczywiście bóle stawały się coraz częstszymi, a pod ich działaniem ujście powoli się rozszerzało i przodująca główka coraz bardziej się obniżała. Lecząc o godzinie 9 z rana, rodząca stała się niespokojną, bóle bardziej dokuczliwymi, a w pół godziny potem pojawił się pierwszy napad drgawkowy. wskutek czego natychmiast zażądano mojej pomocy.

Rodząca średniego wzrostu, dobrze zbudowana, z układem mięśniowym i kostnym prawidłowo rozwiniętym, przedstawia jednym słowem obraz kwitającego zdrowia. Jest nieprzytomna, znajduje się w stanie sennym, z którego z trudnością rozbudzić ją można; na zadawane zapytania nie odpowiada, pomimo tego, że do czasu mego przybycia były tylko dwa napady drgawkowe. Przy każdym skurczu macicy rodząca okazuje wielką niespokojność, rzuca się na łóżku, tak, że trzeba ją przytrzymywać by nie spadła z takiegogo.

Twarz silnie zarumieniona, źrenice zwężone, gałki oczne ku górze i nieco na wewnątrz skierowane; tętno pełne, równe, do 100 uderzeń na minutę, oddech przyspieszony i chrapliwy. Brzuch powiększony, powłoki jego jędrne, pępek wyrównany; dno macicy na 3 poprzeczne palce poniżej dołka sercowego; obwód brzucha na wysokości pępka 98 centymetrów; odległość od wyrostka mieczykowatego do pępka 22 centymetrów, od pępka zaś do spojenia łonowego 20 centymetrów. Powyżej pępka, nieco z prawej strony wyczuwa się części drobne płodu, a po nad spojeniem łonowym część twardą, okrągłą, t. j. główkę. Bicie serca płodu prawidłowe i wyraźne z lewej strony i nieco niżej pępka.

Przy wewnętrznym badaniu znaleziono: Ujście maciczne otwarte na dłoń; pęcherz płodowy całkowity, silnie naprężony; główka poprzedzająca prawie już ustalona w próżni miednicy, z powodu silnego naprężenia pęcherza, położenia główki ściśle określić nie można; wzgórka kości krzyżowej palcem dosię-

gnąć nie można; miednica żadnych nieprawidłowości nie przedstawia. Mocz wypuszczony kateterem śladów białka nie zawierał.

Podczas badania wystąpił nowy napad drgawkowy, trzeci z rzędu, a pierwszy przez nas obserwowany, wszystkie cechy prawdziwej eklampsji przedstawiający.

Ponieważ założenie kleszczy było jeszcze niemożliwym, przeto zaleciłem, z powodu silnego napływu krwi do mózgu, przystawienie 8 pijawek ze uszami [po 4 z każdej strony] zimny okład na głowę, do wewnątrz zaś przepisałem: *hydratis chlorali* 3j, *aq. destillat.* ʒij MDS Co $\frac{1}{2}$ godziny łyżkę stołową. Po zastosowaniu tych środków, chora się cokolwiek uspokoiła, jednakże drgawki z pierwotną siłą występowały. Bóle były silne i częste, a pod wpływem takowych ujęcie maciczne coraz bardziej się rozszerzało, nakonie pęcherz płodowy w godzinę nie spełnia po mojem przybyciu pękł, przy ujęciu dostatecznie rozwartem i główce zupełnie już w próżni miednicy ustalonej [o godzinie 10 $\frac{1}{4}$ z rana]. Drgawek porodowych było w tym czasie 3 napady [resp. 6]. Rodząca nieprzytomna, lecz czucie nie zniesione. Bicie serca płodu się staje mniej wyraźnym i prawidłowym. Wskutek tych okoliczności przystąpiłem natychmiast do wydobycia płodu za pomocą kleszczy, co z łatwością można było skutecznie, a po kilku [5—6] pociągnięciach, wydobyłem dziecię płci męskiej, żywe, donoszone, o godzinie 10 $\frac{3}{4}$ z rana. Po przewiązaniu sznurka pępkowego i oddzieleniu dziecka, wydobyłem z łatwością łożysko, które, już w znacznej części odklejone, w ujęciu macicznym się znajdowało. Macicę dobrze skurezoną, jako ciało twarde po nad spojeniem łonowem wyczuć było można. Podczas operacyi wystąpił znowu [7-my] napad drgawkowy.

Po rozwiązaniu położnica prawie natychmiast zasnęła i spała snem nieprzerwanym do rana dnia następnego Chloralu wyżyła pół drachmy. Gdy wieczorem tegoż dnia odwiedziłem położnicę, zastałem ją śpiącą, a drgawki od chwili porodu więcej się nie powtórzyły. Dla przekonania się o stanie macicy, położyłem rękę na brzuchu, tak, aby dłonią można było ująć dno tego narządu, lecz zaledwie dotknąłem się tylnej powierzchni macicy, natychmiast wystąpił znowu [8-my] napad drgawek, wprawdzie znacznie krótszy i łagodniejszy od poprzednich; tak podczas napadu, jakoteż i po ukończeniu takowego położnica bezprzeznacznie w śnie była pogrążoną. Zaleciłem dać łyżkę wyżej przepisanego lekarstwa. Na drugi dzień rano położnica okazywała jeszcze pewną wrażliwość i niespokojność, lecz po zażyciu pozostałej reszty chloralu znowu usnęła, a przebudziwszy się w 8 godzin, była zupełnie przytomną, nie wiedząc, co się z nią działo w ciągu ubiegłych 36 godzin.

Przebieg porożu zupełnie był prawidłowy, tak, że w dwa tygodnie po rozwiązaniu położnica do zwykłych swych domowych powróciła zajęć.

W końcu nadmienić muszę, iż mocz wypuszczony wkrótce po porodzie kateterem, śladów białka nie zawierał.

[C. d. n.]

III. JESZCZE W KWESTYI ZAPALENIA PŁUC NIEŻYTOWEGO I ŚRÓDMIAŻSZOWEGO.

Podał

D-r Władysław Biegański

lekarz szpitala N. P. M. w Częstochowie.

W N-rze 31 GAZETY LEKARSKIEJ r. z. poruszyłem kwestyję rozpoznawania różnych form zapaleń płucnych. W odpowiedzi na to kol. DUNIN uogólnił szczegółowo poruszoną sprawę i w krótkim a cennym swym dopisku wyraził swój po-

gład na zapalenie płuc i różne formy tegoż. Pozostałem długo dłużny w odnośności do wiedzy, nie chciałem bowiem lekko kwestyi tej trakować i zajmować się osobistą do niczego nie prowadzącą polemiką; brak zaś źródeł, brak literatury, które każdemu lekarzowi, piszącemu na prowincyi, dobrze czuć się daje, nie pozwolił mi na razie odpowiedzieć. Sądzę jednak, że sama sprawa nic na tem nie straciła wartości jej jest tą samą, jaką była przedtem, a zyskała pewnie na obiektywności i rozważnem namysleniu. Pomijam więc uwagę kol. D. co do rozpoznania opisanego przezemnie przypadku, w tym razie bowiem, nie widząc chorego ani przebiegu choroby, trzeba więcej polegać na zdaniu piszącego, niżeli na opisie choroby, który nigdy dość dokładnym być nie może, i przechodzę do daleko ważniejszej kwestyi ogólnej.

Kol. D. modyfikuje poruszone przezemnie pytanie w ten sposób, że zamiast pytać, czy istnieje ostre lub ostrawe zapalenie płuc śródmiąższowe, zapytuje się: „czy istnieje pewna grupa zapaleń płuc, odmienna pod względem etyjologicznym, rozpoczynająca się ostro i prowadząca do stwardnienia płuc?“ Sądzę jednak, że modyfikacja ta jest niesłuszną, dalecyśmy bowiem jeszcze od owej błogosławionej chwili, kiedy będziemy dzielili choroby etyjologicznie. Dziś, nawet pomimo olbrzymich postępów w parazytologii, mało jeszcze pewnego wiemy o przyczynach większości chorób. W tak typowej np. chorobie jak zapalenie płuc włóknikowe, czy dużo postąpiliśmy w etyologii z odkryciem *pneumonio-coccus*? Czy z odkryciem laseczników gruźliczych lub przecinkowych całkowicie stała się zrozumiałą etyologia gruźlicy i cholery? Czy jesteśmy obecnie w stanie dokładnie wytłomaczyć sobie warunki osobnicze i klimatyczne, jakim rozwój tych chorób podlega? A dopóki to nie nastąpi, nie możemy mówić napewno o takiej lub innej etyologii, gdyż zawsze znajdują się pesymiści, którzy na zasadzie nie dokładnie objaśnionych osobniczych lub innych warunków, będą podawali w wątpliwość całą mozolnie zbudowaną etylogię. Zresztą, czy dużo jest chorób, gdzie jako przyczynę możemy postawić jakiś ściśle określony lasecznik lub mikrokok? Z dotychczasowych naszych wiadomości o większości chorób wiemy mało etyjologicznie. To zaś co obecnie uważamy za przyczyny, może to są tylko współrzędne okoliczności jakiegoś niewiadomego bodźca. Nie możemy więc obecnie tworzyć podziału chorób pod względem przyczyn, musimy to pozostawić chyba przyszłości. Dla nas pozostaje tylko po dawnemu uwzględniać przy podziale przebieg kliniczny i anatomiję patologiczną. To też obstaję przy swoim pytaniu, które dokładnie określone, będzie następujące: czy istnieje pewna grupa zapaleń płuc, odmienna pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym, rozpoczynająca się ostro i prowadząca do stwardnienia płuc, t. j. czy istnieje t. z. zapalenie płuc śródmiąższowe ostre?

W uwagach moich, skreślonych w N-rze 31 G. L., poruszyłem tę kwestyję tylko z punktu widzenia klinicznego. Dla każdego bowiem lekarza praktyka jest to kwestyja najważniejsza, od niej zależy rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Każdy praktyk przyznać mi musi, że pod względem rozpoznawania różnych form zapaleń płucnych do niedawna istniał, a nawet po części istnieje, niezwykle zamęt. Ze wszystkich zapaleń płuc jedno tylko zapalenie włóknikowe, jako cho-

roba typowa, na zasadzie licznych charakterystycznych oznak łatwo mogło być wyróżniane; wszystko zaś co nie było zapaleniem płuc włóknikowem, a było zapaleniem, musiało być nieżytowem. Zamęt z tego względu był niesłychany. Dziecko po niezycie oskrzelowym dostało zajęcia płuc, było to zapalenie nieżytowe; dotknięty był dorosły człowiek gruźlicą płuc, było to także zapalenie płuc nieżytowe. Stwardnienia nawet płuc praktycy przyjmowali za nieżytowe zapalenie. Każdemu wiadomo, że do niedawna *broncho-pneumonia* i *pneumonia catarrhalis* były synonimami *phthiseos pulmonum*, *tuberculosis pulmonum*. Podobne zamieszanie było fatalne w rokowaniu. Jeżeli nieżytowe zapalenie jest to samo co suchoty i jeżeli suchoty zawsze były chorobą śmiertelną, ergo tedy każde nieżytowe zapalenie płuc winno dawać jak najgorsze rokowanie. Tymczasem u dzieci, a nawet w wielu razach u dorosłych, widziano wyleczenie z nieżykowego zapalenia płuc, zaczęto więc omawiać rzecz: „nieżytowe zapalenie płuc u dzieci może być wyleczonem, u dorosłych zaś prawie zawsze przechodzi w rozpad.“⁴ Inni zaś robili następujący podział w rozpoznaniu: dopóki nie ma śladów rozpadu, taki stan nazywa się zapaleniem płuc nieżytowem (*infiltratio catarrhalis*), następuje rozpad, są oznaki jam w płucach, to należy uważać stan ten za suchoty płucne (*phthisis pulmonum*). Dopiero odkrycie Koch'a dało możność ściśle wykluczyć swoistą, najzłośliwszą formę zapaleń. Można więc obecnie dokładnie wyróżniać dwie formy: włóknikowe zapalenie płuc i gruźlicze, wszelka zaś inna forma zapaleń płuc musiała być nieżytową. Ponieważ jednak, dzięki dokładnym pracom RILLIER'a i BARTHEZ'a, znano objawy właściwego nieżykowego zapalenia płuc, spotykanego u dzieci, przekonywano się więc ciągle, że istnieją liczne przypadki zapaleń płucnych, które żadną miarą ani pod zapalenie włóknikowe, ani pod nieżytowe podciągnąć się nie dadzą. Ztąd wyrosły pojęcia u praktyków, a nawet artykuły w pismach lekarskich, o niezwykłym przebiegu zapalenia płuc włóknikowego lub nieżykowego. Jeden właśnie z takich artykułów dał powód do podniesienia niniejszej kwestyi.

Zamieszanie to w rozpoznawaniu dałoby się chyba usunąć przez jeszcze ściślejsze różniczkowanie, przez wykluczenie z ogólnej sumy zapaleń płuc pewnych grup ze swoistym klinicznym przebiegiem, które dzisiaj zaliczają albo do włóknikowego, albo do nieżykowego zapalenia z tak zwanym niezwykłym przebiegiem. Temi myślami kierowany pisałem poprzednie moje uwagi o zapaleniu płuc śródmiąższowem. Cieszę się niewymownie, że właśnie kol. D. tak samo mnie zrozumiał i swojemi uwagami dał możność wszechstronnej rozpatrzyć tę kwestyję. Kwestyja to nie nowa, niejednokrotnie podnoszona i zarzucana, widocznie jednak dotąd nie wyczerpana.

Przystąpmy obecnie, po tych ogólnych uwagach, do omówienia pierwszej części naszego pytania: czy istnieją dane kliniczne, przemawiające za istnieniem zapalenia płuc śródmiąższowego z przebiegiem ostrym lub ostrawym? Kol. D. wątpi o istnieniu takich odrębnych klinicznych objawów, gdyż każde zapalenie sprowadza w płucach mniej więcej jednakowe zmiany, odpowiednio do czego i fizykalne objawy powinny być jednakowe. Przyznając pewną słuszność powyższemu orzeczeniu, w przypadkach gdzie mamy do czynienia z rozwiniętem zapaleniem, zgodzić się musi kol. D., że inaczej bywa, jeżeli przyjmujemy na

uwagę cały przebieg zapalenia, jego początek i zakończenie. Prawda, że rozwiniętego nieżyłowego i rozwiniętego włóknikowego zapalenia nie jesteśmy w stanie odróżnić na zasadzie samych fizykalnych objawów, lecz badając z początku, badając podczas całego przebiegu, prawie zawsze odróżniamy dwa te rodzaje zapaleń. Podając w poprzednich uwagach szemat różniczkowy, przyznaję, że dla uwidocznienia zbyt może zaakcentowałem niektóre objawy [np. co do braku kaszlu i rzężeń], lecz jak wiemy nie jeden objaw, ale cały obraz choroby decyduje o rozpoznaniu. Obraz zaś skreślony poprzednio dla zapalenia płuc śródmiąższowego jest rzeczywiście odrębny. Ten sam mniej więcej obraz spotykamy u BUHL'a przy opisanu klinicznym jego złuszczonego zapalenia, które jak wiemy jest zapaleniem śródmiąższowym. Ten sam niewyraźny początek, występowanie na obszernej przestrzeni, przeważne zajęcie całego płuca, długi przeciąg trwania choroby, zakończenie *per lysin* i t. p.. Prawie żadnej różnicy nie przedstawia również przebieg niektórych zapaleń płuc, uważanych jako włóknikowe z zejściem w stwardnienie. Co do tego czy możebnem jest zejście włóknikowego zapalenia w stwardnienie, zdania, jak wiadomo, są podzielone. W przypadkach, gdzie takie zejście obserwowano, przebieg był niewyraźny, brakowało zwykle wielu objawów, tak, że wątpliwość sama przez się zachodziła. Kol. D., zdaje się, przyjmuje możność tego zejścia. Jest on zdania, że każdy bodziec zapalny, jeżeli tylko dłużej działa, powoduje rozrost tkanki łącznej; możebnem więc jest zejście w stwardnienie po każdym zapaleniu, czy to włóknikowem czy to nieżyłowem, a najczęściej gruźliczem. Zależność jednak ta od długo trwającego zapalenia nie jest tak prostą, jakby się napozór zdawać mogło. W takim razie jakże objaśnić sobie przypadki, opisane przez ANDRAL'a i LEYDEN'a, gdzie rozejście po zapaleniu nastąpiło dopiero po 4 miesiącach, przyczem rozejście było zupełne, stwardnienia ani śladu, lub przeciwnie, przypadek opisany przez GLUZIŃSKIEGO, gdzie zapalenie trwało 8 dni, a stale jednak pozostało stwardnienie wierzchołka płuc. Zdaje się, że pewniejszą rzeczą byłoby tego rodzaju zapalenia płuc, już ze względu na odrębny przebieg kliniczny i całkiem swoiste zejście, nie zaliczać do zapaleń włóknikowych, lecz wytworzyć dla nich osobny poddział.

Kol. D. dalej powiada, że i nieżytowe zapalenia płuc, nawet częściej jeszcze niż włóknikowe, gdyż dłużej trwają, prowadzą do stwardnienia. O tego rodzaju nieżyłowych zapaleniach możnaby napewno powiedzieć, że dlatego są zaliczone do nieżyłowych, że z przebiegu nie można było ich zaliczyć do włóknikowych. Wątpić należy, czy z prawdziwego zapalenia płuc nieżyłowego u dzieci może wytworzyć się rozlane stwardnienie. Że po długo trwającym zapaleniu płuc nieżyłowem mogą wytworzyć się ograniczone w kształcie wysepek rozrosty tkanki łącznej, jako *peribronchitis* lub *perialveolitis*, to nie ulega najmniejszej wątpliwości. Mówimy tu jednak nie o ograniczonym, lecz rozlanym zapaleniu na całe płaty płuc, a takiego po zapaleniu płuc nieżyłowem nigdy jeszcze nie widziano.

Wogóle muszę tu nadmienić, że kol. D. widocznie przypuszcza tylko istnienie ograniczonego ogniskowego stwardnienia, stwardnienia zaś rozległego, płatowego nie uznaje. Tymczasem ja tu właśnie mówię o rozlanym zapaleniu. Że przy sekcjach, rzadko wprawdzie, lecz spotykamy rozlane stwardnienia, o tem świadczą

wyżej wspomniana praca GLUZIŃSKIEGO ¹⁾, oraz cytowana przez GLUZIŃSKIEGO praca CHARCOT'a. Ogniskowe stwardnienia, najczęściej spotykane, są wynikiem przewlekłego zapalenia, rozlane zaś powstają z ostrego zapalenia, swoistego co do klinicznego przebiegu i obrazu anatomo-patologicznego. Poglądy BUHL'a na jego złuszczone zapalenie mogły być nie przyjęte, trzeba się jednak zgodzić, że opisy licznych sekcji przez niego przytaczane, makroskopowe i mikroskopowe obrazy przedstawione mają wartość faktów. Jego poglądy na ściśle rozróżnianie powierzchownych i miększych zapaleń nie dadzą się może zupełnie obronić, fakty jednak przez niego zebrane pozostaną i przemawiają za tem, że są zapalenia z przeważnym udziałem tkanki łącznej, kiedy same pęcherzyki płucne podrzędną przy nich odgrywają rolę. Niezależne unaczynienie tkanki łącznej płucnej (*ar. bronchialis*), na które BUHL, zdaje się, pierwszy zwrócił dokładną uwagę, przemawiają także za tem. Ponieważ własnych spostrzeżeń nie posiadam, a literatury odpowiedniej także dokładnie nie znam, przytaczam więc tylko w skróceniu opis anatomo-patologiczny, podany przez BUHL'a ²⁾: „Zapalenie zwykle obejmuje jeden płat i w takim razie najczęściej górny, albo też jedno całe płuco. Objętość i waga zajętego płata lub płuca znacznie powiększona. Ani po wyjęciu z klatki piersiowej, ani po przekroju płuco nie opada, sprężystość tkanki łącznej zniesiona. Powierzchnia przekroju pokazuje, że zapalenie jest rozlanem, płatowym, pęcherzyków powietrza w cieczy wyciekającej bardzo mało, lub wcale nie ma; powierzchnia dalej jest nieznacznie ziarnistą, ciemno zabarwioną. Ziarni-

¹⁾ „Ponieważ takie zapalenie ma prowadzić do rozrostu tkanki łącznej, musielibyśmy więc widywać rozlane, na całe płuco rozciągające się stwardnienia, kiedy w rzeczywistości takowe bywają zawsze ograniczone i porzrucane w postaci pasm lub guzów“ słowa D-ra DUNINA. Protokół sekcyjny podany przez GLUZIŃSKIEGO jest następujący: „Płuco prawe prawie na całej powierzchni i to najwięcej w częściach górnych i tylnych zrosnięte ściśle z ścianą klatki piersiowej jednostajnym pokładem błoniastym, włóknistym, tak, że w tych częściach płuco tylko wraz opłucną zebrową wyjąć się daje... Po wyjęciu płuco prawe przedstawia objętość dość znaczną. Na zgrubiałej opłucnej widać w częściach bocznych lekkie odciski żebrowe. Płuco przy dotykaniu na całym obszarze swej górnej części przedstawia niezwykłą zbitość i twardość, która stopniowo idąc ku dołowi zmniejsza się tak, że najniższa i przednia część płatu dolnego w dotyku przedstawia prawidłową sprężystość... Płuco to przy zwykłym przekroju podłużnym przedstawia niezwykłą twardość, powierzchnię przekroju gładką, w częściach tylnych i dolnych szaro-czerwona. Z powierzchni przekroju płatu górnego i średniego, które prawie zupełnie są bezpowietrzne, za uciśkiem wydobyć można mało cieczy lekko krwawo zabarwionej, niepienistej... Górne części tego płuca obok swego dość jednostajnego wejrzenia są znacznie zbite i twarde, nawet przy silnym uciśku palców wcale rozkruszyć się nie dadzą. Grubsze i cieńsze pnie oskrzeli nie są rozszerzone i zawierają tylko małą ilość cieczy śluzowej lepkiej. Badanie drobnowidzowe stwierdziło wszędzie znaczne zgrubienie ścian pęcherzyków płucnych przez bujanie organizujących się wrzecionowatych wybujałości tkanki łącznej, tak, że bardzo wiele pęcherzyków płucnych tkaniną tą w całości wypełnionych zostało; nie mniej stwierdzono zgrubienie przegród międzyzrakowych, a gdzieśgdzie i tkanki okołoskrzelowej, a nadto w częściach płuc więcej ku dołowi położonych ślad wypociny drobnokomórkowej do wnętrza pęcherzyków złożonej“. GLUZIŃSKI: „Kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego w zapalenie międzymiędzyzowe“. Zbiór prac z kliniki lekarskiej Prof. D-ra KORCZYŃSKIEGO. Zeszyt X.

²⁾ BUHL. „Wospalenie logkich, bugoretatka i czachotka“, tłumaczenie rosyjskie, stron. 43, 44, 45.

stość ta jest jednak innego rodzaju, aniżeli przy zapaleniu płuc włóknikowem. Podczas tego ostatniego, ziarenka występujące na powierzchni, stanowiły wypełnione wysiękiem pęcherzyki płucne, tutaj przeciwnie, nacieczona tkanka międzypęcherzykowa występuje w kształcie ziarenek, pomiędzy nimi znajdujemy zapadnięte pęcherzyki płucne. Przy drobnowidzowem badaniu znajdujemy w znacznej ilości zluszczony nabłonek płucny, przerodzony tłuszczowo; dalej tkankę śródmiąższową płuc znacznie zgrubiałą, wskutek nowotworzenia tkanki łącznej [znaczną ilość komórek wrzecionowatych]; dość zeszkrobać nożem powierzchnię rozkroju i badać pod mikroskopem, żeby się przekonać o ogromnej ilości komórek wrzecionowatych. W tkance około oskrzelowej możemy nawet znaleźć znaczne zgrubienia łącznotkankowe w kształcie białych pasemek.“

Na zakończenie chciałbym jeszcze kilka słów powiedzieć o etyologii śródmiąższowych zapaleń. W rzeczy samej, gdybyśmy byli w stanie odnaleźć osobny etyologiczny pierwiastek, słusnie już tem samem moglibyśmy wyosobnić te zapalenia, nawet bez względu na przebieg i anatomiję patologiczną. Wątpliwą jest jednak rzeczą, czy to się kiedy uda. Widzimy bowiem, że stwardnienia ogniskowe przyłączają się do najrozmaitszych etyologicznie chorób płucnych. Spotykamy je przy gruźlicy, przy przewlekłem zapaleniu oskrzeli, przy pylicy. Dlaczego jednak zapalenie gruźlicze u jednego osobnika prowadzi do rozpadu, u drugiego do stwardnienia, dlaczego przewlekłe zapalenie oskrzeli raz prowadzi do rozpadu płuc [zaniku], inny raz do stwardnienia [nowotworzenia], są to rzeczy dotychczas nie objaśnione. Teoryja BENEKE'go ³⁾ o tak zwanem *fibromatosis*, stanowi rzeczywiście pewien krok naprzód. Podług tej teoryi przyczyną należy szukać w organizmie i w osobniczych warunkach, bodaj czy nawet nie w krwiobieg płucnym. Żeby nastąpiło wytwórcze zapalenie, wytwarzanie się nowej tkanki łącznej, potrzeba pewnego zasobu materyału odżywczego, pewnego przekrwienia. Wobec takiego przekrwienia, wobec bogactwa odżywczego materyału, wysięk łatwo się może organizować. To też duże serce, szerokie naczynia powinny być zawsze właściwością organizmów, w których zapalenia przewlekłe przechodzą w stwardnienia (*Constitutio fibromatosa* BENEKE'go). Przeciwnie zaś niedokrwistość płuc, osłabiony krwiobieg, powinny sprzyjać rozpadowym procesom. W samej rzeczy BENEKE na zasadzie swoich pomiarów znalazł, że u suchotników serce bywa względnie małe, a naczynia wąskie. Wysięk wskutek zapaleń przewlekłych w ostatnim przypadku, w braku dostatecznego odżywczego materyału, nie może się organizować, podlega przerodzeniu tłuszczowemu, wysycha w niedokrwistej tkance płuc i sprowadza ogniska serowate. Być może, że nie tylko przekrwienia czynne, lecz i przekrwienia bierne odgrywają tę samą rolę. Taby nam tłumaczyło dawno obserwowane przez praktyków fakty, że przy wadach serca i przewlekłych nieżytach oskrzeli sprawy rozpadowe płuc są względną rzadkością. Przekrwienie tłumaczyłoby nam owe częste krwotoki i krwioplucia w suchotach włóknistych. Tak pojmując owe osobnicze warunki stwardnień łącznotkankowych, możemy objaśnić zapalenie płuc śródmiąższowe

1) BENEKE: Deutsch. Archiv für klin. Med. Bd. XXIV i „Constitution und constitutionelle s Kranksein des Menschen“. Marburg. 1881.

następującym sposobem: jakkolwiek bodziec zapalny wywołuje u osobnika zżywionym krwiobiegim płucnym zapalenie rozlane. Otóż to zapalenie rozlane przebiega u takiego osobnika całkiem inaczej, przeciąga się znacznie dłużej i albo kończy się rozejściem zupełnym, albo przechodzi w rozrost tkanki łącznej. Co się tyczy zejścia w ropienie, atakowanego tak usilnie przez kol. D., to nie myślałem wcale zaprzeczać istnienia swoistego etjologicznie pierwiastku ropienia. Owszem, powtarzam, że jednym z zejść śródmiąższowego zapalenia może być ropienie, jeżeli bodziec wywołujący to zapalenie jest zakaźnego pochodzenia. Wszakże tak zwana *pneumonia dissecans* RINDFLEISCH'a nie jest niczem innym, tylko ropnem zapaleniem płuc śródmiąższowem.

NOTATKI LEKARSKIE.

3. Zrośnięcie powiek wrodzone częściowe obustronne; brak otworu stolcowego.

Młodym i zdrowym rodzicom urodziło się siódme dziecko—dziewczynka. Dziecko było donoszone i zdawało się zdrowem zupełnie; wprawdzie oczu nie otwierało, ale nie zwracano na to uwagi; zdawało się rzeczą naturalną, że nowonarodzone śpi. Wkrótce jednak przekonano się, że dziecko nie ma otworu stolcowego. Przywieziono je do ambulatoryjum chirurgicznego w szpitalu starozakonnych i tu dokonana została operacja drugiego dnia po urodzeniu z zupełnie pomyślnym skutkiem.

Skóra była zupełnie gładką i miejsce, gdzie otwór znajdować się powinien, niczem się nie odznaczało. Po nad otworem sromnym zrobiono więc cięcie podłużne, przez otwór wsunięto zgłębnik do pustej jamy, w której znajdowała się kieszka ślepo zakończona. Uchwycono ścianę kiszki dwoma szczypczykami i zrobiono w niej otwór, a wreszcie ten otwór do rany skórnej przyszyto. Rana zagoiła się prędko i oddawanie stolca zupełnie prawidłowo się odbywa.

Po paru dniach, skoro już z jednej strony przemineła obawa, zwrócili rodzice uwagę, że dziecko otwiera oczy bardzo niedostatecznie, a wreszcie spostrzegli, że powieki są zrośnięte. 22 Stycznia r. b. przywieziono trzytygodniowe dziecko do mego ambulatoryjum, a w dniu 23 za pomocą operacji wadę usunąłem. Ponieważ przypadek należy do bardzo rzadkich, a jednoczesny brak otworu stolcowego jeszcze bardziej ciekawym go czyni, dlatego opisuję go szczegółowo.

Dziecko dobrze rozwinięte; przy dokładnem obejrzeniu żadnej zresztą nieprawidłowości w budowie dostrzedz nie można; pod wszystkimi względami jest zdrowe.

Dziecko otwiera oczy; ale mostki skórne, wąskie i krótkie, w środku obu szczelin powiekowych się znajdujące, pozwalają tylko w bardzo niedostatecznej mierze oddalać się powiece górnej od dolnej; oko prawe otwiera się trochę szerzej niż lewe.

W samym prawie środku szczeliny powiekowej prawego oka widać jakby mostek skórny, który spaja obie powieki; mostek ma szerokość jednego milimetra i tak samo jest długim; barwę ma zupełnie do barwy skóry podobną i znajduje się

po za rzęsami, dobrze rozwiniętymi. Gdy dziecko otwiera oczy, ten mostek, który zdaje się być tylko dosyć cienką blaszką, rozciąga się widocznie i prawdopodobnie jest on już dłuższym, bardziej rozciągniętym, niż był zaraz po urodzeniu. Rodzice utrzymują stanowczo, że oczy coraz więcej się otwierają, a i mnie się zdawało, że w ciągu tych kilku dni dostrzegłem pewną różnicę. Może, po dłuższym czasie mostek by się rozciągał, cieniował stopniowo, a wreszcie przerał i zanikł.

Szczelina powiekowa przedstawia się więc przepołowioną; część jej wewnętrzna ma około 8 milimetrów długości, część zewnętrzna, krótsza, tylko na 5 milimetrów jest długą. Gdy dziecko oczy otwiera, powieka górna oddala się od dolnej powieki w wewnętrznej części szczeliny powiekowej na 3 milimetry, w części zewnętrznej daleko mniej. Przy takim otwarciu, dziecko swobodnie oczami porusza i rozgląda się; widocznym jest nawet pewien wysiłek w unoszeniu górnej powieki; gałkę oczną widać wcale dobrze; zdaje się ona pod wszystkimi względami prawidłową, równie jak i same zresztą powieki. W kąciку zewnętrznym powieki są także zrosnięte i to w ten sposób, że brzeg górnej prawie zupełnie do brzegu dolnej przylega; rzęsy zachodzą dalej po za otwartą część szczeliny powiekowej; zrost ten zewnętrzny ma 3 milimetry długości. Długość całej szczeliny powiekowej wynosi w ten sposób około 17 milimetrów.

W oku lewym mostek skórny jest bardziej ku nosowi przybliżony; jest on dwa razy szerszym od mostka w oku prawym, ale krótszym od niego; tak samo zresztą znajduje się po za rzęsami i wygląd ma taki sam. Obok tego większego mostka i tuż przy nim od strony wewnętrznej, znajduje się zrost drugi, zupełnie podobny, ale bardzo cienki, mający wygląd już nie tasiemki, ale niteczki skórnej. Przy zewnętrznym kąciку powieki są również zrosnięte, ale tylko na długość 2 milimetrów. Oko lewe daleko mniej się otwiera, niż prawe.

Obciąłem mostki nożyczkami krzywymi. Dziecko ułożyłem główką na moich kolanach, palcami ręki lewej rozciągnąłem powieki; skutkiem czego zrosty lepiej się uwydatniły i oddaliły się od gałki o tyle, że koniec nożyczek można było wsunąć bez obawy zadrażnienia rogówki. Podsunąwszy w ten sposób nożyczki pod górny koniec mostka i nacisnąwszy je mocno ku brzegowi powiekowemu, odciąłem mostek od powieki górnej. Uchwyciwszy następnie cienkimi szczypczykami haczykowatymi odcięty koniec mostka, który sterczał jak wyrostek ze środka dolnej powieki, odciąłem go zupełnie. Obie rany na mostku były skośne ku tyłowi, a w ten sposób tylna powierzchnia znacznie była krótszą od przedniej. Ranki na brzegu powiekowym były wąskie, podłużne i samą tylko przestrzeń środkową brzegu powiekowego zajmowały; zarówno od strony skóry, jak od łącznicy, pomiędzy wargami brzegu powiekowego, a brzegami rany pozostawała pewna przestrzeń nie zraniona. Krwawienie było niewielkie i trwało minut kilkanaście, po czem ranki przedstawiały się tylko jako niewyraźne, gładkie zagłębienia. Ranki, po odcięciu niteczki skórnej w oku lewym, które zrazu jako punkciki krwawiące wyglądały, ściągnęły się zupełnie. Powieki można było odwrócić swobodnie, przyczem łącznice i gałki zupełnie prawidłowymi się okazały.

Rozszerzenie szczeliny powiekowej w kącikach zewnętrznych, które wymagało już bardziej zawilej operacji, dla uniknięcia zrostu następczego, wolałem odłożyć na później, gdy dziecko dorosnie.

Zygmunt Kramsztyk.

Wiadomości bieżące.

Porządek dzienny posiedzenia bijologicznego Towarzystwa Lekarskiego, odbyć się mającego dnia 16 Marca 1886, jest następujący:

- 1) SOKOŁOWSKI. Przyczynek do dyjagnostyki raka krtani.
- 2) FABIAN. O kąpielach elektrycznych.
- 3) ROSENTHAL ALBERT. Przypadek afazji amnestycznej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 9. BIEGAŃSKI. O naczynioruchowym oddziaływaniu skóry u przymiotowych. *Przegląd lekarski Nr. 9.* RUMSZEWICZ. O szparze brodkowej oka. — MIKULICZ. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznej. — KLIKOWICZ. Przyczynek do badania wpływu niektórych środków higienicznych na przetwarzanie istot białkowych w peptony. — OBTUZOWICZ. O dyfteryji szczególnie pod względem etjologicznym.

Zdrowie Nr. 6. WICHERKIEWICZ. Kolonija wakacyjna w Poznaniu. — ŁUCZKIEWICZ. Cieplice [termy] węgierskie. — POLAK. Śmiertelność podług zajęć w Warszawie. — CHODECKI. Kawa i herbata. — Sprawozdanie z dzieła komisji niemieckiej o spożytkowaniu odpadków miejskich. — HEURICH. Zapobieganie wilgoci w mieszkaniach. Postępy sanitarne. — Rozbiór 32. gatunków piwa z wystawy przemysłowo-rolniczej w r. 1885. — Obrady nad dezynfekcją w Warszawie. — Korespondencje: z Paryża [D-r ZŁOTNICZ]. — Z Radomia [GOLDSZMIT]. — Notatki biblijograficzne. — Kronika. — Dział statystyczny i meteorologiczny.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

- A. BAGIŃSKY. Wykład chorób dzieci. Tłómaczenie z niemieckiego p. D-r W. KOSMOWSKIEGO. Dzieło ma wyjść w ciągu r. b. w 3 tomach. Tom I. Warszawa 1886.
Rocznik Medycyny krajowej. Rok VIII. 1886.
KADLER. Lecznice Warszawskie. Warszawa. 1886.
Otoczet o sostojanii obszczestwiennago prizrienia w gorodie Warszawie za 1884 god. Warszawa 1885.
SCHENK. Zur Aetiologie der Skoliose, Berlin. 1885.
LASSER Ueber die therapeutische Verwendung des Lanolin. [Odbitka z Berl. klin. Woch. 1886. Nr. 5].
WEISSENBERG. Intrauterine Behandlung der Endometritis chron. mit Jodoform. [Odbitka z Berl. klin. Woch. 1886. Nr. 5].

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

W-nemu D-rowi Z. w Makarowie. W Warszawie istnieje jeden tylko zakład prywatny dla umysłowo chorych, zakład sukcesorów D-ra CHOMENTOWSEIEGO. Utrzymanie kosztuje od 100 rs. miesięcznie.

Sprostowanie. W N-rze 9 GAZETY LEKARSKIEJ w artykule „Grzybki chorobotwórcze“.

Str.	168	wiersz	3	od	dołu	zamiast:	po	upływie,	powinno	być:	i	po	upływie
„	170	„	18	„	„	„	ZIEHI	„	„	„	ZIEHL		
„	171	„	7	„	góry	„	SCHON'a	„	„	„	SCHOU'a		
„	171	„	5	„	dołu	„	SCHON'a	„	„	„	SCHOU'a		
„	172	„	3	„	góry	„	SCHON'a	„	„	„	SCHOU'a		
„	173	„	11	„	„	„	wstanie	„	„	„	w	stanie	
„	174	„	2	„	„	„	3 wody	„	„	„	300	wody	
„	174	„	1	„	dołu	„	SCHON	„	„	„	SCHOU.		

Do dzisiejszego N-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Styczeń 1886.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Целувурою Варшава, 20 Февраля 1886 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr 29.