

GAZETA LEKARSKA

I. Kilka uwag o najnowszycy zmianach zapatrywań w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.

Wypowiedział

L. Rydygier

na XIII-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Sz. Koledzy! Nie obawiajcie się, ażebym wystąpił z długim i nużącym wykładem o *appendicitis*, rozpoczynając od sporu o samą nazwę, o najlepszy podział i t. d. i t. d.

Przeciwnie, trzymam się zasady, że na naszych Zjazdach powinniśmy obok ściśle naukowych zadań uwzględniać też wątpliwe zagadnienia praktyczne, że przez dyskusję, przeprowadzoną na podstawie doświadczenia — mniejszego lub większego — jakie każdy z nas miał sposobność w swej praktyce nabrać, powinniśmy przyczyniać się do rozwiązania wątpliwych kwestyi w postępowaniu leczniczem. Żywe słowo, rzetelna dyskusya nieraz w takich przypadkach więcej nas mogą oświecić i dać nam lepsze, pewniejsze wskazówki, niż przestudyowanie długich rozpraw, przetrawienie okazałych statystyk.

W tym celu właśnie chciałyby podnieść kilka kwestyi w postępowaniu leczniczem zapalenia wyrostka robaczkowego, co do których sam jestem chwiejny lub zdanie swe w ostatnich czasach — po tem co tu na IX Zjeździe o tym przedmiocie mówiłem — zmienić musiałem lub nabrałem większej pewności.

1. Przedewszystkiem chciałyby, żebyśmy zajęli i zaznaczyli nasze stanowisko co do wykonywania operacyi wczesnych, które w ostatnich czasach znowu zyskują coraz więcej zwolenników, jak to pomiędzy innymi widzimy i z dyskusyi na ostatnim przed kilku tygodniami zaledwie odbytym zjeździe chirurgów niemieckich [RIEDEL, KÖRTE, SPRENGEL].

Dobrze powiedzieć i ja tak, podobnie jak KÜMMEL teraz, już 4 lata temu powiedziałem, że „zapalenia wyrostka robaczkowego nie można szablonowo leczyć, lecz należy pilnie obserwować i indywidualizować każdy przypadek”. Bardzo słusznie, ale mniej doświadczony kolega ma prawo powie-

dzieć: „Proszę mi podać pewne oznaki, wedle których przy takiej pilnej obserwacji będę mógł na czas powiedzieć: tu trzeba natychmiast operować, a tu można czekać“.

Przyznaję otwarcie, że ja takich „pewnych oznak podać nie umiem, a im więcej się rozczytuję i celem wygłoszenia tego wykładu ponownie się rozczytywałem w najnowszej literaturze, tem bardziej się przekonywam, że i najdoświadczeńsi w tym kierunku autorowie, którzy na setki operowali tego rodzaju chorych, nie dają pewnych wskazówek, a opierają się przeważnie na pewnym, nie bardzo dokładnie bliżej określonym „poczuciu osobistym“. To nie wystarcza wcale w tak ważnej sprawie. Ja osobiście dotychczas nie byłem nigdy w położeniu roztrzymania tej kwestyi, bo ani razu nie wzywano mnie do chorego na *appendicitis* w pierwszych 24-ch godzinach choroby, a tylko w tym czasie wykonane operacye należy *sensu strictiori* zaliczać do operacyi „rzeczywiście wczesnych“, których śmiertelność P a y r oblicza z klinik amerykańskich i francuskich na 2%, więc nie większą, niż operacyi wykonanych *à froid*.

Co do mego doświadczenia, opierającego się na późniejszych operacyach, podnieść muszę tylko to, że niestety stosunkowo często z żalem przekonać się musiałem, że bardzo późno, nieraz za późno zgłaszali się chorzy do operacyi, a nigdy nie widziałem przypadku, żebym po dokonanej operacyi przy późniejszym rozbieraniu przypadku mógł powiedzieć, że za wcześnie operowałem.

Może inni z obecnych kolegów, pracujących mianowicie w warunkach, pozwalających im wcześniej badać chorych, będą w stanie podać nam jakie pewniejsze oznaki, pozwalające rozstrzygnąć: kiedy wcześniej operować, a kiedy czekać.

Z zadowoleniem podnoszę, że w ostatnich czasach coraz częściej operujemy *appendicitis* dzięki większemu zaufaniu lekarzy i chorych do operacyi w tych przypadkach, ale o rzeczywiście wczesnych operacyach u mnie dotychczas niema mowy.

Mam w swej praktyce dość częste — jak już powiedziałem — przypadki, gdzie podczas operacyi naocznie przekonać się mogłem, że zgłoszono się za późno do operacyi, a pomiędzy tymi przypadki, gdzie także już podczas operacyi prawie napewno powiedzieć mogłem, że przypadek musi się zakończyć śmiercią dlatego właśnie, że zbyt późno zdecydowano się na operacyę. Żywo stają mi w pamięci przypadki, gdzie były ropnie w wątrobie, ropnie podotrzewnowe, zapalenie opłucnej; prawie wszystkie te przypadki kończyły się śmiertelnie mimo podjętej operacyi, a przeważnie byłyby uniknęły tego smutnego końca, gdyby były operowane w pierwszych 2×24-ch godzinach.

W tem przekonaniu utwierdza mię pomiędzy innymi przypadek z prywatnej praktyki, w którym 4-go dnia po rozpoczęciu choroby wezwali mię koledzy wojskowi KARAŚ i STERNSCHUSS na operacyę do porucznika. Przypadek ten jest tak pouczający, że o nim w dwóch słowach wspomnę: Młody, silny mężczyzna dostaje bólów w prawy bok, mimo to idzie na zabawę tańczącą po wypiciu małagi z opium. Musi jednak w krótkce udać się do domu, gdzie zaraz wy-

stąpiły wymioty, nudności, dreszcze, zapad sił i poty. Drugiego dnia pojawia się czkawka, która utrzymuje się nawet jeszcze kilka dni po operacji. Temperatura około 38°, tętno przyśpieszone. Trzeciego dnia, mimo że temperatura nieco spadła, wzywają mnie koledzy na operację. Rano 4-go dnia przyjeżdżam, zastałem chorego wcale nie tak źle: temp. 37,8 tętno znacznie przyśpieszone, małe i język wilgotny. Miejscowo badając, w okolicy wyrostka robaczkowego nie znajduję ani zbyt wielkiej bolesności, ani znacznieszego guza; brzuch średnio wzdęty, tak że możnaby się zachwiać, czy nie pokusić się o przeprowadzenie chorego przez napad ostry i operować *à froid*. Dopiero badanie przez *rectum* wykazuje większy, bardzo bolesny opór po prawej stronie i rozstrzyga na korzyść natychmiastowej operacji, do której wszystko już pp. koledzy wojskowi przygotowali. Im też chory zawdzięcza życie i zdrowie, bo operacja wykazuje małe zrosty i niewiele wydzieliny naokoło wyrostka, natomiast częściową zgorzel samego wyrostka i lada chwilę grożące przedziurawienie jego ścian na trzech ograniczonych punktach, co by niechybnie było za sobą pociągnęło septyczne zapalenie otrzewnej i śmierć. Jak blisko było niebezpieczeństwo przedziurawienia, najlepszym dowodem, że podczas oddzielania wyrostka od jego krezki mimo wszelkiej ostrożności pękła cieniutka ścianka w miejscu zgorzelinowem i posokowata zawartość zaczęła się wylewać. Tutaj operacja, podjęta o jeden dzień później, a więc już 5-go dnia po wystąpieniu napadu, byłaby stanowczo spóźniona.

Ten przypadek obok doświadczenia w innych późniejszych, gdzie podczas operacji przekonałem się, że z a p ó ź n o zdecydowano się na operację, skłonił mnie, że zmieniłem w ostatnich czasach nieco moje stanowisko i posunąłem się więcej ku stronie zwolenników wczesnej operacji, podobnie jak to uczyniła dość pokaźna liczba innych chirurgów.

Nie idzie za tem, żebym chciał w każdym przypadku *appendicitis* w pierwszych 2×24-ch godzinach natychmiast operować, ale doradzałbym dziś daleko stanowczej wczesną operację we wszystkich tych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, które nie zupełnie i ściśle prawidłowo przebiegają tak, jak powinny przebiegać przypadki łagodne, t. j. gdzie przy odpowiednim zachowaniu się i zwykłym leczeniu polepszenie nie postępuje — że tak powiem — od godziny do godziny naprzód ku zupełnemu wyleczeniu. Gdzie więc spostrzegamy tętno małe i szybkie i nie pozostające w stosunku do temperatury, nadzwyczaj wielką bolesność, zapadnięte oczy i cały wyraz twarzy, a przedewszystkiem podnoszenie się ciepłoty, kiedy poprzednio już zaczęła się obniżać i nareszcie częstsze wymioty, to i bez bolesności całego brzucha lub wzdęcia przystąpimy bezwzględnie do operacji.

Wobec 2% śmiertelności, jaką PAYER wykazuje dla rzeczywiście wczesnie podjętych operacji, stanowczo przechyliam się do zdania, że lepiej kilka razy niekoniecznie potrzebnie wykonać operację, niż raz za późno. O tyle zmieniłem swoje zdanie w ostatnim czasie i radziłbym w interesie chorych, przystąpić do tej zmiany i innym kolegom, a mianowicie kolegom internistom.

2. Do niedawna starałem się przeprowadzić naszych chorych, których przejąłem na leczenie w późniejszym okresie z wytworzonym już „plastronem“, w stadium bezgorączkowe i operować *à froid*.

I dziś nie powiem, żebym nie wolał najlepiej operować *à froid*: raz dla nadwyzyczaj małego niebezpieczeństwa operacji w tem stadyum, a powtóre dla pewności uniknięcia przepukliny brzusznej, operując sposobem JALAGÜIER'a.

Jednak i tutaj zmieniłem swoje zapatrywanie i stałem się skłonniejszym do łatwiejszego opuszczenia stanowiska wyczekującego w czasie obserwacji i przejścia do operacji w takich przypadkach, gdzie objawy stają się groźniejsze lub z przebiegu wnosić można, że zropienie wysięku nastąpiło.

I do tej zmiany w mem zapatrywaniu przyczyniło się kilka przypadków, w których musiałem sobie powiedzieć podczas operacji, do której nareszcie mimo woli zostałem groźnymi objawami zmuszony w czasie wyczekiwania, że lepiej byłoby dla chorego, gdybym był wcześniej opuścił wyczekujące stanowisko.

Pewności w postępowaniu naszym w takich przypadkach doda nam leukocytoza, jeżeli się ziszcą oczekiwania nasze co do jej wartości rozpoznawczej [według CURSCHMANN'a]. Zdania co do tego jeszcze są podzielone, mimo że na wspomnianym już ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich SONNENBURG na bogatym swym materiale starał się wykazać wielką wartość tego środka nie tylko co do rokowania, ale i co do rozpoznania.

Rozumie się, że we wszystkich przypadkach, gdzie przypuszczać możemy obecność większej ilości ropy, uważam razem z innymi kolegami operację za wskazaną. Czasem tylko orzeczenie, czy na pewno znajdziemy ropę w nacieku, jest trudne. Punkcyę rozpoznawczą, tak jak dawniej, tak i dzisiaj uważam za niedozwoloną, trzymając się zdania ROUX'a, „*la ponction exploratrice est quelquefois dangereuse, très souvent sans resultat, toujours inutile*“⁴. Z chirurgów pewnie tylko KÖRRE zaleca punkcyę, nie uważając jej za niebezpieczną.

3. Czy mniej lub więcej usilnie starać się o odszukanie i wycięcie wyrostka robaczkowego, — to należy także do zagadnień niezupełnie na pewno rozstrzygniętych i tutaj znowu sam zmieniłem nieco swoje zapatrywanie na podstawie nabytego w ostatnich czasach doświadczenia, a mianowicie: przeszedłem i tutaj do nieco radykalniejszego postępowania.

Nie podzielam wprawdzie i dzisiaj zdania tych, którzy radzą, żeby w każdym przypadku odszukać koniecznie wyrostek robaczkowy w ognisku pełnem ropy i posoki, bo nie jestem tak pewny jak oni, że zapomocą odgradzenia gazą da się zawsze na pewno jamę brzuszną uchronić od zakażenia w razie jej otwarcia. Przyznaję jednak chętnie, że z drugiej strony potrzeba powtarzania operacji po kilku tygodniach stanowi poważny zarzut przeciwko pozostawianiu na razie wyrostka — mianowicie w praktyce prywatnej. W klinice nie miałem z tego względu nigdy żadnych przykrości, a przeciwnie we wszystkich odpowiednich przypadkach widziałem z takiego postępowania znaczne korzyści. Przedewszystkiem niebezpieczeństwo jest stanowczo mniejsze. Mianowicie, u chorych osłabionych, wycieńczonych uważam takie postępowanie i dziś za odpowiednie: operacyę redukuje się prawdziwie do zwyczajnego nacięcia głębokiego ropnia. Kiedy już rana zmniejszyła się, wypełniwszy się złarniną, przystępowałem z awszę do odszukania wyrostka i zawsze odszukanie się udało; nigdy nie czekałem, aż rana zupełnie się zagoi, nie ludząc się, żeby mimo pozostawionego wy-

rostka robaczkowego mogło nastąpić radykalne wyleczenie. Dlatego też nie mieliśmy z powodu pozostawienia wyrostka robaczkowego przy pierwszej operacji nigdy przetok, na które inni koledzy się skarżą, bo go przed wypuszczeniem chorego z naszej opieki usuwaliśmy. W jednym tylko przypadku i odszukanie wyrostka i osiągnięcie zupełnego wyleczenia było nadzwyczaj trudne i wymagało nader długiego leczenia i kilkakrotnych operacji. W tym przypadku mieliśmy jednak do czynienia obok *appendicitis* ze zwięzieniem jelita wstępującego, wskutek gruźlicy, tak że dopiero po enteroanastomozie nastąpiło ostatecznie wyleczenie.

W innym jednak przypadku zdaje mi się, że nieodszukanie wyrostka zaraz przy pierwszej operacji przyczyniło się do nieszczęśliwego zejścia. Jest to przypadek z prywatnej praktyki: chodziło tu o mężczyznę otyłego z objawami lekko septycznymi: język z lekka wysychający, dreszyczki, tętno liczne a słabe, bębniça dość znaczna. Chorego widziałem po raz pierwszy w drugim tygodniu jego choroby. Po nacięciu bardzo grubych i tłustych powłok brzusznych wylała się z łyżka brudnej cieczy ropiastej. Wyrostka usilnie nie szukałem, ranę pozostawiłem szeroko otwartą. Chory w kilka dni po operacji umarł. Jestem przekonany, że w tym przypadku musiały być obok otworzonej jamy jeszcze inne ogniska, czyto otorbione pomiędzy jelitami, czy też około wątroby, czy poza okrężnicą wstępującą. W każdym razie zdaje mi się, że może byłoby się udało uratować chorego, gdybym był zrobił szersze nacięcie, odszukał koniecznie wyrostek robaczkowy, który może był przedziurawiony i w dalszym ciągu zakażał cały ustrój. A może przy szukaniu za wyrostkiem byłoby się udało odkryć i otworzyć inne ogniska otorbione, których inaczej u nadzwyczaj otyłego chorego rozpoznać nie było można.

Żałuję bardzo, że nie można było w tym przypadku zrobić sekeji i przekonać się naocznie o prawdziwej przyczynie śmierci. W każdym razie przypadek ten na mnie zrobił takie wrażenie, że może byłoby się chorego uratowało od śmierci, gdyby się było energiczniej postąpiło i dlatego w podobnych przypadkach przeszedłbym w przyszłości do obozu więcej czynnego.

Z drugiej strony mam inny przypadek z praktyki prywatnej w pamięci, gdzie, przeciwnie, dobry wynik zawdzięczamy, według mego zdania, jedynie postępowaniu oględnemu i nie szukaniu za wyrostkiem robaczkowym przy pierwszej operacji.

Chory, dwadzieścia kilka lat liczący, w trzecim swoim napadzie był tak osłabiony, że nie skłoniłem się do operacji mimo, że przez 8 dni nie odchodziły ani wiatry, ani stolce, a wystąpiły objawy *ileus*! Przy odpowiednim leczeniu pojawiły się nareszcie stolce i nastąpiła powolna rekonwalescencya, przerwana jeszcze jednym pogorszeniem. Dopiero w 7 tygodni później przystąpiłem do operacji *à froid* z najlepszym skutkiem. Chory cieszy się dzisiaj — dwa lata po operacji — najlepszym zdrowiem i nie ma ani śladu przepukliny.

Podobnych przypadków mieliśmy stosunkowo znaczną liczbę. Dzięki wy czekaniu nigdy nie widzieliśmy tych kruchych ścian zapalnie zmienionych, któ-

rych nie można nawet porządnie połączyć szwem po odcięciu wyrostka i są przyczyną, że później nieraz powstają przetoki.

Streszczając moje dzisiejsze stanowisko w tym względzie, powiedziałbym, że i obecnie nie starałbym się koniecznie i w każdym przypadku zaraz przy pierwszej operacji wydobyć wyrostka robaczkowego, mianowicie u chorych bardzo osłabionych i w takich przypadkach, gdzie jest obawa łatwego przerwania zrostów i zakażenia całej jamy otrzewnowej. W tych jednak przypadkach, gdzie miałbym powody do przypuszczenia, że obok pierwszego odkrytego ogniska ropnego znajdują się jeszcze inne, lub że wyrostek na mniejszej lub większej przestrzeni uległ zgorzeli, tem starałbym się usilniej zaraz przy pierwszym zabiegu wydobyć wyrostek robaczkowy; tutaj dziś wybrałbym czynniejsze postępowanie.

4. Szerzenie się nacieku, oporności ku górze lub dołowi były nam zawsze upomnieniem do natychmiastowego podjęcia operacji. Dlatego też i z tego względu uważam badanie *per rectum* za rzecz nadzwyczaj doniosłą. Wykazuje ono nam prócz tego nieraz znaczny wysięk, mimo że przez powłoki brzuszne nie wiele dostrzegamy.

Parcie na mocz przypomina nam także nieraz, żeby nie zwlekać dalej z operacją, wskazując na to, że wysięk opuszcza się ku dołowi.

5. Drenowania wysięku ropnego, opuszczającego się ku dołowi do odbytnicy, nigdybym nie użył, mimo zalecania tego sposobu przez ROTTER'a i zastósowania go w najnowszym czasie w jednym przypadku w klinice KOENIG'a. Jest to coś tak przeciwnego mojemu poczuciu czystości, że przyznam się dziś po wielu latach, iż kiedy podobne postępowanie przy nagromadzeniu ropy w jamie zalecał kiedyś nieodżałowany nasz DROBNIK, nie mogłem mu tego darować i uważałem to jakby jakie *horrendum* — pomyłkę w myśleniu chirurgicznym. Widać, że BILLROTH był bardzo doświadczonym człowiekiem, bo słyszałem o nim, że kiedy mu student w rygorozum odpowiedział największym nonsensem chirurgicznym, to się jeszcze zastanawiał, czyby czasem w wyjątkowym przypadku i tak postąpić nie można. Powoli do wielu rzeczy przyzwyczaić się można!

6. Cięcia SONNENBURG'a z przodu ponad *ligamentum* POUPART'a wyjątkowo używam tylko wtenczas, jeżeli z przodu leży ropień. Jeżeli zaś znajdują wysięk głębiej idący ku górze po za okrężnicą wstępującą lub opuszczający się ku dołowi, używam dotychczas zawsze jeszcze cięcia przed kilku laty przez siebie zaleconego, kątowatego, którego tylne ramię idzie równolegle i w pewnym oddaleniu ponad grzebieniem kości biodrowej, przednie krótsze równolegle do zewnętrznej połowy wiązadła POUPART'a. Z tego cięcia mogę przy odpowiednim ułożeniu chorego bez trudności dobrze założonymi sączkami odprowadzić ropę i na dół w okolicę DOUGLAS'a opuszczoną, a nigdy nie potrzebuję się uciekać do drenowania przez *rectum*.

7. Płukać jamy otrzewnowej przy *peritonitis* ogólnej albo wcale nie należy, albo bardzo obficie wodą słoną.

Na końcu wyraźnie zaznaczam, że podniosłem w tym wykładzie tylko te punkty, co do których w ostatnim czasie mniej lub więcej moje zapatrywanie

zmieniłem; nie było zaś wcale mojem zadaniem całą sprawę zapalenia wyrostka robaczkowego na nowo tutaj w całej jej rozciągłości rozwinać. Ciekawym byłbym usłyszeć w dyskusyi zdanie doświadczonych kolegów, co do tych punktów, bo tylko w ten sposób postęp w leczeniu tej zawsze niepewnej w swoim przebiegu choroby jest możliwy. Przy tem zaznaczam z przyjemnością, że postęp w tym względzie w ostatnich latach u nas jest widocznym: kiedy bowiem w 10-ciu latach, podczas których tutaj w Krakowie klinikę chirurgiczną prowadziłem, z pewnością nie wiele więcej, jeżeli nie mniej, jak 10 przypadków *appendicitis* operowałem, to w przeciągu 6 lat mego pobytu we Lwowie więcej niż 50 razy miałem sposobność operowania.

II. Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO SZPITALA IM. MAŁŻONKÓW POZNAŃSKICH W ŁODZI.

PRZYPADEK NIEZWYKŁEJ PRZESZKODY PODCZAS PORODU.

Podał

Józef Saks.

[Rzecz czytana w Łódzkim Tow. Lek. dnia 6-go maja 1903 r.]

Przypadek którego opis poniżej przytaczam, może zainteresować wielu kolegów z powodu swej oryginalności.

Dnia 21-go kwietnia r. b. przybyła do oddziału mego 38-letnia głuchoniema pierwiastka z silnymi jakoby bólami porodowymi. Przy badaniu zewnętrznem akuszerka szpitalna nie zdołała określić właściwego położenia płodu z powodu silnego napięcia powłok brzusznych, wskutek czego przystąpiła do badania wewnętrznego. Przy próbie wejścia palcem do pochwy napotkała tuż za wejściem do sromu przeszkodę, nie pozwalającą palcowi dalej się posuwać, przeto przypuściła, że ma do czynienia z zarośnięciem pochwy, co podejrzewała też akuszerka, która badała chorą w domu.

Akuszerka szpitalna wezwała mię; o 6 $\frac{1}{2}$ przed wieczorem znalazłem się przy chorej, której stan czynił wrażenie osoby ciężko cierpiącej: silna sinica twarzy, warg i rąk, chora wciąż jęczy. Brzuch naprężony, macica twarda, drobne części płodu wyraźnie wyczuwalne, tętna płodu nie udaje się wysłuchać [chora wciąż jęczy, zalecenia chwilowego uspokojenia się chora, jako głuchoniema, nie pojmuje], ruchy płodu nie są wyczuwalne. Przy próbie badania przez pochwę tuż za sromem napotykam twardy napięty nieruchomy guz, wypełniający całe światło pochwy i idący w kierunku ku jamie brzusznej; między górną ścianą pochwy a guzem udaje się wejść palcem jednym i dosięgnąć ujścia macicznego, znajdującego się aż na wysokości spojenia łonowego; wielkości otworu

macicy, ani części przodującej płodu stwierdzić się nie udaje. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdzam obecność guza, uciskającego odbytnicę, tak że światło tej ostatniej jest prawie zniesione; guz ma tę samą konsystencję co od strony pochwy. Rozpoznanie moje brzmi: torbiel jajnika, zepchnięta skurczami macicy ku dołowi, zamykająca światło pochwy i odpychająca macicę ku górze.

Powikłania porodu guzami, zamykającymi drogi rodne, nie należą do zbyt rzadkich, to też postępowanie lekarskie w tych przypadkach jest w stopniu niejakim ustalone. Dawniej nakłuwano torbiel ze strony pochwy, wypuszczano płyn, poczem poród mógł się samodzielnie zakończyć. Częste sposoczenia guza po takim zabiegu zniewoliło lekarzy do zaniechania tego drobnego, lecz nie niewinnego zabiegu. Szerokie otwarcie torbieli ze strony pochwy z przyszcyciem brzegów guza do ścian pochwy jest zabiegiem o wiele racjonalniejszym, choć nie radykalnym, wypuszczenie bowiem płynu umożliwia, co prawda, przebieg porodu, jednak nie usuwa samego guza, którego usunięcie doszczętne jest następnie połączone z dużymi trudnościami. Przeto najwłaściwszym zabiegiem jest usunięcie guza w sposób zwykle przy tych cierpieniach stosowany; jednak drogi pochwowej zalecić nie można z powodu trudności, przy podwiązywaniu szypuły zejść mogących, po opróżnieniu bowiem guza z zawartości jego część przodująca płodu może się tak szybko opuścić, że uniemożliwia podwiązanie szypuły; przeto większość lekarzy, tą kwestyą się interesujących, zaleca usunięcie guza w omawianych przypadkach na drodze brzusznej z następczem pozostawieniem porodu siłom natury, lub zakończeniem tego ostatniego zapomocą odpowiedniego zabiegu ze strony pochwy; w wyjątkowych tylko przypadkach zalecają rozwiązywanie rodzącej zapomocą cięcia cesarskiego.

Na drodze cięcia brzuszego zamierzyłem usunąć guz w naszym przypadku, poród zaś pozostawić następnie siłom natury; ponieważ sam operacji dokonać nie mogłem ze względu na zastrzał u palca ręki prawej, zaprosiłem do dokonania operacji kolegów chirurgów; kol. GOLDMAN przybył pierwszy i on też był łaskaw zaraz przystąpić do operacji. Podczas przygotowań do operacji chorej zastrzyknięto kamforę, a następnie i morfinę w celu uspokojenia bólów, mających bardzo gwałtowny charakter. Uśpienie eterowe, cięcie brzuszne, wydostanie na zewnątrz macicy; następnie wchodzi kol. G. ręką do jamy brzusznej w kierunku jamy DOUGLAS'a i wydobywa, ku memu ogromnemu zdziwieniu, niezmiernie rozdętą kiszki grubą, która, jak się teraz okazuje, skręcona była około krzywizny esowatej; w jamie brzusznej znajdowała się nieznaczna ilość płynu krwawo zabarwionego. Kiszka wspomniana była bardzo rozdęta, prawie czarna; po odkręceniu kiszki i zadecydowaniu nie dokonywania na kiszce zabiegu żadnego w przypuszczeniu, że może powrócić jeszcze do normalnego stanu, nasunęło się pytanie, co uczynić z macicą; pozostawienie porodu siłom natury było niemożliwe ze względu na możliwość pęknięcia kiszki znacznie zmienionej przy skurczach macicy; o szybkim zakończeniu porodu na drodze pochwowej mowy być nie mogło ze względu na nieznaczne otwarcie macicy, o czem się przekonało przy badaniu pochwowem po odprowadzeniu kiszki [ujście maciczne opuściło się znacznie], pozostała przeto tylko droga cięcia cesarskiego, choć otrzymanie

dziecka żywego było bardzo wątpliwe [ruchów dziecka się nie wyczuwa]. Cięcie podłużne macicy, rozdarcie pęcherza; operujący napotyka nóżkę, za którą wydobywa płód płci żeńskiej w stanie *rigiditatis cadaverosae*: rączki i nóżki zupełnie sztywne, rzecz, mówiąc nawiasem, rzadko spostrzegana, przeto godna zanotowania; usunięcie łożyska, zaszycie macicy szwem dwupiętrowym. Kiszki ostrożnie wprawiono i ściany brzuszne zamknięto szwem dwupiętrowym. Długość płodu z nogami przykurczonemi wynosiła 47 cm, obwód główki 34 cm., zatem dziecko, sądząc z jego wymiarów, było prawie czasowe. Jeszcze na stole operacyjnym, ze względu na bardzo słabe tętno operowanej, wiano podskórnie około 400 cm. sz. fizyol. rozczyynu soli kuchennej.

Z wywiadów, od matki chorej zebranych, należy przytoczyć następujące skąpe szczegóły. Chora zamężna, pierwszy raz w ciąży; według rachuby matki jest w 9-ym miesiącu ciąży. Dnia poprzedzającego operację chora zajmowała się jeszcze sprawami gospodarskiemi. O 4-ej nad ranem rozpoczęły się bóle; zrana raz wymiotowała; kiedy po raz ostatni chora miała wypróżnienie, matka nie umie powiedzieć. Po przebudzeniu się chora miała silne pragnienie i żądała kilkakrotnie basenu, jednak wypróżnienia nie miała.

Chorej zrobiono jeszcze dwukrotnie wlewanie podskórne rozczyynu soli kuchennej; o 5-ej rano dnia następnego chora zupełnie spokojnie zmarła.

Przypadki zawrotu kiszek podczas ciąży i porodu niejednokrotnie były notowane, jednak przypadku, aby kiszka skręcona opuściła się tak nisko, że zamknęła światło pochwy, nie znalazłem w przystępnej mi literaturze. Błąd w rozpoznaniu był w naszym przypadku prawie nieunikniony, brak ścisłych wskazówek anamnestycznych, obiektywne stwierdzenie guza o konsystencji właściwej torbielom naprowadziło nas na mylne rozpoznanie; sinicę silną, drobne tętno tłómaczyliśmy sobie skręceniem szypuły—mieliśmy zatem wiele danych dla naszego rozpoznania. Przypadek powyżej opisany jest w swoim rodzaju *curiosum* dyagnostycznym i z tego względu zasługuje, według zdania mego, na opublikowanie.

NOTATKI LEKARSKIE.



4. Przypadek dwustronnego zapalenia ropnego przyuszniczy po laparotomii.

U J. P., panny w wieku lat 48, bardzo wyniszczonej, została wykonana w szpitalu Wolskim w d. 15 marca r. b. laparotomia z powodu torbieli jajnika lewego. Torbiel wielokomorowa z przeistoczeniem śluzowatym była literalnie wypełniona masami galaretowatemi. Wyluszczenie guza przedstawiało niemałe trudności z powodu wiotkości ścian, oraz licznych i mocnych zrostów z jelitami. Po usunięciu doszczętnem torbieli wprowadzony został do jamy DOUGLAS'a tampon MIKULICZA, który usunięto całkowicie 9-go dnia po zabiegu. Przebieg

pooperacyjny powikłany został dwiema sprawami, mianowicie: 14 dnia od chwili operacji powstała przetoka kałowa, drażąca do rany, jednocześnie zaś wytworzył się ostry obrzęk w okolicy obu ślinianek przyusznych. W 4 dni później ciepłota ciała, dotychczas nie podniesiona, podskoczyła do 38,8°, poczem wkrótce w obu obrzękach wystąpiły oznaki ropienia, które zmusiły nas do wykonania cięcia dwustronnego i do opróżnienia ropni. Okazało się przytem, że cała masa tkanki gruczołowej znajdowała się w stanie nacieczenia ropnego, które też doprowadziło stopniowo do znekrotyzowania i wydzielania się zniszczonych części. Rany w okolicy przyusznic zabiłżniły się w ciągu kilku tygodni, co, niestety, nie miało miejsca z przetoką kałową. Po upływie dwu miesięcy od czasu operacji chora zmarła przy objawach ogólnego wyczerpania sił.

Przypadki zapalenia ropnego ślinianek przyusznych po laparotomiach spostrzegano niejednokrotnie. Opisali je: LE DENTU, CLAISSE, MALCOLM, DUPRÉ, BENOIT, KÜTTNER, SILCOCK, ADDERBROOKE, TROITZKIJ, DRESSLER, ELDER i wielu innych. U nas spostrzegał F. NEUGEBAUER dwustronne septyczne zapalenie przyusznic po laparotomii, wykonanej z powodu rakowatego przeistoczenia jajników. Sprawa ta występuje jedno lub dwustronnie na 2 — 14 dzień po zabiegu i to nie tylko, jak sądzono poprzednio, po operacjach na jajnikach. Tak np. DRESSLER, ELDER spostrzegali zapalenie przyusznic po zabiegach na wyrostku robaczkowym, po operacjach przepuklin uwięzionych, przy ropnych zapaleniach otrzewnej i t. p.

Zejście w ropienie może nie mieć miejsca, a naciek ulega powolnemu wessaniu. Wogóle jednak rokowanie często bywa niepomyślnem. Jako przyczynę cierpienia podają nie tylko sprawę przerzutową pochodzenia ropnicowego, lecz pewne sprzyjające warunki, jakie przedstawia wogóle jama ustna u osób ciężko chorych po cięciu brzuszem. PAWŁOW stwierdził na drodze doświadczeń, że po laparotomiach następuje bardzo często zatrzymywanie się wydzieliny gruczołowej w śliniankach, skąd też powstaje niejednokrotnie spostrzegana u chorych suchość w ustach. Jeśli dodamy tę okoliczność, że po ciężkich zabiegach na narządach brzusznych następuje zazwyczaj wzmożony rozwój flory drobnoustrojowej w jamie ustnej, szczególnie u osób, dotkniętych próchnicą zębów, zapaleniem dziąseł, pleśniawkami i t. p., to łatwo wytłómaczyć sobie zakażenie wstępujące ślinianek. Pozostaje niewytłómaczonem, dlaczego inne ślinianki, prócz przyusznej, tak rzadko ulegają sprawie zapalnej ropnej.

W każdym razie z powyższego wynika, jak dalece doniosłe znaczenie powinno mieć przestrzeganie czystości jamy ustnej u osób, będących po ciężkich zabiegach operacyjnych wogóle i po laparotomiach w szczególności.

Ludwik Zembrzusi.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 2. VI. r. b.

JAN PILTZ wygłosił rzecz p. t. „Przyczynek do badań nad rozszczepieniem czucia termicznego i bólowego w przypadkach uszkodzenia lub zajęcia rdzenia [z demonstracją chorego]“.

Mówca omawia dwa przypadki, w których po uszkodzeniu rdzenia wystąpiły objawy rozszczepienia czucia termicznego i bólowego. P. wypowiada na

zasadzie obserwowanych przypadków następujące przypuszczenia: a) zniszczenie lub zajęcie obwodu rdzenia [istoty białej] z jednej strony daje, oprócz innych objawów BROWN-SÉQUARD'a, znieczulenie termiczne-bólowe po drugiej stronie ciała, sięgające mniej więcej o 6 wyrostków ościstych, niżej miejsca, w którym rdzeń jest zajęty. Przytem linia bólowa leży pomiędzy liniami zniesienia pobudliwości na ciepło i na zimno; b) włókna, prowadzące podrażnienia cieplne i bólowe, przebiegają w rdzeniu w górę najpierw po tej samej stronie rdzenia, następnie nieco wyżej przechodzą na drugą stronę i dopiero na wysokości 6-ciu wyrostków ościstych [od miejsca wejścia tych włókien do rdzenia] układają się na obwodzie rdzenia strony przeciwległej.

Przypuszczenia swe mówca popiera odpowiednimi danymi z anatomii, demonstrując odpowiednie rysunki. EDINGER i VAN GEHUCHTEN przypuszczają, że drogi podrażnień bólowych i termicznych biegną przez rdzeń do mózgu w pęczku GOWERS'a, który, jak wiadomo, leży na obwodzie rdzenia.

W dyskusji CIĄGLIŃSKI zaznacza, iż w syringomyelii, gdzie często jedynie istota szara jest zajęta, występuje jednak rozszczepienie czucia.

SKŁODOWSKI wypowiada przypuszczenie, że w przypadku, przedstawionym przez PILTZA zamiast o bezpośrednim uszkodzeniu przy uderzeniu nożem pęczka GOWERS'a myślećby raczej należało o wylewie do istoty szarej rdzenia wskutek urazu, co, jak wiadomo, może powodować syringomyeliczne rozszczepienie czucia.

ST. KOPCZYŃSKI przypomina, iż w 2-ch przypadkach z porażeniem BROWN-SÉQUARD'a pochodzenia urazowego, spostrzeganych przez niego i przedstawionych w Tow., granica zaburzeń czucia leżała znacznie niżej, niż przekłuty odcinek rdzenia i zaznacza, iż z badań klinicznych wypływa istnienie odrębnych włókien dla przewodnictwa ciepła i zimna.

W odpowiedzi CIĄGLIŃSKIEMU, SKŁODOWSKIEMU i KOPCZYŃSKIEMU PILTZ uzasadnia szczegółowiej swoje przypuszczenia a ŻURAKOWSKIEMU odpowiada, iż górne granice dla temperatur obojętnych zbliżają się do linii ciepła i linii zimna.

DUNIN zaznacza, że ze schematu, podanego przez PILTZA, wnioskować można, iż o granicy zaburzenia czucia termicznego stanowi nie tylko wysokość, lecz i głębokość uszkodzenia rdzenia.

J. Brudziński.

Posiedzenie dnia 16. VI. 1903 r.

1. F. NEUGEBAUER demonstrował dwa przypadki obojnactwa wrzekomego.

2. J. PILTZ demonstrował: a) przypadek hemofilii z zajęciem stawów, zanikiem mięśni i zanikiem czucia. DUNIN podnosi rzadkość podobnej sprawy — zaniki mięśni przy cierpieniach stawów spotykają się, lecz bez zmian czucia;

b) przypadek rozszczepienia czucia termicznego wskutek uszkodzenia rdzenia [dopełnienie odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu poprzednim].

3. TEODOR HEIMAN wypowiedział odczyt p. t. „Przyczynek do leczenia spraw ostrych zapalnych ucha środkowego“. W celach leczniczych należy odróżniać zapalenie zwyczajne i ropne ucha środkowego. W zapaleniu zwyczajnym przecięcie błony bębenkowej jest rzadko wskazane, najczęściej jeszcze, gdy wysięk nie ulega wessaniu i grożą stałe zaburzenia czynnościowe. Dla usunięcia tej postaci wystarcza leczenie bezkrwawe. U dzieci jedynie, gdy przyłącza się podrażnienie opon mózgowych można przeciąć błonę bębenkową.

Przy ostrem zapaleniu ropnym ucha środkowego wskazane jest przecięcie błony bębenkowej. Często rękoczyn ten skraca przebieg i czas trwania choroby i może zapobiedz poważnym następstwom, niestety jednak niezawsze wska-

zanem jest przecięcie błony bębenkowej przy małych lub wysoko położonych otworach samoistnych, gdy odpływ ropy jest niedostateczny. Zdaniem H, nie ma żadnego dowodu na to, żeby przecięcie błony bębenkowej zapobiegało powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego.

W dyskusji GURANOWSKI omawia poglądy ZAUFAL'a, przeciwnika paracentezy błony bębenkowej; podział zapaleń na zwyczajne i ropne wydaje się G. mało uzasadnionym; G. przemawia za wczesnem stosowaniem paracentezy i ze względu na lepsze warunki odpływu ropy i ze względu, iż jest ona najlepszym środkiem znośącym gwałtowne bóle.

SZUMLAŃSKI przemawia za stosowaniem paracentezy — zmniejsza ona bóle uprzedza powikłania ze strony wyrostka sutkowego.

W dyskusji zabierali jeszcze głos DOBROWOLSKI, BĄCZKIEWICZ, BRUDZIŃSKI, odpowiadał HEIMAN.

J. Brudziński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

53. A. Hoffa. Złamania szyjki kości udowej w wieku dziecięcym i młodzieńczym.

Złamania szyjki kości udowej u dzieci i u młodzieży należą do wielkich rzadkości. GERSTLE — uczeń HOFFY — zebrał z literatury przed 4-ma laty 53 przypadki urazowego oddzielenia się nasady główki kości udowej; HOFFA w streszczanej tu pracy dołącza jeszcze historye chorób 25 takich uszkodzeń, spostrzeganych przez rozmaitych chirurgów, przytacza 11 historyi chorób leczonych przez siebie przypadków i na podstawie całego dotychczasowego materiału klinicznego kreśli obraz kliniczny uszkodzenia.

Złamanie to u dzieci najczęściej się zdarza w pierwszej połowie drugiego dziesięciolecia [17 przypadków u dzieci w wieku 1 — 5 lat, 18 przypadków w wieku 6 — 12 lat, 34 przyp. w wieku 13 — 16 lat i 15 przypadków w wieku 17 — 20 lat] i w ogromnej większości bo w 83 na 87 przypadków umiejscawia się w linii przyrostkowej (*Epiphysenlinie*) i w 4-ch tylko przypadkach złamanie dotyczyło samej szyjki. Jeśli okostna nie ulega uszkodzeniu — co się zdarza częściej — wówczas przemieszczenia odłamów niema, w razie zaś rozdarcia okostnej główka zwykle pozostaje w panewce a szyjka i krętarz wielki unoszą się ku górze.

Złamania te wywołuje w znacznej większości wypadków bardzo nieznaczny uraz, np. lekkie stłuczenie okolicy biodrowej, upadnięcie na kolano, poślizgnięcie się i t. p. HOFFA uważa za konieczne rozróżnianie dwóch grup tego uszkodzenia: do pierwszej należą złamania urazowe u dzieci zupełnie zdrowych, do drugiej zaś grupy wypada zaliczyć te uszkodzenia, które powstają u dzieci ze zmienioną szyjką kości udowej, innemi słowy są to poniekąd złamania dobrowolne (*Spontanfracturen*) u dzieci, dotkniętych biodrem szpotawem (*coxa vara*). Dzieci tej grupy zwykle przed złamaniem skarżyły się na ból w okolicy stawu biodrowego lub nawet zlekka utykały. Urazowi towarzyszy zwykle chwilowy mocny ból, lecz dzieci mogą zazwyczaj jeszcze chodzić, zaburzenia zaś w czynności kończyny ujawniają się dopiero po upływie tygodni, a nawet miesięcy. To też nie dziw — zwłaszcza wobec powszechnego przekonania

o niepomernej rzadkości tego rodzaju złamań u dzieci,—że nader rzadko je rozpoznawano a uznawano za stłuczenia (*contusio*), lub gdy z biegiem czasu zjawiały się trudności w chodzeniu—za zapalenie stawu biodrowego (*coxitis*), lub też w razie zagojenia się, t. j. powstania zrostu w położeniu wadliwym—za statyczne biodro szpotawe (*coxa vara statica*).

Kończyna po złamaniu znajduje się zwykle w położeniu ksobnem, obrotowym zewn. i zgięcia i ulega skróceniu, krętarz wielki stoi powyżej linii ROSENELATON'a; w przypadkach złamań niepełnych, t. j. z ocaleniem okostnej, czuje się delikatne trzeszczenie, w przypadkach złamań zupełnych — ostre tarcie i ucisk na okolicę pachwinową spowodza ból; w pachwinie dają się niekiedy zauważyć podbiegi krwawe; możność chodzenia po uszkodzeniu przemawiałaby za zachowaniem mocnej okostnej ponad linią złamania.

Badanie w parę tygodni po uszkodzeniu wykazuje w przypadkach złamań niepełnych typowy obraz biodra szpotawego: położenie obrotowe zewnętrzne i ksobne kończyny, uniesienie ku górze krętarza wielkiego i znane ograniczenie ruchów zwłaszcza obrotowego wewnętrznego i odsiebnego. W przypadkach zupełnego oddzielenia się nasady, a więc i znacznego przesunięcia się trzonu kości udowej ku górze, może nastąpić zrośnięcie się szyjki z miednicą i wówczas przy znacznem skróceniu mamy obraz zesztynienia (*contractura*) kończyny w stawie biodrowym w położeniu zgięcia, ksobnem i obrotowym wewnętrznym.

Rokowanie *quoad restitutionem completam* w spostrzeżeniach dotychczasowych nie było pomyślnie, a zejścia przedstawiały się w postaci bądź zupełnego braku zrostu, bądź zrostu w położeniu wadliwym; niekiedy znów rozwijało się wtórnie biodro szpotawe (*coxa vara traumatica*). Bardzo ważnem jest wczesne rozpoznanie uszkodzenia, a promienie RÖNTGEN'a są w danym razie znakomitym środkiem pomocniczym.

Leczenie polega na założeniu opatrunku wyciągowego, lub też dokładnego opatrunku gipsowego na stole wyciągowym. Gdy nastąpi zrost prawidłowy, dziecko co najmużej w ciągu roku musi nosić przyrząd, znoszący ciężar tułowia ze stawu biodrowego, a to w celu zapobieżenia powstaniu następczego biodra szpotawego. W przypadkach zastarzałych wskazane są: 1-o *osteotomia subtrochanterica obliqua* w celu poprawy złego ustawienia kończyny, gdy staw zachował dostateczną ruchomość i 2-o wycięcie główki (*resectio*) w razie wadliwego położenia kończyny, braku ruchów i bolesności w stawie.

(*Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie*. 1903. Tom XI. Z. 3).

Wacław Łapiński.

54. Pacheco Mendes. Sposób operowania ropni podprzeponowych wątroby.

Jedynie słuszne postępowanie lecznicze w przypadkach ropni podprzeponowych polega na szerokiem ich otwarciu w celu umożliwienia dokładnego odpływu ropy na zewnątrz. Znaczne jednakże trudności stanowi uzyskanie dostępu do nich wskutek bardzo głębokiego ich siedliska, zazwyczaj na górno-tylnej powierzchni wątroby. Dwie istnieją drogi w chirurgii, któremi można dostać się do nich: droga brzuszna przez jamę otrzewną i droga przez jamę opłucną. Obie one, niestety, posiadają bardzo ważne strony ujemne, niweczące częstokroć cały wynik zabiegu operacyjnego.

Rzeczywiście, drogą laparotomią poprzez jamę otrzewną uprzystępnienie sobie ropnia podprzeponowego, leżącego na górnej powierzchni wątroby, bywa nadzwyczajnie trudne, a winne temu nader głębokie położenie jego i ciasność pola operacyjnego. Przez to łatwo o uszkodzenie trzew brzusznych, występują krwawienia, trudne do opanowania, nadto zaś w każdej chwili istnieje

je łatwość zakażenia całej otrzewnej wylewającą się ropą. Z tych więc przyczyn wielu chirurgów wybiera postępowanie inną drogą — od strony jamy opłucnej. Niewątpliwie, dostęp do ropnia jest tu łatwiejszy, droga do przebycia dla chirurga znacznie krótsza, lecz i tu grozi zawsze zakażenie ropą błony surowiczej i, pomimo różnych sposobów zapobiegawczych, możliwe jest powstanie po operacji ropnia opłucnego z odmą (*pyopneumothorax*).

Celem uniknięcia tych groźnych komplikacji, podaje autor następujące swoje postępowanie, mające na widoku dojście do ropnia także od strony opłucnej, lecz bez otwierania jej jamy. Cięcie skórne prowadzi wzdłuż 9-go żebra, poczynając od chrząstki na 12 cm. i na końcach jego dodaje po jednym cięciu pionowym na górze. Utworzony w ten sposób płat, oddziela do góry aż do podstawy, leżącej w 7-m międzyżebrowiu, unosi ku górze, oddziela okostną od 8-go i 9-go żebra, które wycina na przestrzeni 10-u cm., tak aby nie uszkodzić nigdzie błony opłucnej. Wtedy palcami i płaską skrobaczką oddziela z wielką ostrożnością opłucną ku dołowi od tylnej powierzchni dolnych żeber aż do zakrętu jej i przejścia na górną powierzchnię przepony. Unosząc ten zachyłek opłucnej ku górze, łatwo udostępnić sobie część powierzchni przepony, przeciąg ją w odpowiednim miejscu, i tą drogą wypuścić ropę poza jamę opłucną. Operowany tym sposobem jeden przypadek ropnia podprzeponowego dał wynik jak najlepszy.

(*Revue de Chirurgie*. 1903. Czerwiec).

L. K.

55. E. Miecznikow. O odporności w chorobach zakaźnych. (*L'immunité dans les maladies infectieuses* par ÉLIE METSCHNIKOFF. Paris. 1901 str. 594).

[C. d.].

Wiadomo od dawna, że surowica niektórych zwierząt posiada własność rozpuszczania krwinek innych zwierząt. Własność tę BUCHNER przypisywał obecności we krwi t. zw. a l e k s y n y, którą upodabiał do zaczynów trawiających. EHRLICH i MORGENROTH przypuszczają, że w zjawisku rozpuszczania przez daną surowicę krwinek zwierzęcia innego uczestniczy nie jedna a l e k s y n a, lecz dwie różnokierunkowo działające substancje, mianowicie też s u b s t a n c y a p o ś r e d n i a („*Zwischenkörper*”) i k o m p l e m e n t. Surowica, która rozpuszcza dane krwinki, ogrzana do 55°, traci tę własność [skutkiem zniszczenia komplementu]; dodatek surowicy świeżej powraca jej tę własność. Jak to wykazał BORDET, normalną własność surowicy rozpuszczania danych krwinek możemy wzmódz znacznie, jeśli uodpornimy zwierzę, z którego bierzemy surowicę, drogą wprowadzenia pod skórę lub do otrzewnej danych krwinek. Kapitałny fakt ten posłużył za punkt wyjścia do całego szeregu niesłychanie ciekawych spostrzeżeń. BORDET wykazał, że w surowicy tak uodpornionych zwierząt — nie różniącej się do pewnego stopnia w swym działaniu od powyżej omówionego wyciągu z organów makrofagowych — znajdują się dwie substancje, które razem składają się na czynnik hemolityczny jej. Surowica zwierzęcia uodpornionego na krwinki, ogrzana do 55°—56°, traci własność rozpuszczania tychże, ale posiada własność sklejaną [aglutynowania] krwinek; dodatek niewielkiej ilości surowicy zwierzęcia normalnego powoduje zaraz rozpuszczanie się krwinek zaglutynowanych. Substancję w takiej surowicy, wytrzymującą działanie ogrzewania [nawet do 65°] i odpowiadającą EHRLICH'owskiej substancji pośredniej, nazywa BORDET „s u b s t a n c y ą u c z u l a j ą c ą”; owa zaś substancja banalna, która ginie przy 55°—56° i znajduje się w surowicach normalnych [aleksyna BUCHNER'a] odpowiada komplementowi EHRLICH'a. Zwierzę — normalnie posiadające w swej surowicy aleksynę — podczas uodporniania wytwarza w swym ustroju odpowiednią ilość substancji pośredniej lub uczulającej, której obecność w surowicy zwierząt nieuodpornionych niezawsze łatwo

wykryć. Co się tyczy aleksyny, to ilość tej w surowicy zwierzęcia nodporniego jest ta sama, co ilość w surowicy zwierzęcia zwykłego.

EHRlich i MORGENROTH dalej wykazali, że krwinki wprowadzone do surowicy ogrzanej, t. j. zawierającej tylko substancję pośrednią, mają własność pochłaniania tej substancji. Po usunięciu takich krwinek przy pomocy centrifugi surowicy ogrzanej dodatek do niej surowicy zwykłej już nie wpływa na rozpuszczanie się w niej nowych krwinek; przeciwnie zaś dawne krwinki, które pochłonęły subst. pośrednią, wprowadzone do surowicy świeżej, bardzo energicznie rozpuszczają się w niej. Wobec tego—dla ujednostajnienia nomenklatury—MIECZNIKOW proponuje dla subst. pośredniej [czy uczulającej] nazwę „*substance fixatrice*” lub „*fixateur*”. Dalsze badania EHRlich'a i MORGENROTH'a początkują, że ów „*fixateur*” ma posiadać dwa specyficzne ugrupowania atomów t. zw. grupy „*haptophorae*”—chwytających, mianowicie grupę łączącą go z krwinką i grupę łączącą go z komplementem. Oba te łączenia się pomienił autorowie uważając za sprawy czysto chemiczne. Zdanie BORDET'a w tym względzie jest nieco inne; twierdzi on mianowicie, że „*fixateur*” nie łączy się z komplementem [aleksyną], ale tylko z krwinką, którą uczula na działanie aleksyny. Tak, czy owak dotychczas nie zdołano rozwiłać należycie mechanizmu działania czynników hemolitycznych na krwinki. Autorowie przypuszczają, że działanie komplementu [aleksyny] należy do typu działań zaczynowych [BUCHER, BORDET, EHRlich i MORGENROTH] zwłaszcza t. zw. trawiących. MIECZNIKOW twierdzi, że aleksyna sama jest makrocytozą, która została wydzieloną przez fagocyty podczas wytwarzania się surowicy hemolitycznej. Wbrew przekonaniu NOLF'a MIECZNIKOW podtrzymuje ostatnie twierdzenie zwłaszcza wobec wyników badań PORTIER'a, który wykrył, że oksydazy krwi pochodzą z leukocytów. To samo znalazł ACHALME dla lipazy; dla kazeazy, dla zaczynu zbliżonego do trypsyny, ARTHUS i in. dla amylazy, a także dla plazmazy (*fibrinferment*). Wobec analogii, jaka zachodzi pomiędzy stosunkiem enterokinazy do zaczynów trawiennych trzustki a substancji uczulającej do aleksyny, MIECZNIKOW przypuszcza, że substancja hemolityczna krwi składa się z dwóch czynników: aleksyna, która odpowiada trypsynie i „*fixateur*”, która odpowiada enterokinazie. Pomiedzy aleksyną a makrocytozą M. nie widzi żadnej różnicy. Owa tedy makrocytoza powstaje w komórkach [fagocytach] dopóki są normalne. Z chwilą kiedy nastąpi fagoliza [rozpad fagocytów], makrocytoza uwalnia się z zarodki fagocytów i krąży wówczas w surowicy, która odtąd staje się hemolityczną. Zkąd się jednak bierze ów „*fixateur*”? Fakty zdają się przemawiać za tem, że „*fixateur*”—substancja uczulająca—również wytwarza się w fagocytach podczas trawienia wewnątrzzarodkowego: nie pozostaje ona jednak w fagocytach, lecz jako wydzielina przechodzi do plazmy krwi, do soków ustrojowych i wreszcie znika z ustroju, jako wydalona [mocz]; podobne zjawiska do wyżej opisanych zachodzą w ustroju nie tylko odnośnie do krwinek, ale i do innych elementów komórkowych [plemniki] i t. p.: po wprowadzeniu ich do ustroju zawsze następuje odczyn zapalny z interwencją makrofagów, trawienie wewnątrzzarodkowe obcych elementów, nadprodukcja i wydalanie subst. uczulającej. Zaznaczyć należy, że makrocytoza bywa zawsze jednakowa u zwierząt jednakowego gatunku, substancje zaś uczulające (*fixateurs*) są rozmaite. Mamy tedy specyficzne „*hemofixateurs*”, „*spermofixateurs*”, „*leuco-nephro-hepatotrichofixateurs*”, i t. d.

Badania CZYSTOWICZA wykazały, że po wstrzyknięciu królikowi surowicę węgorka lub konia, wytwarzają się w surowicy królika ciała, tworzące osady z surowicami pomienionemi; następuje tworzenie się w ten sposób swoistych precypityn. Takie precypityny otrzymano dla bardzo wielu związków ustrojowych [mleko krowie — BORDET, białko kurze, białko innych rodzajów, albumina moczowa LÉCLAINCHE i VALLE'e i in.]. We krwi zwierząt, którym wstrzyki-

wano żelatynę, pojawia się substancja, rozpuszczająca żelatynę [DELESENNE]. Substancja owa, o działaniu zbliżonym do działania trypsyny, wytrzymuje temperaturę około 60°. Badania wykazują, że wstrzyknięcie żelatyny do otrzewnej powoduje znaczną leukocytozę [chimiotaksa dodatnia] i że leukocyty pochłaniają roztwór żelatyny tak dobrze, jak pochłaniały krwinki lub bakterye. Wyciąg z leukocytów psa, uodpornionego przeciw żelatynie w powyższy sposób, posiada własność rozpuszczania żelatyny. Powyższe dane pouczają, że źródłem substancji, rozpuszczającej żelatynę, są leukocyty.

Jeżeli do ustroju zwierzęcego wprowadzimy jakiś ferment [trypsynę, emulsynę, enzymy proteolityczne niektórych bakterji, zaczyn drożdżowy], to w surowicy zwierzęcia wytworzy się ciało, przeszkadzające działaniu fermentu odnośnego [antytrypsyna, antyemulsyna, wogóle antydiastaza, antyeazym]. W ten sam sposób otrzymać możemy takie ciała „anty” odnośnie i do cytotoksyn, omówionych powyżej. Możemy więc otrzymać antycytotoksyny [antyhemolizynę, antyspermatoksynę i t. p.]. Te substancje różnią się od cytaz i zbliżają raczej do precypityn, aglutynin i „fixateur”ów [t. j. amboceptorów lub „Zwischenkörper” EHRlich’a [BORDET wykazał, że w surowicy antyhemotoksycznej królików, traktowanych surowicą hemotoksyczną świnek morskich znajdujemy i antycytazę i antyfixator — ten ostatni w ilości bardzo niewielkiej. Co do antycytazy, poglądy B. potwierdzają EHRlich i MORGENROTH. Ciekawem jest, że antycytazę możemy otrzymać nie tylko drogą iniekcji zwierzęciu surowicy świeżej lub ogrzewanej, ale i leukocytów, starannie pozbawionych śladów surowicy [WASSERMAN]; potwierdza to pogląd MIECZNIKOWA, że nie tylko surowica, ale i leukocyty zawierają cytazy. Zachodzi jednak pytanie, co w ustroju jest źródłem podobnych do powyżej omówionych antytoksyn [antyhemolizyny, antyspermatoksyny i t. p.]? Jeżeli idzie o antyhemotoksynę, to EHRlich — w myśl swej teorii ogniw bocznych — przyjmuje, że elementy jej powstają w zarodki czerwonych ciałek, jako ogniw boczne i, odrywając się od niej, krążą we krwi — receptory — gdzie grają rolę antytoksyn. MIECZNIKOW nie przyjmuje tej teorii. Na zasadzie badań METALNIKOWA i swoich, zwłaszcza nad spermo- i antyspermo-toksyną MIECZNIKOW i tym razem przepuszcza, że antycytotoksyny powstają w leukocytach, jakkolwiek zaznacza, że kwestya ta, choć prawdopodobna — wcale dotychczas za rozstrzygniętą uważana być nie może.

Przechodząc do badania odporności przyrodzonej, MIECZNIKOW na zasadzie bardzo licznych badań swoich, swych uczniów i cudzych dochodzi do wniosku, że odporność przyrodzona u danego zwierzęcia jest funkcją jego fagocytarnej działalności. Wielokrotnie przypisywano tę odporność temu, że dany czynnik chorobowy [bakteryja] nie może rozwijać się w sokach ustrojowych danego zwierzęcia wyłącznie dzięki bakteryobójczym — chemicznym własnościom tych soków. Tak np. BAUMGARTEN i in. dowodzili, że węglik dlatego jest nieszkodliwy dla żaby, że *bac. anthracis* ginie w sokach ustrojowych tego zwierzęcia. Tymczasem badanie wykazuje, że osocze krwi żaby stanowi bardzo dobre podłoże dla rozwoju *bac. anthracis* i że w unieszkodliwianiu tego pasożyta odnośnie do ustroju żaby odgrywają wyłączną rolę fagocyty. Co więcej — pokazało się, że to wszystko, co tamuje i osłabia fagocytną działalność białych ciałek krwi, zmniejsza w tym samym stopniu odporność przyrodzoną zwierząt. W tym kierunku np. przemawiają badania ERNST’a odnośnie do żab, WAGNER’a — do kur w stosunku do *bac. anthracis*. WAGNER mianowicie znalazł, że las, węglik, przeciw któremu kura posiada odporność przyrodzoną, rozwija się doskonale w krwi kurzej. Jeżeli ochłodzić ptaka, to wówczas reakcja fagocytozowa rozgrywa się bardzo wolno i nieznacznie i jednocześnie przyrodzona odporność kury w tym kierunku słabnie. Wiadomo, że stare psy posiadają dosyć wybitną odporność przyrodzoną przeciw las, węglik; po wprowadzeniu do ustroju psa las, węglik następuje bardzo silna reakcja fagocytna; na miejscu wstrzyk-

nięcia pasożyta zbiera się mnóstwo leukocytów, które pochłaniają laseczniki. Jeżeli jednak zmniejszyć ilość fagocytów, jakimi ustroj psa rozporządza, przez wycięcie psu np. śledziony, lub wstrzyknąć do żył proszku węgla, przeciw któremu większość fagocytów skieruje niezwłocznie swą pracę, to taki pies staje się pastwą węglika [BARDACH]. Tak więc 1) odporność przyrodzona zwierząt jest funkcją obronnej czynności fagocytów w ustrojach tych zwierząt; 2) wszystko to, co tę obronną czynność zmniejsza lub tamuje, jednocześnie osłabia lub znosi przyrodzoną odporność zwierząt. Zachodzi teraz pytanie, jaki jest wewnętrzny mechanizm tej odporności przyrodzonej, t. j. na czem polega właściwie ta fagocytarna działalność białych ciałek krwi?

Tak więc podstawowym czynnikiem odporności przyrodzonej jest pochłanianie pasożytów przez fagocyty. Badania pouczają, że po wprowadzeniu do danego ustroju elementów komórkowych innego ustroju lub pasożytów chorobotwórczych występuje przedewszystkiem umiejscowiony odczyn zapalny z diapedezą wielkiej ilości białych ciałek krwi — co właśnie jest najbardziej charakterystyczne dla tego rodzaju zapalenia. I taki odczyn zapalny występuje zawsze, będąc zjawiskiem dobroczynnym dla zagrożonego ustroju. W tych sprawach gra ważną rolę „czucie“ („sensibilité“) elementów komórkowych; począwszy od komórek nerwowych, które powodują rozszerzenie się naczyń krwionośnych w danym miejscu, od komórek śródbłonna, które ułatwiają diapedezę fagocytom, aż do tych ostatnich. Fagocyty, kierowane chemotaksą dodatnią — dążą do zagrożonego miejsca. Zwłaszcza mikrofagi uwydatniają tę chemotaksę daleko wybitniej, niż makrofagi. To wszystko stanowi akt pierwszy sprawy. Drugim aktem jest pochłanianie mikrobów. Badania wykazują, że w akcie pochłaniania mikrobów czynną rolę grają nie te ostatnie, ponieważ nawet najbardziej ruchliwe bakterye nie mogą przenikać do wnętrza komórek. Pochłanianie mikrobów skuteczniejsza sama zaródź leukocytów, obdarzonych ruchem amebowatym i mogących posiłkować się niby — nóżkami. Wciągnięty w ten sposób mikrobie nie znajduje w zarodku leukocyta środowiska, sprzyjającego dalszemu rozwojowi — wbrew dosyć rozpowszechnionej opinii. Przytem leukocyty wchłaniają bakterye żywe i jadowite, nie zaś martwe lub uprzednio osłabione. Takie bakterye wewnątrz zarodki ulegają trawiącym czynnikom protoplazmatycznym; wewnątrz zarodki tworzą się zazwyczaj wodniczki, napełnione kwaskowatą zawartością, która wsiąka w mikroby. Odczyn tej zawartości doskonale uwydatnić możemy przy pomocy barwnika „neutralroth“ [EHRlich], który w środowisku kwaśnem czerwienieje. Owóż bakterye, pochłonięte przez zaródź żywych leukocytów, barwią się tym barwnikiem na różowo. Stwierdzono jednak, że trawienie mikrobów może zachodzić i w środowisku alkalicznem. Tak czy owak, trawienie to zachodzi za sprawą wewnątrz-zarodkowego fermentu [cytują], który działa nie tylko na elementy komórkowe ustrojowe, ale i na mikroby.

Od dawna znano bakteryobójcze własności krwi i surowicy zwierzęcej. Fakt ten chciał FLUEGGE uznać za istotę odporności; jego teorię przyjął BOUCHARD, potwierdził zaś BUCHNER przez swą aleksynę. Starano się więc nadać teorii o odporności podstawę humoralną. Już LUBARSCH — wbrew powyższemu — wypowiedział jednak mniemanie, że część owej substancji bakteryobójczej we krwi może pochodzić z leukocytów. Przekonano się wkrótce, że płyny ustrojowe [wysięki] są tem bardziej bakteryobójcze, im więcej zawierają leukocytów. Wobec tego myśl o leukocytowym pochodzeniu bakteryobójczych substancji krwi była przyjęta prawie ogólnie. Nie podzielał jej jednak R. PFEIFFER i jego uczniowie, którzy wprost twierdzili, że bogate w leukocyty wysięki są właśnie glebą, sprzyjającą rozwojowi pasożytów. Badania ucznia MIECZNIKOWA — GENGOU doprowadziły do wręcz przeciwnych wyników. Badacz ten przy pomocy zamrażania leukocytów, oddzielonych od aseptycznego

ropnego wysięku przy pomocy centrifugi, otrzymywał ich zawartości przekonął się wielokrotnie, że zawartość ta—wyciąg mikrofagowy—miała o wiele większe własności bakterycydy, niż surowica krwi odpowiednich zwierząt. Jednocześnie przekonano się, że substancje bakterycydy w surowicy i w wyciągu z leukocytów są identyczne. Ekstrakt makrofagów nie posiadał własności bakterycydy; mimo to trawienie mikroorganizmów niewątpliwie zachodzi również i w zarodki makrofagów, acz wolniej, wobec czego nie ulega wątpliwości, że i makrofagi posiadają w zarodki ferment trawiący bakterie, lecz w ilości mniejszej i dlatego nie udało się wydobyć go z nich. Z doświadczeń powyższych wynika niezbicie, że te wysięki posiadają większą własność bakterycydy, w których przeważają mikroorganizmy; własność bakterycydy wysięków makrofagowych jest znacznie słabsza. Mikroorganizmy są źródłem substancji bakterycydy w płynach ustrojowych. Ważną jednak—z punktu widzenia nauki o odporności wogóle—jest kwestya, czy owa substancja bakterycydy wydziela się z leukocytów za ich życia, czy też po śmierci leukocytów, na skutek ich zniszczenia przez ten lub ów czynnik. Wypowiadano przedewszystkiem mniemanie, że substancja bakterycydy wydziela się, jako produkt—z leukocytów eozynofilowych, na które patrzano, jako na rodzaj jednokomórkowych ruchomych gruczołów wydzielniczych [HANKIN, KANTHACK i HARDY]. Teorię tę jednak zarzucono, skoro zostało dowiedzionem, że niektóre ryby—choć eozynofili we krwi nie posiadają wcale—mają jednak zdolność niszczenia mikroorganizmów przy pomocy fagocytów. BUCHNER uczył, że substancję bakterycydy wydzielają leukocyty wogóle: że jest ona produktem, wydzielanym przez żywe leukocyty. Badania MIECZNIKOWA i jego uczniów [GENGOU] pouczają, że żywe leukocyty nie wydzielają za życia do płynów ustrojowych substancji bakterycydy, lecz że ta substancja pojawia się w płynach ustrojowych na skutek zniszczenia fagocytów, tak jak *fibrinferment*. Wobec tego osocze krwi, krążącej w zdrowym zwierzęciu, nie posiada własności bakterycydy: własności te posiada tylko cytaza, pozostająca w zarodki nienaruszonych leukocytów i przechodząca do osocza po ich zniszczeniu w skutek rozpadu bądź we krwi krążącej [fagoliza], bądź we krwi wydobytej z ustroju. Jaki jest stosunek cytazy do „aleksyny” BUCHNER’a, której B., jak wiadomo, przypisywał zarówno własności hemolityczne, jak i bakterycydy? EHRLICH i MORGENTHAU są zwolennikami teorii o wielości „aleksyn”—komplementów o rozmaitych powinowactwach. NEISSER podziela ostatnie mniemanie, przypuszczając w surowicy normalnej istnienie dwu rozmaitych komplementów: hemolitycznego i bakterycydy. BORDER, w celu rozstrzygnięcia tej kwestyi, usuwał z surowicy przy pomocy uczulonych krwinek całą obecną tam cytazę; po dodaniu do takiej surowicy bakterii, okazało się, że pozostały one nienaruszone, chociaż surowica przed usunięciem cytazy była bardzo bakterycydy. Doświadczenie to bardzo przemawia za jednością cytazy we krwi. MIECZNIKOW jednak przypuszcza, że istnieją dwie kategorie cytaz stosownie do dwóch kategorii fagocytów, makro- i mikrocytów. Ekstrakty z organów makrofagowych [gruczoły krezkowe, *epiploon*] posiadają działanie hemolityczne, nie są jednak bakterycydy; wysięki zaś mikrofagowe, słabo bardzo hemolityczne i niezawsze, posiadają przeciwnie bardzo wybitne działanie bakterycydy. Odróżnia więc M. makrocytazę [hemolityczną] i mikrocytazę (przeważnie bakterycydy). Ponieważ surowica posiada odczyn alkaliczny, cytazy te przeto mogą rozwijać swe działanie nie tylko w środowisku kwaśnem, ale i w środowisku alkalicznem. Wogóle cytazy zbliżają się do grupy takich zaczynów jak trypsyny, papainy, ameb- i aktinodiasazy. Należą one do kategorii „endoenzymów”, ponieważ działają wewnątrz komórki, która [za życia] nigdy ich na zewnątrz nie wydziela. Co się tyczy cytaz u rozmaitych zwierząt to te różnią się od siebie: tak cytazy psa różnią się od cytaz

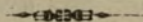
królika lub konia. Oczywiście trawienie wewnątrz zarodzi leukocytów, odbywa się nierównie energiczniej, niż w surowicy, gdzie działanie cytaz nigdy zazwyczaj nie dochodzi do końca [np. trawienie plemników lub jąder krwinek]. Badania wykazują, że mikroby, aby być strawionymi przez fagocyty, nie potrzebują przedtem ulegać aglutynacji. Co więcej, z badań GENGOU wynika, że pomiędzy odpornością danego indywiduum przeciw danej bakterii a sprawnością aglutynacyjną w jego krwi niema żadnego stosunku. Tak np. surowica ludzka aglutynuje w stosunku 1 : 500 kultury las. węglika, a pomimo to ustrój człowieka jest bezbronny w walce z tym pasożytem; surowicy byka, tak czulego na *bac. anthracis* aglutynuje w stosunku 1 : 120, surowica zaś psa — odporne — aglutynuje w stopniu 1 : 100.

Oto wszystko, co wiemy o odporności przyrodzonej: podstawową rolę w tym zjawisku grają, jak widzieliśmy, fagocyty, zarówno makro — jak i mikrofagi. Fagocytoza wystarcza, aby zapewnić ustrojowi zwierzęcemu stan odporności przyrodzonej; własności bakteryobójcze surowicy, wbrew teorii humoralnej odporności — są to własności, które istnieją poza ustrojem, w ustroju zaś powstają na skutek uwalniania się mikrocytazy z rozpadających się mikrocytów. Poza cytazami niema w ustrojach nic, coby nadawało im odporność przyrodzoną.

[C. d. n.].

Kazimierz Rzętkowski.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNNY PANIE REDAKTORZE.

Z powodu wzmianki w numerze 37-ym Gazety Lekarskiej o projektowanym oddziale położniczym w szpitalu starozakonnych na Czystem, uprzejmie prosimy, celem uspokojenia opinii publicznej, o wydrukowanie kilku słów odpowiedzi.

Lekarze-członkowie komitetu budowy, nie podzielają wcale szlachetnego oburzenia autora wzmianki w Gaz. Lek., gdyż projekt przeniesienia oddziału położniczego powstał po dojrzałym obmyśleniu i zgodnie ze wszystkimi prawie lekarzami szpitalnymi, a przedewszystkiem najbardziej kompetentnymi i zainteresowanymi, t. j. akuszerami i zarządzającym pracownią lekarską.

Oddział akuszerski nie będzie miał żadnej styczności z pracownią, stanowić on bowiem będzie parter budynku, a pracownia zajmie piętro; parter i piętro mają wejście zupełnie oddzielne, na dwóch krańcach przeciwległych pawilonu z oddzielnymi klatkami schodowymi. Żadnego połączenia między tymi zakładami nie będzie, a więc i niebezpiecznym takie sąsiedztwo być nie może. Sale sekcyjne i zbiór preparatów anatomicznych znajduje się w miejscu odległym, obok trupiarni. Takie zresztą połączenie spotykamy obecnie we wszystkich prawie najnowszych szpitalach. W Berlinie, oddziały ginekologiczny i akuszerski prof. LANDAU'a i OLSHAUSEN'a, gdzie dziennie do 20-tu porodów się odbywa, mieszczą się na dole, a na górze są obszerne pracownie anatomiczne i bakteriologiczne. Tak samo w Wiedniu w szpitalu św. Elżbiety. I u nas, w szpitalu Dzieciątka Jezus, istnieją pracownie lekarskie w bezpośredniej nawet styczności z salami chorych i nikt nie uważa tego za „urągowisko z ostat-

nich zdobyczy nauki⁴ i nie zwraca się aż do „inspekcji szpitalnej“. Przeciwnie, ostatnie zdobycze nauki wymagają, aby każdy oddział szpitalny miał swoją pracownię. Jeśli to chorym niczem nie zagraża, dlaczegożby pracownia, urządzona na oddzielnym piętrze, doskonale izolowana, miała być niebezpieczną dla otoczenia?

Łączymy wyrazy wysokiego poważania,

Lekarze-członkowie komitetu budowy szpitala:

Dr. J. Sz waj cer, Zygmunt Kram sz tyk, Antoni Natanson.

Warszawa, d. 15. IX. 1903 r.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W № 37 Gaz. Lek. znajduję notatkę o projekcie urządzenia oddziału akuszerijnego w szpitalu żydowskim na Czystem; w notatce tej projekt zostaje poddany bardzo ostrej a niesprawiedliwej krytyce. Proszę więc niniejszem o umieszczenie poniższych kilku słów, które w nieco innym świetle wzmiankowany projekt przedstawia.

Na parterze—oddział akuszerijny, na pierwszym zaś piętrze pracownia mikroskopowa i bakteriologiczna, to, zdaniem autora notatki, „urządowisko z ostatnich zdobyczy nauki“.

Należałoby jednak wiedzieć, że we wszystkich prawie nowych klinikach wogóle, a w szczególności w położniczych, górne piętra gmachów klinicznych przeznaczone są na pracownię, a plany tych klinik wygotowywane były w porozumieniu z kierownikami klinik, którzy nie tylko nie urągają ostatnim zdobyczom nauki, lecz przeciwnie, poważnie się przyczynili do tych najnowszych zdobyczy.

Niedogodną czasami może być taka łączność pomiędzy kliniką i pracownią—mam tu na myśli zbytnią ciekawość pacjentów, ale niebezpieczną nigdy nie jest, bo pracownia nie jest rozsadnikiem zarazy, jak to sobie wyobraża autor notatki!

W danym przypadku nawet o tej niedogodności mowy być nie może, bo... nie ma żadnej łączności pomiędzy projektowanym oddziałem a pracownią.

Pierwsze piętro pawilonu [pracownia] jest oddzielone od parteru na całej przestrzeni sklepieniem i posiada własną klatkę schodową, znajdującą się na jednym końcu budynku, zaś na przeciwnym jego końcu znajduje się sień wejściowa na parter.

Więc chyba tylko przez rury zlewowe mogłaby się szerzyć zaraza z pierwszego piętra na parter. Ale tej drogi nie obawiają się ani zagraniczni kierownicy klinik, ani ci, których tutaj oto pytano.

Wielka szkoda dla rodzących, którą przewiduje autor notatki jest niewątpliwie tylko utopią a na pomoc inspekcji lekarskiej dla zwalczania niebezpiecznego projektu autor na serwo chyba nie rachował.

15. IX. 1903.

Z poważaniem, *J. Steinhaus.*

W powyższych obronach projektu urządzenia oddziału akuszerijnego i pracowni w szpitalu starozakonnych na Czystem członkowie komitetu budowy szpitala koledzy: J. SZWAJCER, ZYGMUNT KRAMSZTYK, i ANTONI NATANSON jako też i kol. STEINHAUS pominieli jeden ważny fakt, mianowicie, że istnieją dwa rodzaje pracowni: podręczne dyagnostyczne przy oddziałach i anatomo-patologiczne przy salach sekcyjnych lub w ich pobliżu. Ogólne pracownie anatomo-patologiczne we wszystkich szpitalach no-

wego typu [w Hamburgu, Norymberdze, Hannowerze, szpitale miejskie w Berlinie i w. in.] są budowane na krańcach placów szpitalnych przy sali sekeyjnej lub w jej pobliżu i absolutnie żadnej styczności nie mają z pawilonami dla chorych.

Pracownia szpitala starozakonných jest właśnie ogólną, i chociaż kol. STEINHAUS nazywa ją mikroskopowo-bakteryologiczną, muszą do niej być znoszone, jak i dotąd to być musiało i jak w każdej tego rodzaju pracowni to bywa, całe nieraz narzędzia lub ich części przy sekeyi wydobyte, dla dokładnego obeerzenia, preparowania i badania. Przy poszukiwaniach anatomo-patologicznych dokonywane być musi mycie naczyń i narzędzi, do czego nie używa się zwykle płynów antyseptycznych. Nie podobna się również ustrzedz, aby nie nastąpiło rozbić próbówki lub płytki z hodowlą wskutek niedbalstwa lub nieostrożności służby, która nie potrafi zwykle zniszczyć zarazki w sposób właściwy i zaradzić następczemu wysychaniu i uniesieniu się ich z kurzem. Pomimo więc, że obydwie instytucje t. j. pracownia ogólna i oddział położniczy w szpitalu starozak, na Czystem mają mieć oddzielne wejścia, to nie znaczy jednak by pomiędzy nimi zniesione było połączenie. Zakażenie może i tu łatwo nastąpić, wprawdzie głównie przez powietrze ale nie wyłączone jest i zakażenie przez zetknięcie. Przecież pracownię trzeba codziennie wietrzyć, zamiatać, okurzać, a otrzymany w ten sposób pył, z dużą zawartością zarazków łatwo przez okna będzie przedostawał na dolne piętro; przy myciu okien na górze, brudna woda będzie ściekała i walała ściany, okna i futryny na dolnym piętrze, skąd zarazki łatwo się już mogą przedostać do wewnątrz. Jeszcze łatwiej zarazki mogą być przenoszone przez muchy, rozmaitego rodzaju robactwo, a nawet myszy, czego przy największej staranności nieraz uniknąć nie można. Nadto przy najlepszej służbie nie można się ustrzedz, aby przypadkowo nie wylano brudnych płynów lub nie wyrzucono jakiego odpadku. I połączenia zapomocą rur [zlewowych i in.] nie możemy uważać za zupełnie niewinne.

Jeżeli chirurdzy nie robią operacji czystych tam gdzie były dokonywane operacje septyczne, jeżeli dziś w lepiej urządzonych oddziałach nie robią laparotomii przy większym napływie widzów, choćby zdaleka się tylko przyglądających z obawy przeniesienia zarazków, to dla czego w szpitalu starozakonných mają się odbywać porody i operacje położnicze w najbliższem sąsiedztwie z pracownią, z której pomimo największej ostrożności ze strony zarządzającego mogą właśnie zarazki być roznoszone. Na takie warunki chyba żaden akuszer się nie zgodzi.

Co zaś do instytucyj LANDAU'a i OLSHAUSEN'a, to pracownie tam są związane z oddziałem ginekologicznym, a nie akuszeryjnym, który możliwie dokładnie oddzielony jest od pierwszego; pomimo to i te pracownie nie tylko mają oddzielne wejścia nie tylko leżą o pare pięter wyżej [u LANDAU'a], lecz nawet na przeciwnym końcu budynku. Pracownie te są przeznaczone do badań wydzielin chorych, wyskrobin i tkanek usuniętych przy operacyach, są to zatem pracownie dyagnostyczne.

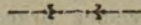
Ale i w tych pracowniach dyagnostycznych nie jest wyłączoną możność przeniesienia zarazków, a pedantycznie utrzymywana w nich czystość jest skierowana ku ograniczeniu tej możliwości. Nie mówiąc już o wspomnianych pracowniach, nawet w oddziale GUYON'a [w szpitalu NECKER'a], gdzie możność zakażenia chorych po operacji jest znacznie mniejszą, niemniej przeto całą pracownię [podłogi, stoly, stolki] codziennie rano zmywają wodą mydlaną i roztworem sublimatu. W naszych warunkach, przy naszej obsłudze szpitalnej zachowanie takiej czystości w pracowni jest absolutnie niemożliwe.

Zresztą i tych nawet klinik nie możemy dziś uważać za wzorowe. Klinika LANDAU'a jest pomieszczona w zwykłej kamienicy, gdzie tylko oficynę przerobiono na oddział, — co się zaś tyczy kliniki OLSHAUSEN'a, to zarówno urządzenie jej, jak i samo operowanie ze stanowiska dzisiejszych wymagań aseptyki, nie są pozbawione licznych braków, — i instytucje te, jak Sz. Koledzy w replikach swoich utrzymują, nie mogą służyć za wzór do naśladowania. Co się zaś tyczy przytoczonego w replikach przy-

kładu szpitala Dz. Jezus, mającego przemawiać na korzyść bronionego przez komitet budowlany projektu, to w tym właśnie szpitalu pracownia anatomo-patologiczna jest zupełnie oddzielona od oddziałów szpitalnych, w oddziałach zaś znajdują się tylko pracownie podręczne dyagnostyczne.

Biorąc więc na uwagę przytoczone powyżej dane, nie możemy uważać za właściwe urządzenie oddziału akuszeryjnego w jednym budynku z ogólną pracownią szpitalną. W nowym szpitalu, gdzie wszystko powinno być wzorowo urządzone, odpowiednio dzisiejszym wymaganiom, ta anomalia miejsca mieć nie powinna i należałoby raczej jeszcze kilkanaście tysięcy rubli poświęcić na wybudowanie oddzielnego pawilonu dla rodzących.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— Sądy francuskie nieraz już uznały odpowiedzialność cywilną rodziców w razie udzielenia mamce przymiotu przez dziecko, dotychczas jednak nie miały sposobności wypowiedzieć się w kwestyi zarażenia przymiotem przez stosunki płciowe. Dopiero obecnie trybunał cywilny departamentu Sekwany zadecydował w podobnym przypadku, że udzielenie nawet mimowolne przymiotu przez osobę, która wie, że jest dotknięta tą chorobą, powinno być rozpatrywane, jako stanowiące lekkomyślność, za którą sprawca odpowiedzialnym jest cywilnie. W danym przypadku winny osądzony był na 12000 franków na rzecz ofiary [16-letniej dziewczyny].

Oskarżony w obronie swojej przytaczał między innymi pogląd, że udzielenie jakiegokolwiek choroby wenerycznej, czy innej, wtedy tylko może stanowić przestępstwo, jeżeli jest umyślnem. Sąd jednak opierając się na ustaleniu prawdziwości faktu, będącego powodem dochodzenia, jak również na tem, że zostało stwierdzone, iż oskarżony znał charakter wysoce zaraźliwy tej niebezpiecznej choroby, dalej, wychodząc z zasady, że podstawą i przyczyną powództwa rodziców ofiary nie jest w danym przypadku postępek niemoralny ich córki, a karygodny czyn, popełniony przez oskarżonego, wydał wyrok uwzględniający żądania powodów.

(*Semaine médicale* 1903. № 5).

S. J.

— W pracy o częstotliwości i przyczynach ciąży jajowodowej Hahn przyszedł do następujących wniosków: 1) Najczęstszą przyczyną ciąży zewnątrzmacicznej jest bez wątpienia tryper. 2) Ciąża zewnątrzmaciczna zdarza się więc częściej tam, gdzie częstszem bywa zakażenie rzeżączkowe, a więc w wielkich miastach. 3) Zdaje się, że liczba przypadków ciąży zewnątrzmacicznej wzrosła w latach ostatnich. Przyczyny tego spoczywają po części w coraz bardziej rozszerzającym się zakażeniu rzeżączkowem, po części też w udoskonaleniu rozpoznania i leczenia ciąży jajowodowej w ostatnich latach. Ciąża zewnątrzmaciczna nie jest przeto wcale rzadką chorobą, za którą przez czas dłuższy uchodzila, lecz, przeciwnie, należy do częściej się przytrafiających chorób płci żeńskiej. 4) Wyniki leczenia ciąży pozamacicznej, zarówno operacyjnego, jak i zachowawczego, są wszędzie dobre, tak iż niebezpieczeństwo ciąży zewnątrzmacicznej, dawniej za bardzo wielkie uchodzące, znacznie się zmniejszyło a rokowanie w znacznie przeważającej liczbie przypadków już z góry pomyślnem może być nazwane. 5) Najlepszym zabezpieczeniem przeciw ciąży zewnątrzmacicznej będzie wystrzeżenie się zakażenia rzeżączkowego.

(*München. med. Woch.* 1903. № 6).

Z.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 12 Сент. 1903 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.