

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

5 godz. od Warszawy, 1 godz. od Lublina, 4 wiorsty od stacyi dr. Nadwiślanskiej Nałęczów.

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY NAŁĘCZÓW

Apteka, poczta, w Zakładzie, Telegraf, na stacyi pociągów na pociągi pocztowe, Fotografija, konie wierzchowe, Teatr, koncerty.

Z zastosowaniem elektryczności i massażu, oraz dom zdrowia dla chorych chronicznych, cały rok otwarty pod kierownictwem D-ra Konrada Chmielowskiego. Od 1 Czerwca do 1 Października: kąpiele żelaziste, borowinowe Nałęczowskie, igliwowe i wszelkie sztuczne, wody mineralne, naturalne i sztuczne, kumys, mleko i t. d., gimnastyka lecznicza. Urządzenia zakładu wykwinie i wygodne; w sezonie letnim wspólnie z dyrektorem leczą chorych konsultanci specjaliści.

W Nałęczowie leczą się skutecznie cierpienia przewlekłe nerwowe, organów trawienia, niezżyty dróg oddechowych, osłabienia płciowe, choroby kobiece, niedokrwistość, wycieńczenia i t. d.

Koszt całodziennego utrzymania z kuracją od 3 rubli, dzieci płacą połowę — w sezonie zimowym ceny niższe. Bliższych objaśnień udziela na miejscu

Administracyja Zakład ,

w Warszawie apteki: Barcza, Heinricha i Bogusławskiego. 6—1

Administracyja Gazety Lekarskiej

przyjmuje do końca Maja r. b. prenumeratę na dzieło
(około 40 ark. druku in 8-vo mającego).

Dra Zieleniewskiego

RYS BALNEOTERAPII,

w kwocie rs. 3 kop. 50

FOSFORAN ŻELAZA

(Pyrophosphate de Fer et de Soude)

LERASA Doktora Umiejętności.

Środek ten w stanie ciekłym jako **roztwór** przezroczysty, albo też jako **syrop** bezbarwny, zawsze bez smaku żelaza, nie działa szkodliwie na zęby, nie sprawia zartwardzenia i może być zniesionym przez najdelikatniejsze żołądki łączy w sobie pierwiastki wyrabiają krew i kości t. j. żelazo i kwas fosforowy.

Jedna łyżka stołowa zawiera 20 centygramów fosforanu żelaza i sody. Skutecznie używanym jest przeciwko **bladaczce** i w cierpieniach pochodzących z niedokrwistości.

Składy: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

SANTAL MIDY

APTEKARZA I-ej KLASY W PARYŻU.

Kapsułki zawierają zupełnie czysty **Wyciąg drzewa Santalowego cytrynowego** z Bombayu. Mnóstwo doświadczeń poczynionych w wielu szpitalach Paryżkich wykazało, iż wyciąg **drzewa Santalowego cytrynowego** odznacza się działaniem daleko skuteczniejszym aniżeli **Kopajwa, Kubeba i olejek terpentynowy**. Przy użyciu wspomnianego przetworu leczniczego zastosowanie jakichbyż środków zewnętrznych staje się zbytecznym, a w ciągu dwóch lub trzech dni ustępują wszelkie cierpienia zarażliwe, nawet najboleśniejsze i najbardziej za starzale, przyczem wszakże mozz nie nabiera złej woni. Nie wywołuje odbijania się, wymiotów, bólów brzucha i rozwolnienia; skutecznym również bywa przy katarze pęcherza i krwawieniu z pęcherza.

Skład: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

SYROP CHRZANO-JODOWY

SYROP DE REFORTIODÉ

Preparowany na zimno przez Grimault.

Jest to ściśle połączenie ze sokiem z roślin antyskorbutycznych: **rzeruchy, chrzastu, warzęchy i wodnej koniczyny**, nieczułych na działania krochmalu. Nieszkodliwość tego przetworu dla żołądka i wnętrzości powoduje, że jest najwięcej używanym ze wszystkich mieszanin syropowych, składających się z jodku potassu i jodku żelaza i czyni go cennym środkiem dla medycyny w chorobach dzieci, jako to: strupy na ciele niemowląt, limfatyczność i suchoty.

Syrop chrzasto-jodowy używanym jest w Paryżu na wielką skalę, jako środek zastępujący tran, wydobywany z wątroby dorsza, nie wywołując najmniejszej nudności.

Każda łyżka stołowa równa się 5 centygramom jodu: dawka przepisana dla dzieci jest łyżka stołowa rano i wieczór: a dla dorosłych 2—4 łyżek.

Składy: w Paryżu 8 rue Vivienne we wszystkich znaczniejszych aptekach.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katar, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

Znajduje się we wszystkich aptekach.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. JAKOWSKI. Grzybki chorobotwórcze. — II. J. STYPIŃSKI. Przyczynę do nauki o drgawkach porodowych (*Eclampsia parturientium*). — III. Wł. BIEGAŃSKI. Jeszcze w kwestyi zapalenia płuc nieżyłowego i śródmiąższowego. — *Notatki lekarskie.* 3. Z. KRAMSZTYK. Zrośnięcie powiek wrodzone częściowe obustronne i brak otworu stołowego. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi Redakcyi. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE.

Napisał

M. Jakowski

b. ordynator kliniki dyagnostycznej.

VIII. Mikrokoki 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 mikrokoki, opisane po raz pierwszy przez NEISSER'a, nazywane teraz powszechnie od imienia odkrywcy *Gonococcus Neisseri*; mikrokoki 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 mikrokoki 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 mikrokoki leżą pojedynczo, co jednak stosunkowo zdarza się dość rzadko, najczęściej zaś spotykamy je połączone po dwa, tworzące tak jak i mikrokoki zapalenia płuc t. zw. diplokoki i wówczas to zwrócone ku sobie powierzchnie każdego z dwóch pasorzytów są spłaszczone. Za bardzo ważną cechę tych mikrokoków

uważają 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 mikrokokki 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.

Mikrokokki 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 wydzielina dróg rodnych matki dotkniętej rzeżączką dostanie się do oczu dziecka, a więc także drogą bezpośredniego przeniesienia zarazka. Gdy mikrokokki 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; wydzielina rzeżączkowa w ostrym okresie zawiera zawsze bardzo liczne swoiste mikrokokki, 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, mikrokokki rzeżączkowe znikają bezpowrotnie wraz z wydzieliną; w cięższych zaś nieraz nawet po roku, przy każdym nasileniu sprawy i ponownem zjawieniu się wydzieliny, 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, mikrokokki 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 ciele 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 naczynia chłonne lub krwionośne mikrokokki 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 ścięgniętych. 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 kiszki 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 jedno 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 wilgotną 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. Takież wyniki hodowli z wydzieliny rzeżączkowej otrzymał 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 ujawszy 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 uważać

zać za dobre, gdyż wyniki szczepienia takowych wywoływały rzeżączkę, o czem 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 zaszczenie czystych hodowli małpie, jakkolwiek tak bardzo blizkiej 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 blizkim śmierci, wstrzyknął do cewki moczowej całą szprycę 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 nerwie prawej; we wszystkich tych wytworach chorobowych znaleziono bardzo liczne mikrokoki rzeżączkowe takie same, jakie były zaszczenie z hodowli. BUMM zaszczenie za pomocą igły platynowej nieco czystej hodowli z surowicy kobiecie, której narządy moczopłciowe były najzupełniej zdrowe; szczepienia zaś dokonał na 1 cm. 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 tylu badaniami doświadczalnemi, 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 diplokokki i wogóle, jak zwykle przy badaniu pasorzytów, 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 wyższe podane barwniki fioletowe i brunatne, więc preparat można na dłużej w niej zostawić bez obawy przebarwienia. Przebarwienia preparatu trzeba unikać koniecznie dlatego, że za pomocą odbarwiania nie można wyciągnąć nadmiaru barwnika z jąder komórkowych, aby w ten sposób uwidocznić tam pasorzyty, 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 f u k s y n y, 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 f i j o l e t u 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 o l e j k u c e d r o w e g o, gdyż ten również pozbawia gonokoki części barwnika, a następnie przenieść do ogrzanego b a l s a m u k a n a d y j s k i e g o, 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 ostrej 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 BUMM'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 Micrococcusform. 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. Vierteljahrscr. 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 gonorrhoeischen 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 (*Eclampsia parturientium*)

napsal

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 przykładając 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 wewnętrznym 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 nadwyzajną dokonałem łatwością, a po 2 pociągnięciach wydobyłem 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 łonowem wyczuwać ją było można; krwawienia z części płciowych żadnego nie było. Dla ogólnego uspokojenia położnicy przepisałem do wewnątrz *hydras chlorali* [5j na 5iij], 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 łożko. Dziecię na 3 ci dzień po urodzeniu *ex debilitate vitae* — zmarło. Mocz wkrótce po porodzie wypuszczony kateterem ślądów w 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.

Zofija 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 jeszczei nienaruszony; 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 rozwarne 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 zewnętrznym badaniu, położenia płodu określić nie można, jak również i bicia serca płodu wysłuchać nie byłem w możności. Rodząca senna, nieprzytomna. Tętno pełne, twarde, prędkie, do 120 uderzeń na minutę dochodzące; oddech prawidłowy. Mocz wypuszczony kateterem śladów białka nie zawierał.

Przy wewnętrznym badaniu znaleziono: ujście maciczne otwarte na wielkość 10 złotych polskich, brzegi jego dosyć grube, mało podatne, pęcherz płodowy napęczniony i nieco tylko naprężony; przoduje czaszka dosyć wysoko jeszcze się znajdująca i pozwalająca się nieco unosić (*balottement*). Podczas badania wystąpił 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 postanowiłem cokolwiek z czynną pomocą się powstrzymać, z powodu zaś silnego napływu krwi do mózgu — zaleciłem przystawienie 12 pijawek za uszami [po 6 z każdej strony], zimny okład na głowę, do wewnątrz zaś dla ogólnego uspokojenia, przepisałem *hydr. chloral.* 3j na 2 uncyje wody, co 20 minut łyżkę stołową. Lecz pomimo 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 w próżnię miednicy zstąpiła i ujście również cokolwiek więcej się rozszerzyło. Pragnąc przyspieszyć nieco ukończenie pracy porodowej [*resp.* przerwać napady], przystąpiłem w tym czasie do sztucznego rozszerzenia ujścia macicznego, za pomocą ręcznej manipulacji, co po 20 minutach skutecznym na tyle, że już można było uciec się do założenia kleszczy. Założywszy takowe, po kilku trakcyjach wy dobyłem dziecię płci męskiej, donoszone, nieżywe. Podczas operacji napady drgawkowe trzykrotnie się powtórzyły [razem 16]. Po urodzeniu dziecięcia przekonałem się, że jeszcze drugi płód w jamie macicy się znajduje, a z powodu bezprzeistannie pojawiających się drgawek postanowiłem przez obrót na nóżki i pociąganie za takowe płód ten jak najspieszniej na zewnątrz wydobyć, co z wielką dało się skutecznici 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 sztucznym odklejeniu i wyjęciu łożyska, macicę jako ciało twarde, tuż po nad spojeniem łonowem wyczuwać było można.

Pomimo ukończenia porodu, drgawki nie ustępowały; położnica zupełnie nieprzytomna, polykanie 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 porogu. W kilka dopiero dni potem dowiedziałem 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 mogła być wykonaną. Na zakończenie nadmienię 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 żona rzeźnika, podczas ciąży zupełnie cieszyła się zdrowiem; poród zupełnie prawidłowo przebiegał i jak na pierwiastkę dosyć nawet prędko, w 10 mniej więcej bowiem godzin się ukończył. Urodziło się w położeniu czaszkowem dziecię płci żeńskiej, donoszone, żywe; łożysko samo odeszło. Macica, według słów dozorującej akuszerki, dobre 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 takiż sam napad. Podczas nieobecności mej w domu, D-r J. stwierdził drgawki [eklampsyja] i zaordynował przystawienie 16 pi Jawek 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 częstotliwością 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 łonowem wyczuwać można. Położony dla zbadania położenia dna macicy ręką 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, śladowo białka 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, ławatywę z oleju rycynowego, 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 ławatywie 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 ręką 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 takiz sam; ciepota 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-ej 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. Lecz 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 kwitnącego 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 takowego.

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 brucha 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.* ℥iij 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 niespełna po mojem przybyciu pękł, przy ujęciu dostatecznie rozwartem i głowce zupełnie już w próżni miednicy ustalonej [o godzinie 10 $\frac{1}{2}$ z rana]. Drgawek porodowych było w tym czasie 3 napady [resp. 6]. Rodząca nieprzytomna, lecz czucie nie zniesione. Bicie serca płodu się staje mniej wyraźnem i prawidłowem. Wskutek tych okoliczności przystąpiłem natychmiast do wydobywania płodu za pomocą kleszczy, co z łatwością można było uskutecznić, 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 skurczoną, jako ciało twarde po nad spojeniem łonowem wyczuć było można. Podczas operacji 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 bezprzestannie 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-

gląd na zapalenie płuc i różne formy tegoż. Pozostałem długo dłużny w odpowiedzi, 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, wartość jej jest tą samą, jaką była przedtem, a zyskała pewnie na obiektywności i rozważnem namyśleniu. 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, dalecysmy bowiem jeszcze od owej błogostawionej 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 etylogii z odkryciem *pneumonio-coccus*? Czy z odkryciem laseczników gruźliczych lub przecinkowych całkowicie stała się zrozumiałą etylogija gruźlicy i cholery? Czy jesteśmy obecnie w stanie dokładnie wytłumaczyć sobie warunki osobnicze i klimatyczne, jakim rozwój tych chorób podlega? A dopóki to nie nastąpi, nie możemy mówić napewno o takiej lub innej etylogii, gdyż zawsze znajdą się pesymiści, którzy na zasadzie nie dokładnie objaśnionych osobniczych lub innych warunków, będą podawali w wątpliwość całą mozolnie zbudowaną etylogiję. 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 obstają 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 nieżycie 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 *phtiseos 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 nieżytego zapalenia płuc, zaczęto więc omawiać rzecz: „nieżytowe zapalenie płuc u dzieci może być wyleczonem, u dorosłych zaś prawie zawsze przechodzi w rozpad.“ 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 (*phtisis 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 RILLIET'a i BARTHEZ'a, znano objawy właściwego nieżytego 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 nieżytego. 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 nieżytego 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 fizyczne objawy powinny być jednakowe. Przyznając pewną słusność 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, przyznając, 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 złuszczającego 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 możebnym 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; możebnym więc jest zejście w stwardnienie po każdym zapaleniu, czy to włóknikowym czy to nieżyłowym, 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 nieżyłowym 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 nieżyłowym 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 złuszczające 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 mięszszowych 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 porozrzucane 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 żebrową wyjąć się daje... Po wyjęciu płuco prawe przedstawia objętość dość znaczną. Na zgrubiałej opłucnej widać w częściach bocznych lekkie odeiski 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 uciśnięciem wydobyć można mało cieczy lekko krwawo zabarwionej, niepienistej... Górne części tego płuca obok swego dość jednostajnego wżerzenia są znacznie zbite i twarde, nawet przy silnym uciśnięciu palców wcale rozkruszyć się nie dadzą. Grubsze i cieńsze pnie oskrzeli nie są rozszerzone i zawierają tylko małą ilość cieczy śluzowej lepkiej. Badanie drobnovidzowe stwierdziło wszędzie znaczne zgrubienie ścian pęcherzyków płucnych przez bujanie organizujących się wrzecionowatych wybijalności tkanki łącznej, tak, że bardzo wiele pęcherzyków płucnych tkaniną tą w całości wypełnionych zostało; nie mniej stwierdzono zgrubienie przegród międzyzrakowych, a gdzieś tam 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 międzymięszszowe“. Zbiór prac z kliniki lekarskiej Prof. D-ra KORCZYŃSKIEGO. Zeszyt X.

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

stość ta jest jednak innego rodzaju, aniżeli przy zapaleniu płuc włóknikowem. Podczas tego ostatniego, ziarnka występujące na powierzchnię, stanowiły wypełnione wysiękiem pęcherzyki płucne, tutaj przeciwnie, nacieczona tkanka międzypęcherzykowa występuje w kształcie ziarenek, pomiędzy niemi znajdujemy zapadnięte pęcherzyki płucne. Przy drobnowidzowem badaniu znajdujemy w znacznej ilości złuszczone 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.⁴⁾

Na zakończenie chciałbym jeszcze kilka słów powiedzieć o etyologii śródmiąższowych zapaleń. W rzeczy samej, gdybyśmy byli w stanie odnaleźć osobny etyologiczny pierwiastek, słusznie 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. Według 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 materiału odżywczego, pewnego przekrwienia. Wobec takiego przekrwienia, wobec bogactwa odżywczego materiału, 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 niedokrwiłość 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 materiału, 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. Toby 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 krwiopłucia 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 Kranksein des Menschen“. Marburg. 1881.

następującym sposobem: jakikolwiek bodziec zapalny wywołuje u osobnika zżywionym krwiobiegiem płucnym zapalenie rozlane. Otóż to zapalenie rozlane przebiega u takiego osobnika całkiem inaczej, przeciąga się znacznie dłużej i albo kończy się zejściem 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 etyologicznie 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 kiszka ślepo zakończona. Uchwycono ścianę кишки 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 przeminęła 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 powikowej 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, cieńczał stopniowo, a wreszcie przetrwał i zanikł.

Szczelina powiekowa przedstawia się więc przepołowioną; część jej wewnętrzna ma około 8 milimetrów długości, część zewnętrzna, krótsza, tylko na 5 milimetrów jest długa. 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 wysięk 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 czym 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. Przyczynnik do dyjagnostyki raka krtani.
- 2) FABIAN. O kąpielach elektrycznych.
- 3) ROSENTHAL ALBERT. Przypadek afazy amnestycznej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 9. BIEGAŃSKI. O naczynioruchowym oddziaływaniu skóry u przymiotowych. *Przegląd lekarski Nr. 9.* RUMSZEWICZ. O szparze środkowej oka. — MIKULICZ. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznej. — KLIKOWICZ. Przyczynnik do badania wpływu niektórych środków higienicznych na przetwarzanie istot białkowych w peptony. — OBTUŁOWICZ. O dyfteryi 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. — Korespondenye: z Paryża [D-r ŻŁOTNICKI]. — Z Radomia [GOLDSZMIT]. — Notatki bibliograficzne. — Kronika. — Dział statystyczny i meteorologiczny.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

A. BAGIŃSKY. Wykład chorób dzieci. Tłumaczenie 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.

Otęzet o sostożaniu obszczestwiennago przizrenia 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	"	"	ŻIEHI	"	ŻIEHL
"	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.

Довозено Цензурою Варшава, 20 Февраля 1886 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr 29.

KATARY, ZATKANIE KANAŁÓW ODDECHOWYCH, SUCHOTY, ASTMA

PRĘDKO I BEZ KOSZTÓW SIĘ LECZĄ ZAŻYWAJĄC DWIE
KAPSUŁKI GUYOTA.

CAPSULES GUYOT

Kapsułki te dawniej były czarne i nieprzyjemne do połknięcia, obecnie są białe podobne do cukierków.

Na każdej kapsułce odbity jest podpis Guyot.

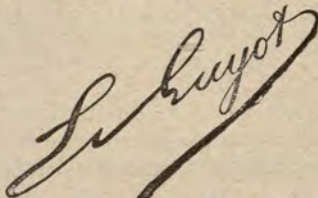
Najdelikatniejszy żołądek znosi smolę w Kapsułkach Guyota zawartą.

UWAGA: Dzieci i osoby nie mogące przelić tych kapsułek powinny zażywać

PATE REGNAULD
FABRYKOWANE
19, rue Jacob.

Uważać należy na podpis trzchkolorowy.

Znajdują się we wszystkich aptekach.



FABRYKA I SPRZEDAŻ HURTOWA 19, RUE JACOB W PARYŻU.

Szanownych Kolegów, którzy w roku zeszłym chcieli przyjąć udział w kursie niedoszłym do skutku z powodu mego wyjazdu do pracowni Kocha zawiadamiam niniejszem że od 1-go Kwietnia r. b. rozpoczynam w pracowni własnej kurs ćwiczeń mikroskopowo-chemicznych łącznie z bakterjologią.

Wiadomość do 11-ej rano i od 5—6 po południu.

0—2

Wileza Nr. 12.

Dr. Odo Bujwid.

PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTYCH SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE, OCHRYPNIENIU, CHOROBYM KRTANI etc.

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.



**Pastyłki Géraudel są
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE**

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takich

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

Pharmacien à SAINTE-MEKEHOULD (France). (Należy wymagać Marki fabrycznej wystawionej.)



Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którym się odycha przejmując się wyciemnioną smolą i wprowadza ją do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smola bywa zalecaną. Są one niezbędne dla palących tytonis, dla osób nadzwyczajających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wyziewów rozdratniających.

Niezłomne powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać Marki fabrycznej wystawionej.)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna,

NA 10 PRZYPADKÓW 8 RAZY

Uspokajają się w przeciągu kilku minut **MIGRENY I NEURALGIJE**
przez użycie **PEREŁEK ESSENCYI TERPENTYNOWEJ D-ra CLERTAN**

Każdy flakonik zawiera 30 perełek, co stanowi kilka kopiejek na każde leczenie.

Jeżeli słaby żołądek lub obstrukcja jest powodem migreny, wtedy należy używać

WĘGLA D-ra BELLOC

Podpis
etykietce

na *Dr. Belloc*

Esencya Terpentina w **perełkach Dr. CLERTAN** jest chemicznie czysta.

Na każdym
flakoniku
jest podpis

Clertan
Dr. Clertan

FABRYKACYA I BYCZALTOWA SPRZEDAŻ
19 rue Jacob w PARYŻU.
ZNAJDUJĄ SIĘ U WSZYSTKICH APTEKARZY

CHLORAL W PEREŁKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perełkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram, najczystsze wodanu chloralu.

Chloral w perełkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche w Rosyji we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materjałów aptecznych.

EMSKIE ŹRÓDŁO VICTORIA

wyróżnia się z pomiędzy innych znaczną zawartością kwasu węglanego, jest więc najlepszą wodą do użytku domowego i bywa stosowaną z wybornym skutkiem przeciw wszelkim niezbytowym cierpieniom krtani, gardzieli, żołądka i t. d.

EMSKIE PASTYLKI

Emska pasta przeciwkataralna

w owalnych pudełkach z plombą ołowianą | w okrągłych flaszczech, opatrzonych firmą.
oba przetwory wyrabiane są z soli ze źródeł emskich.

Sól emska w płynie do wziewań płukań i t. d.

Wymienione przetwory znajdują się we wszystkich znanych składach wód mineralnych i aptekach.

König Wilhelm's-Felsenquellen in Bad-Ems.

5—3