

# GAZETA LEKARSKA.

## I. 31 SPOSTRZEŻEŃ ZATRZYMANIA GŁÓWKI DZIECKA

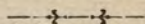
LUB POJEDYŃCZYCH KOŚCI CZASZKI W MACICY

po dekapitacyi lub po urwaniu się tułowia podczas ekstrakcyi płodu

Podał

**Franciszek Neugebauer,**

ordynator oddziału chorób kobiecych szpitala Ewangelickiego w Warszawie.



Zdawałoby się, że, wobec dzisiejszej techniki i dzisiejszego *armamentarium* położniczego, zawsze uda się po wydobyciu tułowia dziecka wy dostać i główkę. A jednak są wypadki, w których wydobycie główki nie mało kłopotu sprawiało nawet i rutynowanym praktykom, jak naprzykład HEGAR'owi w przypadku porodu przy spondylolistetycznej miednicy, opisanym przezemnie w roku 1884 w pracy: „*Ein neuer Beitrag zur Casuistik und Aetiologie der Spondylolisthesis*“ *Archiv für Gynäkologie*. Bd. XXII. Heft 2.

Dnia 29 stycznia 1873 wezwano HEGAR'a do pierwiastki o spondylolistetycznej miednicy. Prawe ramię dziecka wystaje z pochwy, macica ściśle obciążnięta dokoła leżącego poprzecznie dziecka. Kilka usiłowań dokonania obrotu pozostało bez skutku. Dokonano nareszcie dekapitacyi nożyczkami długimi, co się udało stosunkowo łatwo, również jak i ekstrakcyja tułowia płodu, lecz wydobycie główki okazało się tak trudnem, że HEGAR twierdzi, że był to najtrudniejszy w całej jego praktyce poród. Ponieważ przy dekapitacyi utrzymało się kilka kręgów szyjowych przy główce, nie sposób było dostać się do *foramen occipitale*. Trzeba było zatem najprzód unieruchomić główkę w jakikolwiek sposób; zaprowadzono w tym celu hak ostry do jamy ustnej i za hak pociągano, lecz asystent ciągnął za mocno i złamał dolną szczękę dziecka. Ponieważ utracono w ten sposób najlepszą rękojmię dla ustalenia główki, przed palcem uciekającej, wbito hak ostry *in orbitam* aż do jej dna kostnego i teraz nałożono kefalotrypter, podczas gdy równocześnie asystent dopomagał uciskiem od zewnątrz na ściany brzucha wywartym. Lecz i te usiłowania okazały się daremnemi: kefalotrypter bowiem uchwycił tylko mały segment czaszki i groził obsunięciem się, a dalej fiksujący hak również w tej samej chwili się obluźnił. Próba, dokonana w ten sam sposób na drugim oczodole, zpetzła na niczem.

Ponieważ wszystkie zabiegi dotąd stosowane okazały się daremnymi, HEGAR wprowadził rękę wzdłuż kości krzyżowej, szukając tylnej ściany główki, udało się wtedy dotrzeć do pewnego punktu *suturae squamosae* i tam wbić *perforatorium* łyżkowate. Wbicie perforatora z powodu układu szwu kostnego okazało się nadmiernie trudnem, tak, że narzędzie najprzód wślizgnęło się pomiędzy *dura mater* i czaszkę. Nareszcie udało się dojść do mózgu i wprowadzić ramię kranioklastu do wewnątrz czaszki, poczem dopiero udało się wydobyć główki.

Gdyby poświęcić czas odpowiedni na poszukiwania potrzebne, z łatwością udaloby się zebrać wcale poważną kazuistykę spostrzeżeń analogicznych. Któryż z nas nie widział osobiście podobnych trudności przy wydobywaniu główki po dekapitacji, szczególnie przy miednicy płaskiej i niesymetrycznie, skośnie zwężonej? Zdarzają się przypadki, w których nie zdołano na razie główki wydobyć i pozostawiono ją w jamie macicy.

Kilka lat temu sz. prof. Kosiński raczył zaprosić mnie do kliniki swojej z zapowiedzią, że zobaczę przypadek bardzo rzadki i ciekawy.

Otóż chodziło o główkę pozostałą po dekapitacji w macicy przez całe 9 miesięcy. Ponieważ kwestya etyologii, symptomatologii, rozpoznania, również jak i potrzebnego leczenia w wysokim stopniu mnie zainteresowała, jąłem się przejrzeć dane piśmiennictwa co do podobnych spostrzeżeń i zebrałem aż 31 podobnych spostrzeżeń wielce pouczających pod każdym względem. Sądząc, że każdego praktyka zainteresuje również kwestya tak ważna, zdecydowałem się na krótki opis owych 31 spostrzeżeń, zestawiając je podług abecadłowego porządku nazwisk autorów, którzy je opisali.

1) BAGGER: *Kajsernit p. Gr. af afrevet Hood-Konen hebrevet. (Ugeskrift for Laeger 4. R. Tom XXVIII, Nr. 21. p. 70—13)*. Cięcie cesarskie dla wydobycia urwanej przy ekstrakcji główki z wyzdrowieniem operowanej.

2) ESTEP (*Hamburger Zeitschrift für die gesamte Medicin. Bd. V. p. 274*, patrz referat: WITTLINGER's *Analekten für die Geburtshülfe. 1849. I. Bd. II Hft. pg. 572. Nr. 116*). Kobieta rodziła dwa razy przy pomocy kleszczy, przy trzecim porodzie dokonano cięcia cesarskiego dla wydobycia pozostałej w macicy przy pęknięciu jej główki. [U tejże samej kobiety i przy czwartym porodzie dokonano ze szczęśliwym zejściem cięcia cesarskiego].

3) FINCKE: *Casuistische Mittheilungen aus dem Salvator-Krankenhaus in Halberstadt. (Deutsche medicinische Wochensch. 13. VIII. 1896. Nr. 33. pg 534)*. „*Blasenscheidenfistel und Blasensteine veranlasst durch Foetusknocben*“. Dnia 26 sierpnia 1896 r. przyjęto do szpitala chorą z powodu przetoki pochwowo-pęcherzowej. Kobieta ta rodziła tylko raz jeden 16 lat temu i czuła już ruchy płodu, gdy w 6 miesiącu ciąży wystąpiły krwawienia z pochwy połączone z bólami i trwające cały miesiąc. Akuszerka jakoby stwierdziła przodowanie łożyska i posłała po lekarza. Lekarz miał dokonać obrotu dziecka i próbować wyciągnięcia za nóżkę, co musiało być bardzo trudnem, ponieważ lekarz oświadczył, że będzie musiał posłać po narzędzie do przedziurawienia główki. Ostatecznie jednak obeszło się bez tej perforacji, lekarz ciągnął i ciągnął i wydobył nareszcie cały tułów, lecz główka się urwała i w macicy pozostała.

Lekarz oświadczył, że jej wydobyć nie potrafi i że główka będzie musiała wyjść samowolnie z macicy. Po takim oświadczeniu zabrał się i poszedł do domu. Położnica leżała przez cały rok w łóżku przy stałych śmierzdzących wypływach. Powoli dopiero stan jej o tyle się poprawił, że w drugim roku po porodzie mogła łóżko opuścić i pracą się zająć w polu. Wtenczas to stale miewała ona wielkie zatrudnienia w oddawaniu stolca. Pewnego dnia, gdy zupełnie stolca oddać nie mogła, pacjentka wsunęła palec do odbytnicy, aby stolecowe masy wydobyć; przy tej okazji palec natrafił na jakiś przedmiot twardy, który chora wyciągnęła. Był to ułamek gładki jakiejś kości czaszkowej. Od owego czasu już stolec chora oddawała swobodnie. Odpływy pochwowe w ostatnich latach się nieco zmniejszyły, lecz stale trwają.

W styczniu 1896, a więc 16 lat po owym trudnym porodzie, chora po raz pierwszy zauważyła, że mocza wycieka z pochwy i od tego czasu już nie była w stanie prawidłowo moczu oddawać. W 7 miesięcy później przyłączyły się ustawiczne bóle w pęcherzu moczowym, które zmusiły chorą nareszcie do udania się do lekarza. Lekarz posłał ją do szpitala. Ogólny wygląd chorej dobry, czerstwy i zdrowy. Szyja macicy w prawidłowym położeniu, lecz stoi wysoko i jest mało ruchomą. Poniżej szyjki i ku przodowi od niej w przedniej ścianie pochwy tkwił kamień, jakby mocno wbity w nią. Przy wypłukaniu pochwy zauważono na tylnej jej ścianie dwa centymetry powyżej *commissurae labiorum* nieregularną, skośnie przebiegającą bliznę kilku centymetrów długości, pozostałą prawdopodobnie po zagojonej *sponte* przetoce pochwowo-kiszkowej.

Po założeniu rynny SIMON'a kamień był lepiej widocznym. FINCKE obok kamienia przesunął gruby zgłębnik do pęcherza, powiększając w taki sposób otwór, w którym kamień utkwiał. Pokazało się, że kamień do połowy w pęcherzu i do połowy w pochwie siedział. Wydobyto go kleszczami, przyczem cokolwiek masy jego się ukruszyło. Kamień miał 4 ctm. długości i 2 i 1½ ctm. szerokości. Zaraz po wydobyciu kamienia lał się mocz z pęcherza do pochwy i można było palec z pochwy do pęcherza wprowadzić. Przy tem znaleziono w pęcherzu jeszcze sporo drobniejszych odłamków kamienia, które wydobyto. Tylna część braku ściany pochwy graniczyła ze szyją macicy. Błona śluzowa otaczająca otwór przetoki obumarła powierzchownie. Po odpadnięciu strupów przetokę operacyjnie zaszyto. W kamieniu składającym się z dwóch większych odnóg po rozpuszczeniu w kwasie solnym znaleziono dwa jądra: *os occipitis* i jedną połowę dolnej szczęki płodu. FINCKE przypuszcza, że czaszka dziecka z macicy została wypchniętą do pochwy, tam wywołała *decubitus* uciśkowy, przetokę pęcherzową i wytworzenie się kamienia w następstwie.

[Podług danych wywiadów, jak i stanu, który zastał FINCKE, zdaje się nie ulegać kwestyi, że istniała dawniej i przetoka kiszkowo-pochwowa prócz pęcherzowej i że obie były wywołane przez kości czaszki. Osobiście wątpię, aby czaszka w całości została do pochwy wypędzoną z macicy, jak przypuszcza FINCKE, a prędeż sądziłbym, że główka dziecka w samej jamie macicy padła ofiarą maceracyi gnilnej z powolną eliminacją pojedynczych cieńszych kostek czaszki 6-miesięcznego płodu, tak, że powoli wszystkie kości wyszły na ze-

wnątrz oprócz wymienionych trzech, z których jedna [prawdopodobnie jedno *os parietale* albo też oba *ossa parietalia*, jedno w drugiego wklęsłości ułożone, jak to zwykle bywa] została usunięta przez samą pacjentkę palcami z odbytnicy, dwie pozostałe zaś znalazły się w owym kamieniu. Spostrzeżenie FINCKE'go dowodzi znacznej tolerancji organizmu przeciw zakażeniu pomimo gnicia tkanek trupich w samej jamie macicy i dostępu powietrza. Ostatnie pozostałości czaszki dziecka zostały z pochwy usunięte dopiero po 16 latach!

4) FLECKEN (*Rheinische Monatschrift für praktische Aerzte. III Jahrgang. 1849. p. 218*) trzy miesiące po embryotomii usunął ostry, spiczasty ułamek kości płaskiej, który wbił się w lewostronną ścianę pochwy tuż przy zewnętrznym brzegu *rami descendentis ossis pubis*.

5) FRAIPONT (*Annales de la Société méd. chirurg. de Liège. Vol. XXXIII. 1894. t. 52—54*). Po daremnych usiłowaniach kleszczowej ekstrakcji dokonano obrotu na nóżkę i ekstrakcji płodu, przy czem główka się urwała oraz w macicy pozostała dopóki jej oddzielnie nie wyjęto.

6) FREUND (*„Ueber Toleranz des weiblichen Geschlechtes gegen traumatische und septische Einwirkungen. Geschichte einer Frau, welche den vor 10 Jahren abgerissenen Kindeskopf noch heute in einzelnen Resten in Uterus trägt“*. *Deutsche Klinik. 1869. Nr. 33. pag. 301—305*).

34-letnia kobieta, zamężna od 12½ lat, trzy razy ronila, raz jeden rodziła dziecko donoszone: położenie pośladowe, ekstrakcja, dekapitacja, „*caput mortuum*“ pozostało ruchome w macicy, ponieważ wydobyć nie udało się ani ręką, ani przy pomocy ostrego haka. Zaniechano w swoim czasie wszelkich dalszych usiłowań z powodu krwotoku macicznego i *tetanus uteri* oraz osłabienia rodzącej. Główka zatem i łożysko pozostały w jamie macicznej. Nastąpiły napady w rodzaju eklamptycznych, gorączka, ropny wypływ i 6-go dnia z macicy *sponte* wyszło zgniłe, strasznie śmierdzące łożysko; 7-go dnia FREUND znalazł *collum uteri* naddarte oraz ułamek kostny ostry wbity w ścianę szyi macicznej. Ułamek ten on osobiście wyciągnął. Połóg odbył się dosyć pomyślnie, lecz wobec wyczerpania sił chora dopiero po kilku miesiącach zdolną się okazała do chodzenia. Posokowate wypływy na przemianę z białymi upławami, bóle po całym brzuchu, rozstrój nerwowy, podejrzany kaszel, przewlekły *morbus maculosus*, schudnięcie, peryodyczne zapalenia narządów sromu, nawet częściami porażenia dolnych kończyn były następstwami dalszemi porodu.

Pomimo tego wszystkiego miesięczkowanie zjawiało się i dosyć regularnie się powtarzało, lecz było bardzo skąpe. *Coitus* bez utrudnienia. Stan ogólny chorej był dosyć znośny, aż do listopada 1818, gdzie uczuła silny ból i klucie w okolicy łonowej, wyszła przytem *ex vulva* kość jedna, czyli raczej sama pacjentka ją wyciągnęła. Lekarz wówczas znalazł jeszcze kilka kości w szyi macicznej, lecz tylko jedną jedyną zdołał wyciągnąć, reszta pozostała na miejscu.

W. A. FREUND widział chorą w roku 1865. Wychudzona osoba o silnem rozdrażnieniu nerwowem, opowiadała wtenczas, że zajmuje się swoją pracą i chodzi nawet, lecz bardzo szybko się przy wszelkiem zajęciu męczy. Miesięczkowanie regularne, lecz uporczywe, śmierdzące i gryzące upławy bardzo cho-

rą męczą; od czasu do czasu z pochwy wychodzą kości pojedyncze, czemu towarzyszy stan zapalny sromu. Chora osobiście wręczyła FREUND'owi trzy kostki, mianowicie dwa mniejsze skrzydła *ossis sphenoidalis* i jeden fragment płaskiej kości czaszkowej nierozpoznanego pochodzenia. Kostki te były lżejsze, niż zwykle, żółtawo-szarawe, „*sehr poroe*“. Substancja organiczna zginęła. Badanie pochwy wykazuje macicę wielkości pięści, przodopocłytoną. Szyjka skrócona o mnogich naddarciach, otworze okrągłym, wpuszczającym palec na dwa centymetry głębokości. Zgiębnik na wysokości *orificii interni* wykazuje obecność kości obnażonej, mało ruchomej i jakby poprzecznie wkliniwanej powyżej kanału szyi macicznej. Jakkolwiek forsowne próby wydobycia pozostałych kostek, pisze FREUND, nie były wskazane, nawet nerwowa nadzwyczaj chora i niedowierzająca nie byłaby na nie pozwoliła. W maju 1869 roku FREUND widział chorą powtórnie. Miesiączkowanie prawidłowe, niebolesne, od czasu do czasu cuchnące odchody surowiczno-śluzowe. Macica zmalała, ale wciąż jeszcze za wielką się okazuje. FREUND wtedy usunął znów fragment jeden kostny. Do opisu swego FREUND dodaje kilka słów o poglądach na etyologię gorączki płożowej.

[Osobiście dziwię się temu, że FREUND nie wyjął z macicy pozostałych kostek już 10 lat temu, a tembardziej później, najwięcej zaś, że pisze: „*Eine irgend wie forcirte Entleerung der noch in utero befindlichen Schuedelreste ist nicht angezeigt*“, ponieważ pozostałe w macicy kostki w każdej chwili, nie dziś, to jutro, lub za rok, mogą wywołać ogólne zakażenie śmiertelne].

7—8) VAN HASSEL (*Bassin rétréci, rétention de la tête au détroit supérieur*). *Répertoire Universel d'Obstétrique et de Gynécologie*. 1894. p. 76) opisuje dwa przypadki urwania główki i pozostania przez pewien czas w macicy, między innymi jeden przypadek urwania główki przy *hydrocephalus*.

9) HEUSNER w Barmen dnia 23. IV. 1880 dokonał cesarskiego cięcia *cum amputatione utero-ovarica* u 29-letniej pierwiastki rachitycznej o sprzężonej 2 cali długości, 12 godzin po rozpoczęciu porodu, wskutek zatrzymania w macicy główki po dekapitacji. Ekstrakcyi tułowia płodu oraz dekapitacji dokonał poprzednio inny lekarz na mieście. Szypułę podwiązaną drutem srebrnym HEUSNER zanurzył do jamy brzusznej. Chora zmarła na drugi dzień po operacji wskutek otrucia karbolem i utraty krwi. Spostrzeżenie dotąd w druku nie opisane, zacytował dopiero CLEMENT GODSON w swojej pracy statystycznej o operacji PORRO, którą w roku 1834 raczył mnie łaskawie przesłać. Patrz: PORRO's *Operation by CLEMENT GODSON reprinted from The British Medical Journal* 26 *January*. 1884.

11) ISTOMIN: „Kazuistykje otrzywow gołowki mladjenca pri nasilstwjenom izwleczenji za predlezaszczyja nożki“. Żurnał akuszorstwa i ženskich bo-ljeznej. 1891. Tom V, pg. 929.

Dnia 27 lutego 1891 r. przywieziono do szpitala w miasteczku Uglicz 32-letnią Penię Sz.. Z wywiadów okazało się, że pacjentka zaczęła rodzić w nocy z 25-go na 26-ty lutego, mianowicie nóżki dziecka szły naprzód. Baba wiejska, ciągnąc za nóżki, wydobyla nareszcie cały tułów dziecka, lecz nie mogła główki wydobyć. Dziecko przez całe 24 godzin pozostało w tej pozycji,

że tułów leżał pomiędzy nogami matki, a główka pozostała w macicy. Po upływie 24 godzin daremnego oczekiwania i usiłowań ze strony babki, ta oświadczyła, że główka musi chyba być przyrośniętą do macicy i ponownie zaczęła całą siłą ciągnąć za nóżki. Mąż nareszcie przerwał te manipulacje, zabronił babie dalej pastwić się nad nieszczęśliwą ofiarą i kazał jej czekać, dopóki nie wróci z miasta, dokąd miał jechać po lekarza i akuszerkę. Podczas nieobecności męża, baba, przywoławszy do pomocy dwie inne wieśniaczki, ponownie zaczęła operować nad rodzącą, pomimo krzyku i protestów tejże. Nareszcie główka od tułowia się urwała. Operacja ta trwała trzy godziny i miała być połączoną z silnymi bólami dla rodzącej oraz chwilową utratą przytomności. Mąż, powracając do domu z lekarzem, już nie zastał u żony ani babki, ani jej pomocnic i wskutek rady lekarza zawiózł chorą do szpitala do miasteczka o 25 wiorst oddalonego. Znalaziono dno macicy poniżej *scrobiculi cordis*, szyjkę rozwartą i wpuszczającą rękę. Główka była mocno wkliniowaną w małej miednicy, potylicą zwróconą ku przodowi i cokolwiek na prawo. Zewnętrzne narządy płciowe obrzękłe, ciepota ciała 38,8°, tętno 104. Po wypuszczeniu moczu chorą uspioło chloroformem i wtedy bez trudności wydobyto główkę kleszczami Busch'a. Zaraz potem wydobyto odklejone już łóżysko o przerwanej pępowinie. Główka okazała się mocno spłaszczoną w poprzecznym wymiarze, szyjka była przerwaną pomiędzy drugim i trzecim kręgiem szyjowym, *atlas* i *epistropheus* pozostały przy główce. Wygląd zmiażdżonych i poszarpanych części miękkich świadczył najwyraźniej o barbarzyńskim postępowaniu babki. Istomin zadaje sobie pytanie: czy płód jeszcze żył podczas tej gwałtownej ekstrakcyi, czy nie? Przypuszcza jednak, że prawdopodobnie wtenczas już nie żył, ponieważ główka wtenczas już była wkliniowaną w małej miednicy przez całe 24 godzin. Dalszy przebieg położu był pomyślny i kobieta owa już po 10 dniach powróciła zdrowa do domu, ani ona, ani też mąż nie chcieli się zgodzić żadną miarą na sądowe dochodzenie babki.

[C. d. n.]

## II. LISTY Z PARYŻA.

### 5. Leczenie choroby Pott'a przez D-ra Ménard'a w Berck sur Mer. Preparaty i wynik doświadczeń na trupach spondylityków.

Nadzwyczaj dziwną rzeczą wydawać się może, iż spondylityk, któremu wycięto kilka łuków kręgowych wraz z wyrostkami ciernistymi, taż, iż mlecz był obnażony na przestrzeni sześciu centymetrów, może po paru tygodniach chodzić bez gorsetu. W gruncie rzeczy jednak, kto wykonywał takie operacje na kręgosłupie, ten faktem powyższym bynajmniej się nie zadziwi. W kilku przypadkach [z pomiędzy 13-u operowanych przezemnie] już po 3—4 tygodniach przekonać się mogłem, że dziecko, pozbawione łuków kręgowych, chodzi bardzo dobrze, a większość ich już pod koniec drugiego tygodnia mogła siedzieć, trzymając kręgosłup własną siłą. Od czegoż to zależy? Od te-

go, że wyrostki stawowe nie zostały przezemnie przy operacji uszkodzone, ani ich układ więzadłowy naruszony, wreszcie, że, zrobiwszy ową klinową resekcję tylnej masy kręgowej, nie wyprostowywałem gwałtownie kręgosłupa i nie rozrywałem skorupy więzadłowo-bliznowej, która jako tako ograniczała kawernę gruźliczą trzonu. Wyjęta z tyłu, stosunkowo zdrowa część szkieletu odradzała się stale i szybko, tak, że po paru tygodniach już można było wymacać bardzo dobrze płaską, twardą tarczę nowoutworzonej i już kostniejącej tkanki. Naturalnie, że ani czwartej części garbu nie zostało, bo ta nowa tkanka nie przyjmuje poprzednich kształtów łuków i wyrostków ciernistych, lecz prawie płaską tworzy skorupę. Ale ja tych laminektomii, czyli klinowych resekcji kręgosłupa, nie robiłem po to, żeby garb odprostować, tylko po to, żeby obejrzeć, na czem polega uciskowe cierpienie mlecza w danym przypadku i żeby, o ile się da, rzecz, uciskającą rdzeń, usunąć. Prawda, że mi się czasem udało z ropnia workowatego, zwężającego kanał kręgowy, zewnątrz-oponowego, wejść do kawerny w trzonie i ztamtąd usunąć martwaki, to jednak postępowałem tu bardzo ostrożnie, żeby zbyt nie uszkodzić przedniej części kręgosłupa. Przypuśćmy, że kolumny, ze związania wyrostków stawowych wstępujących i zstępujących zbudowane, wystarczają do utrzymania kręgosłupa w jego poprzedniej długości [i tak jest w istocie], to przyznać musimy, iż wątle to są podstawy i dla tego za pomocą odpowiednich opatrunków unieruchamiających powinniśmy pomódz im w spełnianiu zadania, dopóki z okostnej nie odtworzy się tylna tarcza kostna. Jeżeli jednak umyślnie uszkodzę te dwie boczne kolumny, czy to łamiąc je, czy też rozdzierając więzy [a bez tego nie mogę gwałtem kręgosłupa odprostować], to skrócę, przez przemieszczenie odłamów, długość przewodu kręgowego, zgniotę mlecz i zgniotę korzenie, z dziur międzykręgowych wychodzące. Jakim sposobem więc może być rzeczą jasną to, co D-r HEIKING z Petersburga opowiada o widzianym przezeń u CALOT'a chłopcu. Chłopiec ten znajdował się w jednym z trzech zakładów, w których CALOT ordynuje w Berk sur Mer, a mianowicie w szpitaliku Cazin et Perrochaud. D-r HEIKING powiada, że temu chłopcu CALOT wyciął: „jeden krąg, łuk z przyczepiającymi się doń wyrostkami i część należących do tego kręgu żeber“. Niestety, D-r HEIKING nie wspomina, czy widział sam wykonanie tej operacji. Mamy prawo wątpić o tem, gdyż powiada on, że przy nim zdjął CALOT opatrunek gipsowy, w którym chory przebył dziewięć miesięcy i zrobił to w 10 miesięcy po operacji, a nigdzie D-r HEIKING nie wspomina, żeby sam tak długo przebywał w Berk sur Mer. Nie wspomina także o tem, o ile w tym przypadku skrócił się kręgosłup i jaki los spotkał korzenie, z dziur międzykręgowych wychodzące, a nawet nie mówi, który to krąg został w całości usunięty. Szczegóły te można by znaleźć we własnoręcznem sprawozdaniu CALOT'a, ale ja tylko dla tego poruszyłem ten przypadek w tem miejscu, żeby zaznaczyć, na jakich niewyczerpujących danych opiera D-r HEIKING cały swój raport i bardzo stanowcze, aczkolwiek słusznie ostrożne wnioski ostateczne swoje. Dla tego to więcej nie mogę korzystać ze sprawozdania D-ra HEIKING'a i muszę nadal trzymać się na tem samym stanowisku milczącym, do jakiego zmusza mnie okoli-

czność, o której dwukrotnie w listach tych wspomniałem, a mianowicie, że CALOT'a w Berck sur Mer nie zastał osobiście. Nie wspomina też D-r HEIKING <sup>1)</sup> ani słowa o MÉNARD'zie, muszę więc odpowiedzieć Wam, szanowni czytelnicy, co mnie się jeszcze oprócz 3 prywatnych zakładów w Berck sur Mer udało widzieć.

Jeszcze w 1861 roku „Opieka publiczna“ (*Assistance publique*) paryska wybudowała na wybrzeżu Pas-de-Calais o pięć kilometrów na północ od rzeczki l'Authie, a więc zdala od jej ujścia, na dużej wydmie piaszczystej, tymczasowy szpital na sto łóżek dla dzieci skrofulicznych, wysyłanych tam przez dwa szpitale paryskie: *hôpital des Enfants Malades* i *hôpital TROUSSEAU*. Wynik leczenia tych dzieci na wybrzeżu morskiem okazał się tak świetnym, że municypalność paryska, chcąc rozszerzyć ten zakład hydroterapii morskiej, już w roku 1896 wystawiła podług planów budowniczego LAVEZZARI'a duży „*hôpital Napoleon*“. Jest to szereg pawilonów, połączonych kurytarzami. Piękne sale, po 30 łóżek mieszczące, pokoje oddzielne i t. d., bardzo wysokie, widne, wybornie przewietrzane, oraz dawny szpital (*hôpital maritime*), dla pomieszczenia rekonwalescentów służący, składają się na to, co dziś nazwę *Hôpital de Berck sur Mer* nosi. Zakład ten posiada 710 łóżek, a pracują w nim obecnie następujący chirurdzy: chirurg główny D-r MÉNARD, zastępca jego D-r CHALOCHET, interni D-rowie BLUYSEN, BURNOIZ oraz kilku jeszcze kolegów, których nazwisk nie mogłem zapamiętać.

MÉNARD rozporządza tedy materiałem kolosalnym, ma z tego powodu wielkie doświadczenie i panuje w zupełności nad całą kwestyą gruźlicy kostnej oraz jej leczenia. Uczeń LANNELONGUE'a, odznacza się w swej pracy, niezwykle sumiennem i drobiazgowem badaniem każdego, napozór powszedniego przypadku, tak za życia chorego, jako i przy sekcjach, które sam zawsze dokładnie wykonywa, zbierając i zachowując preparaty. Wogóle postępowanie jego odznacza się spokojem, dzięki któremu ani konserwatystą skrajnym, ani krwi żądnym zapaleńcem nazwać go nie można. Wytrwale dąży do wyleczenia chorego, a przynajmniej do uratowania mu życia, więc np.: przy powrotach ropienia gruźliczego w stawie biodrowym po dokonaniem wypilowania stawu, gdy wyczerpie daremnie środki zagojenia przetok, ropni i t. d., nie cofa się przed odjęciem całej kończyny i przed obszernymi operacyami na pozostałej części kośćca. W przypadkach próchnienia kręgow, powikłanego już przetokami, obfitem ropieniem, wycieńczającym chorego, wykonywa wyskrobanie trzonu, do którego dostaje się za pomocą operacyi własnego pomysłu, która, będąc modyfikacyą *mediastinotomiae*, nosi nazwę *costotransversectomiae*. Sama ta nazwa wskazuje, jaką to drogą dobiera się MÉNARD do chorego trzonu. Ropni opadowych szukają u MÉNARD'a niemal po parę razy na tydzień u każdego spondylityka; nie przeoczą więc żadnego, a skoro tylko stanie się dostępnym, natychmiast go opróżniają przez przekłucie i wstrzykują weń naftol kamforowy. W miarę potrzeby, rękoczyn ten powtarzają kilka, a czasem i kilkanaście razy dopóty, dopóki ropień się nie zagoi.

<sup>1)</sup> E. A. GIEKING. O leczeniu Pott'owych garbów. Wraez. 1897. Nr. 19. str. 546.



W liczbie jakich stu spondylityków, leżących jednocześnie u MÉNARD'a, widziałem przypadki lżejsze i cięższe, proste i powikłane, leczone poprzednio i źle i dobrze oraz nieleczone przedtem, lub zaniedbane w domu.

W każdym przypadku więcej MÉNARD'owi chodzi o wyleczenie chorego z gruźlicy, o zagojenie mu ognisk kostnych, ropni i przetok, o ocalenie mlecza, o ustrzeżenie od mogących powstać powikłań, niż o zmniejszenie istniejącego, małego, czy dużego garbu. Twierdzi on, że im wcześniej, a nadewszystko im wytrwalej leczymy spondylityka, tem z mniejszym wyjdzie on od nas garbem. A że los szczęśliwy pozwolił MÉNARD'owi rozwijać swą działalność w najkorzystniejszych warunkach, bo w pięknym, dobrze uposażonym szpitalu, nad samym brzegiem przepysznego morza, w powietrzu prawie idealnie aseptycznym i leczyć dzieci rodziców aczkolwiek biednych, lecz stojących na wysokim stosunkowo poziomie cywilizacji, przeto i dzięki temu najczęściej jest on w stanie pielęgnować dziecko od samego niemal początku choroby, aż do jej ukończenia, trzymając je w łóżku nieraz przez dwa lata i więcej, a już, co najmniej, jakie ośm miesięcy. Nie pozwala on spondylitykom chodzić przez czas bardzo długi, lecz ich układa na uproszczonem przez siebie łóżku LANGE-LONGUE'a. Dziecko wraz z tem łóżkiem, a raczej materacem, do którego pasami i dwiema połówkami gorsetu jest przytwierdzone i przegięte [na wysokości garbu] na odpowiedniej poduszce wałkowatej, całymi dniami przebywa na świeżem powietrzu, na piaszczystem wybrzeżu, wystawione na ożywece działanie słońca i morskiego wiatru. Rekonwalescentom oraz chorym ambulatoryjnym nakładają opatrunki ze szkła wodnego, wzmocnione brykami z fornierów lub cienkiej blachy, przy lekkiej ekstensyi, w położeniu poziomem na bardzo praktycznych, wywatowanych podstawkach drewnianych. Uderzającym zjawiskiem jest pyszny wygląd tych tak długo leżących malców, oraz świetny stosunkowo stan ich ogólnego odżywiania, niewątpliwie zależny od doskonałego żywienia i wpływów klimatycznych. Wyniki leczenia gruźlicy kostnej, jakie w tym szpitalu widziałem, są po prostu zdumiewające; cierpienia stawu biodrowego [narusz około 80-iu] i kolanowego, bardzo rzadko kiedy operowane, najczęściej tylko za pomocą powolnego wyciągania, unieruchomienia i przypałań głębokich leczone, jakoteż i cierpienia stopy, operowane doszczętnie lub konserwatywnie, przebiegają w przeważnej liczbie przypadków nadspodziewanie łagodnie. Wyniki po resekcjach wielkich stawów świadczą wyraźnie o doszczętności zabiegu i niezwyklej staranności leczenia pooperacyjnego.

MÉNARD, którego powaga w sprawach gruźlicy kostnej nie może być podaną w wątpliwość, stanął wobec nowej metody leczenia garbu POTT'a na stanowisku wręcz przeciwnym, niż CALOT, i usprawiedliwia się tem, że: postępowanie, przez tego ostatniego zalecane, dotychczas nie wyszło poza granicę empiryi i że, zanim się komu poradzi stosowanie tego rękoczynu, sprawiedliwą i konieczną jest rzeczą poczekać na pierwszy dowód jego skuteczności i nieszkodliwości. „*Avant de conseiller la pratique du redressement, il est sage d'attendre un commencement de preuve de son efficacité et de son innocuité*“ (*Presse médicale. Nr. 37. str. 21. 1897 r.*).

D-r CHALOCHET pokazywał mi cały zbiór preparatów, zgromadzonych przez MÉNARD'a, przekonywających aż nadto, iż nigdzie nie można dostrzedz odrodzenia kości w trzonach, zniszczonych przez próchnienie grzuliące. Zrastają się czasem trzony kręgów sąsiednich, jeżeli tak zapadną, że się zetkną swymi brzegami przednimi. Ale i ten zrost jest wąty i nierozległy, bo tam, gdzie brzegi te tu i owdzie nadzarte są grzulią lub gdzie ich okostna podmiowaną została masami serowatemi i t. d., już zrost kostny nie następuje. Zdarza się widzieć tu i owdzie stalaktyki, łączące dwa sąsiednie trzony. Ale taki wąty zrost zdarza się tylko na powierzchni, a nie w głębi trzonu i spotykany bywa na preparatach, na których widać, że sprawa jest bardzo stara, to znaczy, że owe kostniaki stalaktytowej postaci tworzą się nadzwyczaj wolno, nie wiele więc można na nie liczyć.

Niezmiernie ciekawe są niektóre sztuki, ze zbioru MÉNARD'a pochodzące. Jest np. jeden zasuszony kręgosłup garbaty, w którym brak czterech trzonów kręgowych, grzbietowych, od pierwszego do czwartego włącznie. Wytworzył się tu taki garb, że brzeg przedni siódmego kręgu szyjowego zetknął się z brzegiem przednim piątego trzonu grzbietowego. Wyrostki cierniste powykrzywiały się, tracąc pierwotne swe kształty. Nigdzie ani najmniejszego choćby śladu odrodzenia kości, ani zrostów dostrzedz nie można. Cały ten pod kątem prawie ostrym zgięty kręgosłup można odprostować, ale wtedy powstaje w przedniej jego części przerwa w postaci poszarpanej, kraterowatej pieczary, mającej 7 centymetrów wysokości. Na innym preparacie brzeg przedni powierzchni dolnej trzonu trzeciego kręgu grzbietowego dotyka do brzegu przedniego powierzchni górnej ósmego trzonu grzbietowego. Oba te trzony zmniejszone są do połowy wysokości swej normalnej, a brakuje zupełnie 4 trzonów. Ani śladu zrostów kostnych, przerostu kości, ani odtworzenia tkanki kostnej znaleźć tu nie można.

Na każdym bez wyjątku preparacie garbu spondylitycznego stwierdzić można przy prostowaniu stłoczenie się, czyli zbliżenie wyrostków ciernistych i zmiany kształtów, jakie w nich w miarę powstawania garbu powstały. Wszędzie prawie przy wyprostowaniu można przekonać się o zmniejszeniu przestrzeni międzyciernistych, a w garbach większych powstaje bezpośrednio przyleganie jednego wyrostka ciernistego do drugiego. Zdawać by się mogło, iż rzecz powinna dziać się przeciwnie, że mianowicie w miarę zamienienia się cylindra przedniego na klin, czyli, inaczej mówiąc, w miarę postępującego zbekształcenia trzonu, łuki tylne i wyrostki cierniste powinnyby się coraz więcej oddalać od siebie i rozciągać więzy międzycierniste. Tymczasem, jeżeli chcemy odprostować taki garbaty kręgosłup, to w pewnym punkcie odprostowywanie staje się niemożliwym, bo już się jeden wyrostek ciernisty oprze o drugi i, zahamowawszy ruch dalszy, nie dopuści do zupełnego odgięcia. Jeżeli takie odginanie zgiętego kręgosłupa odbywa się nie tylko przez rozciąganie jego końców, ale i przez nacisk bezpośredni na wierzchołek garbu, to powyżej i poniżej powstaje wówczas lordoza kompensacyjna, tak, że pozostała, nie dająca się w istocie odprostować część garbu znika tylko pozornie, o ile jest pokryta częściami miękkimi. Okazuje się więc, że bardzo często wy-

prostowanie gwałtowne rozdziawi kawernę gruzliczą trzonu, a pomimo to nie da nam zupełnego, lecz tylko pozorne zniesienie garbu.

Dalej, badanie preparatów przekonywa, że nieraz przy bardzo nieznanym garbie znaleźć można bardzo wielką ilość zniszczonych trzonów.

Przy garbach nie bardzo kątowatych można prawie zawsze znaleźć tyle zniszczonych trzonów, ile wyrostków ciernistych należy do utworzenia łukowatej wypukłości garbu.

Najbardziej zaciekał mnie preparat, otrzymany przez MÉNARD'a za pomocą przerobienia operacji CALOT'a na trupie spondylityka. Taki jeden preparat w moich oczach najzupełniej usprawiedliwia te obawy, które powstrzymują mnie od stosowania nowej metody.

Dziewięcioletni chłopczyk przez trzy lata miał chorobę POTT'a w części grzbietowej z dość znacznym garbem; przez ten czas nie był leczony racjonalnie.

Garb półkulisto wystający odpowiada ósmemu, dziewiętemu i dziesiątemu kręgowi. Chory przysłany został przed miesiącem z Paryża w pancerzyku gipsowym, w którym chodził i pomimo trwającego dławca, wyglądał stosunkowo wcale nieźle. Kształt garbu pozwalał MÉNARD'owi wnioskować, że zniszczeniu uległo jakieś 4 lub pięć trzonów kręgowych. Przypuszczał, że chory może wyzdrowieć, gdyż zdarza się to przy odpowiednim leczeniu, nawet w przypadkach jeszcze cięższych. Tymczasem nagle chory dostał „bronchopneumonii“, której wytrzymać już nie mógł i umarł.

Na zwłokach tego chłopca wykonał MÉNARD operację CALOT'a. Zaczął od obcięcia wyrostków ciernistych i przekonał się, że zabieg zaledwie nieznacznie przyczynił się do zmniejszenia wypukłości. Następnie przy rozciąganiu ciała w dwie strony za głowę i kończyny, silnie nacisnął garb rękoma, poczuł głębokie trzeszczenie i wreszcie wyprostował zupełnie kręgosłup bez trudności.

Po dokonaniu tej operacji przystąpiono do sekcji, która wykazała, co następuje. Błona włóknista, łącząca górny odcinek kręgosłupa z dolnym i ograniczająca od przodu jamę, wypełnioną przez ziarninę grzybowatą i masy serowate, uległa rozdarciu w kierunku poprzecznym. Ognisko zakaźne, które przedtem jak najdokładniej było odosobnione, weszło po operacji w stosunek bezpośredni z przestrzenią luźnej tkanki łącznej, otaczającej aortę, przelyk i żyłę główną. Połączenie to ma wysokości sześć, a szerokości cztery centymetry. Wargi tej nowopowstałej szpary, oddalając się od siebie w miarę wyprostowywania preparatu, zamieniają ją na ogromną dziurę. Szpara powstała niewątpliwie i jedynie wskutek samej operacji u górnego końca dość tęgiej stosunkowo, lecz krótkiej błony odgraniczającej. MÉNARD twierdzi, że ani opony, ani mlecz w przypadku tym nie uległy widocznemu uszkodzeniu. Przy dokładnem oglądaniu preparatu doszedłem jednak do wniosku, nieco odmiennego, który też Doktorowi CHALOCHEZ zakomunikowałem, a mianowicie: przy zupełnem wyprostowaniu preparatu okazuje się, iż mlecz, otoczony oponami, dość mocno opiera się o brzeg tylny dolnego odcinka kręgosłupa. Jestem przekonany, że taki stosunek rdzenia do szkieletu wystarczyłby do wywołania

objawów uciskowych ze strony pęczków i korzeni przednich, oraz objawy zastoję żylnego i obrzęku. Stosunek ten musiałby wystąpić przy dokładnem nałożeniu opaski gipsowej w nadkorecey, czyli w ustawieniu zlekka lordoty-cznem, a więc takim, jakie zaleca CALOT. Ze sprawozdania D-ra HEIKING'a wiecie, iż CALOT w jednym przypadku, dostrzegłszy wystąpienie objawów uciskowych, musiał opaskę zmienić i nałożyć ją w położeniu mniej wyprostnem; wówczas objawy te znikły. Czy zawsze znikną przy takiej poprawce? Wątpię, gdyż wiem, z jaką łatwością chwilowy ucisk wywołować może w rdzeniu li-czne, acz drobne wylewy krwawe.

W doświadczeniach MÉNARD'a następstwa anatomiczne zabiegu opera-cyjnego wystąpiły głównie w obrębie przez chorobę zajętych trzonów. Gdy-by nie rozerwanie torby nowoutworzonej, możnaby było prawie na pewno liczyć na zgęstnienie, wessanie, otorbienie, a może i zwapnienie zawartości kawerny gruźliczej. Zostawiwszy garb w spokoju, doczekalibyśmy się konsolidacyi kręgosłupa za pomocą grubej, tęgiej, krótkiej, więzadlowatej blizny. A kawerna, o którą chodziło, jak widać na preparacie, powstała skutkiem następujących rozległych zniszczeń: ósmy, dziewiąty i dziesiąty trzon nie istnieją wcale, trzony: jedenasty, siódmy, szósty i piąty próchniejące i na połowrzedzone, a trzon dwunasty, jakoteż czwarty, trzeci, drugi i pierwszy tak-że nieco rozmiękkzone. Jednem słowem, cały odcinek grzbietowy kręgosłupa brał udział w cierpieniu.

Gdybym nawet przypuścił, że zbliżenie się łuków tylnych przy odprostowa-niu i mogąca powstać ankiloza wyrostków ciernistych, samych łuków oraz wyrostków stawowych i poprzecznych tak utrwali w odprostowanym położeniu cały kręgosłup, że chory po kilku latach noszenia gorsetów gipsowych na-reszcie będzie mógł bez nich się obejść, to jednak pomimo gołosłownych za-pewnień niektórych autorów, nie mogę sobie wyobrazić, żeby połączenie roz-dartej tak rozległej kawerny do luźnej tkanki łącznej i jej przestrzeni limfa-tycznych mogło pozostać bez wpływu na dalsze losy chorego. W żadnym razie pogodzić się nie mogę z myślą, żeby rozerwanie takiego otarbiającego się ogniska mogło być zalecone jako najlepszy środek leczenia gruźlicy krę-gów w danym lub podobnym przypadku. Tych podobnych do niniejszego przy-padków jest mnóstwo, a zadaniem chirurga najpierwszem jest dążyć do wy-leczenia gruźlicy kostnej w chorobie PORR'a. Pocieszenie rodziców zniesie-niem szpecącego garbu w przypadkach tych jest względem, prawie zupełnie pozbawionym znaczenia. Już więc ten jeden preparat i to jedno chociażby doświadczenie *in calvere*, przez MÉNARD'a wykonane, wystarcza do wniosku, że w przypadkach garbów nieco rozleglejszych operacya CALOT'a powinna być stanowczo przeciwwskazaną, gdyż: 1-o naraża chorego na przewidzieć się dające, prawie niuniknione rozdarcie kawerny i zniszczenie korzystnych dla dalszego przebiegu gruźlicy otorbień, 2-o naraża mlecz pacierzowy na ucisk nieprzewidziany i jego następstwa, 3-o wywołuje kolosalne powiększenie utra-ty substancyi, a więc bezspornie uniemożliwia wynagrodzenie tych utrat za po-mocą nowotworzenia, czyli odradzania się tkanki kostnej, gdybyśmy nawet

w przyszłości przekonali się, że wogóle tego rodzaju regeneracya kości, gruźlicą zniszczonej, jest możliwą.

W chwili, gdy piszę te wyrazy, liczba przypadków śmierci, będącej w bezpośrednim związku z wykonaniem operacyi CALOT'a, przedstawia się dość poważnie. Oprócz przytoczonych przezemnie przypadków, ogłoszonych przez BILHAUT'a, czytałem jeszcze o przypadku VINCENT'a, w którym po operacyi wkrótce wybuchła ostra gruźlica ogólna [posiedzenie Towarz. Lekarskiego w Lyonie z d. 21 czerwca 1897] i o przypadku MALPERBE'a. Tu chodziło o 10-cio, czy dwunastoletniego chłopca, mającego od lat ośmiu chorobę POTR'a w okolicy grzbietowo-łędźwiowej. Nazajutrz po operacyi chory dostał krwawienia z nosa i duszności. Jedenastego dnia duszność nagle się zwiększyła i w kilka godzin potem chłopiec umarł. Przy secey znalezione w prawej jamie opłucnowej około litra wylewu krwawego i świeże błony wrzekome. Na kręgosłupie dostrzeżono ogromne oddalenie odcinka górnego od dolnego i rozzerwanie ściany przedniej ropnia gruźliczego, a w środku części łędźwiowej kręgosłupa świeży, nowopowstający ropień opadowy.

Szanowny czytelniku! Sądzę, że wobec tego, com widział i czytał, mam dostateczną zasadę do powstrzymania się zupełnego od wprowadzenia do warszawskiego szpitala dla dzieci metody CALOT'a. Wprowadziłem natomiast bardzo chętnie metodę CHIRPAULT'a, a więc: ostrożne poprawianie chorobliwego ustawienia kręgosłupa w uspieniu chloroformowem i związywanie wyrostków ciernistych drutem srebrnym. Nie wiem, czy w każdym przypadku garbu nieankilozowanego operacya ta da mi wynik stały i pewny, ale wiem o tem, że nie naraża ona chorego na żadne, choćby najmniejsze niebezpieczeństwo i nigdy stanu jego pogorszyć nie może.

*Roman Jasiński,*

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

---

### III. O NAJGŁÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napisał

**D-r H. Nussbaum.**

—§—§—

[Dalszy ciąg —Patrz Nr. 44].

#### 5. Zadanie terapii. Podniesienie sprawności

Spełniamy prawie zawsze zadanie podniesienia sprawności ustroju, spełniając którekolwiek z zadań wyżej wymienionych. Istnieją jednak liczne przypadki, w których nie mamy do czynienia z procesami patologicznymi, ale raczej ze stanami patologicznymi, które jako takie często wogóle usunąć się nie dają, w każdym razie ze swej strony nie grożą bezpośrednio skróceniu ży-

cia, ani nie sprawiają poważniejszych cierpień, ale czynią ustrój mniej sprawnym, mniej zdolnym, mniej wytwórczym, słowem, mniej pożytecznym sobie i innym, w tych razach nie mamy zadania usuwania śmierci, przedłużania życia, tłumienia cierpień, usuwania choroby, ale mamy zadanie podniesienia sprawności, a więc wartości ustroju.

Ogólne zadanie podnoszenia sprawności ustroju rozdziela się między następujące zadania poszczególne:

1) Poprawa ogólnej wątlności ustroju. Spełnienie w mowie będącego zadania polegać będzie na wstawieniu ustroju w specjalne, danemu przypadkowi odpowiadające warunki życia. Nie będzie to higiena, bo ta ostatnia w ścisłym znaczeniu zajmuje się tylko zdrowymi osobnikami, zadaniem jej jest zapobiegać powstawaniu zbroczeń chorobowych i wszelakiej wątlności i dbać o najdoskonalszy, normalny rozwój. Będzie to znowu higienoterapia, oparta przede wszystkim na ścisłym indywidualizowaniu, która tu wzmocze ruch i pracę fizyczną, tam starać się będzie je ograniczyć jak najbardziej, tu wskaże rozrywki, tam spokój i ciszę, tu zaleci mnogość wzruszeń i pracę myśli, tam spokój moralny i bezrobocie umysłu, tu klinat ciepły, kojący, tam bardziej chłodny, krzepiący i t. d. i t. d..

2) Poprawa upośledzonego rozwoju ośrodków nerwowych. Tu należą przede wszystkim zabiegi higieniczno-pedagogiczne, zdążające do możliwego podniesienia umysłowego pólidytów i zupełnego wyeksploatowania tych władz ich mózgowych, które do pewnego rozwoju są zdolne. Tu też należą usiłowania racjonalnie urządzonych instytucji dla chorych umysłowych, które po za ochroną życia, zakładają cel zużytkowania pracy wytwórczej obłąkanych. Jakkolwiek zazwyczaj nie zalicza się do dziedziny zakładów leczniczych zakłady dla głuchoniemych i ociemniałych, jednak ze stanowiska w mowie tu będącego zadania terapii należą one stanowczo do zakresu instytutów leczniczych. Nauka porozumiewania się głuchoniemych, lub rozwój zmysłu słuchu i dotyku ociemniałych to wysoce pożyteczne podnoszenie sprawności tych nieszczęśliwych upośledzonych. Ślepotą i głuchoniemotą nieuleczalną często, jak wiadomo, pozostają w związku z upośledzeniem ośrodków nerwowych i dla tego tu o nich wspominamy, jakkolwiek bywają one z drugiej strony nierzadko pochodzenia obwodowego.

3) Poprawa wrodzonej lub nabytej niesprawności zmysłów wzroku lub słuchu. Zupełna niesprawność w mowie będących zmysłów jest, jak wyżej, wspomniano troską odpowiednich zakładów, o ile pewne zabiegi operacyjne nie są w stanie niesprawności tej usunąć. Operacja katarakty jest prawdziwym zwycięstwem terapii. Podnoszenie niedostatecznej sprawności wzroku przynosi istotny zaszczyt medycynie zwłaszcza w zakresie wad refrakcyi i akkomodacyi; w stanach astygmatycznych, tu należy operacja zeza. Sztuczne błony bębenkowe i odpowiednie trąbki akustyczne podnoszą, bądź co bądź, w niemałym stopniu sprawność zmysłu słuchu.

4) Poprawa upośledzonego rozwoju lub nabytego zbroczenia jakiegokolwiek części układu kostno-mięsnego.

Chirurgia ma tu szeroki i wdzięczny zakres działania. Tu należy usuwanie nadliczbowych członków, które przeszkadzają normalnej czynności kończyn, uwalnianie członków zrósłych, usuwanie przykurczeń mięśniowych, poprawianie przy pomocy odpowiednich przyrządów ortopedycznych kończyny dolnej za krótkiej, lub zniepodobnień stawowych. W okresie rozwoju i wzroście racjonalne podnoszenie odpowiednich mięśni lub grup mięśniowych za pomocą ćwiczeń, masażu lub elektryczności w wielu przypadkach przyczynia się do podniesienia sprawności upośledzonych członków, tu też należą gorsety, zawieszania i wogóle zabiegi ortopedyczne skutecznie poprawiające liczne formy skrzywień kręgosłupa. Tu należą operacje plastyczne, poprawiające braki rozwojowe w szczęce górnej: rozliczne stopnie niezrośnięcia się warg, twardego podniebienia, lub otwory w tem ostatniem, wywołane procesami chorobowymi.

5) Poprawa kalectw wrodzonych lub nabytych, np. następstw jako skończonych procesów chorobowych, upośledzających czynności narządów wewnętrznych. Tu należyć będzie cała technika dentystyczna, poprawiająca braki zębostanu i poprawiająca przez to czynność trawienia, sztuczne krtanie, znośzące bezgłos po odnośnych operacjach. Operacje radykalne przepuklin, jak i metody ortopedyczne, wzmacniające kanały przepuklinowe, zarówno należą do zadania podnoszenia sprawności ustroju, jak i zapobiegania następstwom. Tu należą też rękoczynny wszelkie, mające na celu utrwalenie w normalnem położeniu opadającej macicy, zaszywanie dawnych uszkodzeń krocza u kobiet, zaszywanie przetok pęcherzo-pochwowych lub pęcherzo-kiszkowych i t. d.. Odpowiednie zbiorniki dla moczu przy przewlekłym bezwładzie zwieracza pęcherza i t. p..

6) Podniesienie podupadłej sprawności płciowej męskiej, co się niewątpliwie terapii w bardzo wielu przypadkach udaje bądź zabiegami termoterapeutycznymi i elektroterapeutycznymi, stosowanymi miejscowo lub ogólnie, środkami farmakodynamicznymi [brom, strychnina, sporysz, żelazo, fosfor] lub fizyo-psychicznymi: odpowiednia oszczędność i wprawa, sugestya i t. d..

7) Rozbudzenie płodności u kobiet, które przy dających się spostrzegać mechanicznych przeszkodach w narządzie płciowym daje się, jak wiadomo, osiągnąć przy pomocy odpowiednich rękoczynów ginekologicznych: przez usunięcie zgięć lub zboczeń w położeniu macicy, rozszerzenie zbyt wąskiego kanału szyjki macicznej lub przy cierpieniu błon śluzowych pochwy lub macicy przez odpowiednią terapię miejscową i ogólną, lub wreszcie przy atonii w mowie będącego narządu wywołanej ogólnym stanem, jak np. zbytnią otyłością, wåtłością ogólną i t. d. przez poprawę ogólnego stanu ustroju.

8) Tu należą wreszcie wszelkie wskazania kosmetyczne, które, uwalniając osobnika od kalectw lub drobnych nawet zboczeń, budzących wstręt w otoczeniu, podnoszą wartości jego w społeczeństwie i ułatwiają mu wywalczanie środków dla możności lub poprawy bytu. Wymienimy tu operacje plastyczne przywracające nos, lub uszczerbki znaczne na skórze twarzy, operację wargi zajęczej, wstawianie zębów sztucznych, usuwanie naczygniaków, lub nabłonkowych nowotworów obojętnych na widocznych częściach ciała,

zabarwianie blizn na rogówce, wstawianie sztucznych oczów przyprawianie sztucznych kończyn i t. d. i t. d..

Należy wogóle mieć na oku zadanie podnoszenia sprawności u wszystkich chorych, dotkniętych zarówno przewlekłemi, jak i ostremi chorobami, pociągającymi za sobą czasowe lub stałe niedołęstwo. Mamy tu na myśli nie to podnoszenie sprawności oddzielnych narządów, które ma na celu bezpośrednio walkę z chorobą i przyczynianie się do jej usunięcia lub które ma na celu bezpośrednio zadanie przedłużania życia, ale podnoszenie sprawności jako cel sam w sobie, jako ulgę przynoszoną choremu.

Ułatwianie chorym lokomocyi czynnej i biernej, odpowiednie układanie ich, zaopatrywanie odpowiedniemi poślaniami, wózkami, oporami, we właściwym miejscu umieszczanymi do dźwignania się przy ich pomocy, odpowiedniemi przyrządami do możności przyjmowania pokarmów, czytania, pisania, oddawania wydzielin, alarmowania służby i t. d. i t. d.; są to wszystko sprawy pozornie małoznaczne, ale w istocie rzeczy, dla nieszczęśliwych, chorobą nękanych osobników, bardzo wielkiej wagi. Spełnianie zadania podnoszenia sprawności ustroju jest i pilnym bardzo zadaniem terapii i razem dziedziną, w której niejedną może sztuka lekarska ulgę przynieść cierpiącej ludzkości. Byłoby wszakże do życzenia, aby geniusz wynalazczy przemysłu pilniejszą zwracał uwagę na liczne w dziedzinie podupadłej sprawności chorych i kalek niezaspokojone dotąd potrzeby, które czekają udoskonaleni i nowych pomysłów.

#### 6-te zadanie terapii. Zapobieganie powikłaniom i następstwom.

Dziedziny wszystkich wymienionych powyżej zadań terapii wkraczają do pewnego stopnia jedna w drugą, każda z nich jednakże ma swoją niezaprzeczoną odrębność. W zadaniu przedłużania życia, jak również usuwania choroby, mieści się często zadanie zapobiegania powikłaniom i szkodliwym następstwom, nie mniej dość często występuje zadanie to tak wydatnie i doniosłe, że wypada je wyodrębnić, aby w szukaniu wskazań do czynności terapeutycznej z ważności tego zadania zdawać sobie sprawę.

W chorobach ostrych znaczną część wskazań wogóle, uchodzących pozornie za wskazania, dotyczące samej choroby (*indicatio morbi*) lub jej objawów (*ind. symptomatica*), wypełniają w istocie rzeczy wskazania zapobiegawcze. Dyeta jak najściślejsza w przebiegu jak we wczesnym okresie rekonwalescencji tyfusu brzuszkiego to spełnienie w mowie będącego zadania, z drugiej strony unikanie fatalnej, dawniej tak nadużywanej metody głodzenia istotnego chorych gorączkujących a natomiast żywienie ich pilne łatwo strawnymi pokarmami, również doniosłą jest troską o zapobieżenie smutnym następstwom trawiącego wpływu gorączki. Wogóle wszelkie warunki pomyślne, w jakie staramy się wstawić chorego, jak: czystość powietrza, czystość naczyń i pościeli, spokój fizyczny i moralny, dobroć pożywienia i napojów, odpowiednia stałość i miara ciepłoty, właściwa obsługa i t. d. i t. d. przyczyniają się do spełnienia zadania, którego celem jest zapobieganie powikłaniom i szkodliwym następstwom. Jeszcze wyraźniej zadanie to jest uwydatnionem, gdy np.



choremu bezpośrednio po przebytej płonicy zalecamy dyetę mleczną dla uniknięcia powikłania ze strony nerek, gdy chorego z ostro powstałą paraplegią układamy na materacu wodnym, a przynajmniej troskliwie od wszelkiego nacisku i drażnienia wydatnych części ciała strzeżemy dla uniknięcia szybko występujących tu w innych warunkach odleżyn, lub gdy chorego w stanie wysokiej adynamii, w różnych warunkach występować mogącej, układamy w zmienne położenia dla zapobieżenia powstaniu zapalenia płuc opadowego. Podawanie przetworów kwasu salicylowego przez czas pewien po przebytych ostrym reumatyzmie stawów zapobiega, zdaniem wielu poważnych klinicystów, nawrotom tejże choroby. Dbłość o wszelkie warunki, sprzyjające jak najszybszemu podniesieniu się ustroju w rekonwalescencji po każdej przebytej chorobie, jest zapobieganiem powikłaniom i następstwom szkodliwym, do których ustrój nie chory, ale wysoce wątpy, więc niedoporny, szczególnie jest skłonny. Często zapobieganie następstwom odnosi się do momentów zgoła dla życia niegroźnych, ale nie małej dla chorego wagi, zapobieganie np. przez odpowiednie traktowanie skóry na twarzy powstawaniu szpecących bardzo blizn po przebytej ospie.

Kapitałnej wagi jest zadanie unikania powikłań i następstw szkodliwych w dziedzinie terapii chirurgicznej. Cała tak wielkiej doniosłości aseptyka ma to jedynie zadanie na względzie. Sama zaś natura i metoda wykonania operacji, jak i sam fakt jej wykonania, w pierwszym miejscu liczyć się musi z zadaniem w mowie będącem. Liczyć się musi chirurg z możliwymi następstwami operacji odnoszącymi się:

a) do życia chorego, jego możliwej długotrwałości po operacji, a więc do tego, czy ogólna wątpość ustroju zniesie niunikniony wstrząs, czy stan chorego, np. wysokie stłuszczenie serca lub upośledzony bardzo stan płuc, zniesie bezkarnie ogólną narkozę chloroformową lub eterową, czy daleko posunięte skutki ogólnego zakażenia nie czynią bezcelowem usunięcie danego ogniska pierwotnego, czy wysoko rozwinięta cukrzyca nie pociągnie smutnych następstw wskazanej zkadinał operacji i t. d.;

b) do możliwych cierpień i przykrych sensacyi, więc bacność, aby nerw dany nie wrósł w mającą powstać bliznę, więc, aby nadwężenie danego nerwu nie wywołało przykrych znieczuleń lub parestezyi, aby wogóle oczekiwana blizna lub kikut odciętego członka nie był źródłem cierpień i przykrości;

c) do sprawności przyszłej operowanego — więc czy w danym razie lepiej wykonać amputację powyżej lub poniżej danego stawu, czy dążyć w danym przypadku do ankylozy stawu i czy wywołać tę ankylozę przy pozycji danych członków wyprostnej, czy zgiętej? i t. d. i t. d..

Zadanie zapobiegania powikłaniom i szkodliwym następstwom spełnia lekarz, gdy przerywa ciężę wobec rozwijającego się cierpienia nerek, wobec zwężeń wysokiego stopnia miednicy.

Zadanie zapobiegania szkodliwym następstwom spełniają wszelkie odpowiednio zastosowane przepaski przepuklinowe.

W szerokim i doniosłym wielce rozmiarze spełnia zadanie zapobiegania powikłaniom i następstwom groźnym opieka nad chorymi umysłowymi, idyota-

mi i epileptykami zwłaszcza w specjalnych, temu celowi poświęconych zakładach.

Do dziedziny omawianego zadania należy usuwanie wczesne ognisk, które grożą w przyszłości możliwym zakażeniem ustroju, staranne przykrywanie oka jednego, gdy drugie dotknięte jest dyfterytem, usuwanie rychle oka, dotkniętego ogólnem zapaleniem dla ocalenia oka drugiego, operowanie wczesne przewlekłego zapalenia ropnego ucha dla zapobieżenia możliwym powikłaniom ze strony mózgu, specjalne strzeżenie ucha przy przedziurawieniach błony bębenkowej i t. d.

Ważnem zabiegiem, zapobiegającym groźnym następstwom, jest szczepienie wściekliczny po ukąszeniach przez wściekle zwierzęta, o ile to zapobiegawcze działanie jest istotnie niewątpliwem; szczepienie natomiast ospy ochronnej należy do dziedziny higieny. Zadanie, o którym tu mówimy, ma pewne powinowactwo z higieną, ale higieny zadaniem jest zapobieganie chorobom i kalectwom u osób zdrowych, gdy tu mamy przed sobą już pewne zboczenia, które w danych warunkach grozić mogą pewnemi mniej lub więcej poważnemi, szkodliwemi następstwami. Zadanie zapobiegania powikłaniom i następstwom chorób to ważne zadanie terapii, a częsta sprawność jej niewątpliwa w tym kierunku jest wielką jej zasługą.

Wymieniliśmy powyżej zadania jakie terapia, czyli sztuka lecznicza ma do spełnienia w tych lub owych okolicznościach; nie zawsze jednak dość stanowczo przedstawia się lekarzowi konieczność podjęcia danego zadania, owszem bywają nie rzadko okoliczności, w których określenie zadania jest trudne, tam zwłaszcza, gdzie spełnienie wskazywanego jakoby jednego zadania przynosi uszczerbek ustrojowi w innym kierunku i wywołuje potrzebę spełnienia kilku zadań, które w danym razie nie dają się z sobą pogodzić.

Zdarzyć się może, że zadanie usunięcia śmierci bardzo blizkiej może być wypełnione jedynie sposobem narażającym chorego na niechybną śmierć z powodu dokonywanych na nim zabiegów ratunkowych tym właśnie jedynym możliwym sposobem.

Trzeba się wtedy trzymać ogólnej zasady, że wolno nam nie przynosić pomocy, ale nie wolno przynosić szkody. Jeżeli tedy śmierć spowodowana zabiegiem ratunkowym choć grozi niewątpliwie, ale, bądź co bądź, w czasie znacznie późniejszym, to już upoważnić to może do zabiegu odwracającego śmierć natychmiastową. Ważne wszakże tu przychodzi jeszcze zastrzeżenie, a mianowicie: czy zabieg doraźny nie jest związany ze sprawianiem choremu bardzo dotkliwych cierpień? W tym bowiem razie wielkości cierpienia może nie oplacać nicznacze przedłużenie życia. Wypadnie tedy z miejsca rzec się zadania odwrócenia śmierci, a pozostać przy zadaniu ulżenia cierpień wywoływanych danym stanem chorego.

Zdarzyć się znowu może, że spełnianie zadania przedłużania życia naraża chorego na długotrwałe cierpienia, albo na bardzo wielki uszczerbek sprawności chorego.

W tych przypadkach strzedz się trzeba niewzruszonego posłuszeństwa wielkiej bezwzględności zasadzie, że obowiązkiem lekarza jest zawsze przedłużyć życie, bo jak wszystkie prawa, tak i to domaga się wyjątków. Życie jednostki bywa tak drogim dla niej samej, lub dla tych, do których jednostka ta należy, że zdarzyć się może istotnie nierozwiązalne zagadnienie: czy w danym przypadku wolno nie przedłużać życia pomimo możliwości darowania tylko bardzo ciężkiego życia, a czy wolno przedłużać życie pełne męczarni i pozbawione wszelkiej niemal sprawności? Młoda dziewczyna uległa urazowi, wskutek którego jest konieczność amputacji obu kończyn dolnych dla utrzymania jej życia. Czy wykonać tę operację? Czy zastanawia się lekarz, jak to się żyje po wycięciu całkowitej zrakowaciałej krtani, lub jak się żyje z żołądkiem, którego otwór wszywa się w ściany brzuszne, lub czy dość starannie przekłada sobie lekarz, jak się żyć będzie, gdy usuniemy daną część substancji mózgowej?

Pytań tych nie będziemy tu szczegółowo roztrząsać, rozwiązanie bowiem pytania, czy przedłużać życie bezwzględnie, zależy musi w każdym oddzielnym przypadku od towarzyszących okoliczności. Miarodajnymi będą tu, bądź co bądź, wola chorego, gdy jest świadomy, wola w danym razie najbliższego otoczenia, wiek chorego, położenie społeczne i t. d. i t. d. Sądźmy tylko, iż mamy prawo twierdzić, iż zadanie przedłużania życia w bardzo wyjątkowych okolicznościach może być w interesie chorego przez lekarza zaniechanem.

Kość cierpienia zdawałoby się jest zadaniem, które nigdy napotkać nie może na wątpliwość, ażali jest ono uprawnionem. A jednak są momenty, które pozornie nakazują zatrzymać rękę, która łagodnie chce męczarnie. Przesąd wielu lekarzy co do mniemanego niezmiernie osłabiającego działania morfiny, makowca, chloralu i t. p. pozwala znosić choremu niewymowne cierpienia, aby nie narazić zasady przedłużania życia. Wspomieliliśmy już wyżej, mówiąc o usuwaniu cierpienia, iż w mowie będące obawy są mocno przesadzonymi. Są istotnie przypadki, w których odporność ustroju jest już tak małą, chociaż wrażliwość dość wielką albo może i podniesioną, że podawanie wszelkich narkotyków w dostatecznej dawce może być groźnym, w tych przypadkach mamy w zasadzie obowiązek podporządkować zadanie usuwania cierpienia zadaniu utrzymania lub przedłużania życia, ale i ta zasada wymaga wyjątków tam mianowicie, gdzie długość możliwego trwania życia jest już w każdym razie bardzo niewielką, a cierpienie bardzo dotkliwe. Cierpienie jest systemem soczewek, przez który jednostka czasu rośnie dla świadomości w rozmiary iście olbrzymie. Kiedy wszystkie drogi możności wejścia życia na tory normalne są stanowczo ucięte, kiedy droga prowadzona do kresu widocznie urywa się tuż tuż niedaleko, wtedy nad wszystkimi innymi zadaniami góruje słusznie zadanie usuwania cierpienia. I nie należy się obawiać u chorych bez wyjścia, u chorych na progu konania stosować szczerą dłoń narkotyków, a sumienie tych, których przejmują groza na myśl, że mogliby o dzień jeden, o godzinę jedną skrócić życie człowieka niechaj uspokoi to wielkie prawdopodobieństwo, że wielkie cierpienia jeszcze bardziej skracają mogą wątle życie, aniżeli uspakajające cierpienia te środki.

Zdarza się też, iż w sprzeczności z sobą stają zadania przedłużenia życia i podniesienia sprawności. Niepłodność kobiety z powodów dostępnych dla zabiegów leczniczych, jest bez wątpienia w zwykłych przypadkach wskazaniem do usunięcia niesprawności ustroju w danym kierunku, jeżeli wszakże u tejże kobiety istnieje cierpienie organiczne serca lub przewlekłe zapalenie nerek ze względu na nieobrażenie zadania przedłużania życia, pozostawić musimy daną niesprawność narządu płciowego nietkniętą, negatywne zaś nasze zachowanie się będzie do pewnego stopnia spełnieniem zadania o zapobieganiu następstwom i powikłaniom. Również nie będziemy się starać o poprawę ogólnej witalności ubóstwa soków i tkanek u osobnika dotkniętego wadą serca, aby nie zwiększać jego zadań i nie narazić istniejącego wyrównania na jego zwichnięcie. Nie będziemy też usuwać nowotworów łagodnych, ale obniżających sprawność danego osobnika, jeżeli tenże jednocześnie dotknięty jest cukrzycą lub miewa napady astmy nerwowej, czyniącej stosowanie chloroformu niebezpiecznym; w tym ostatnim przypadku występuje razem i sprzeczność pomiędzy zadaniem podnoszenia sprawności a zapobieganiem następstwom szkodliwym. Wyraźnie sprzeczność ta występuje np. w przypadkach, gdy hamować będziemy rozwijanie sprawności umysłowej przy istniejącej cerebrastenii lub przy silnym bardzo obciążeniu psychopatycznym, gdy ograniczać będziemy czynności wzroku przy uwidoczniającej się skłonności do zapalenia nerwu wzrokowego, gdy narazimy kobietę na bezpłodność w przypadkach torbieli obydwu jajników przez podwójną owaryotomię i t. d..

Ze sprzeczności, jakie zachodzą pomiędzy narzucającymi się lekarzowi zadaniami terapeutycznymi, przejście jest bezpośrednio do kwestyi o zadaniach terapii negatywnych, o których powyżej wspominaliśmy i do tej też kwestyi przejdziemy.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 — 3 —

### 157. Karewski. Zapalenie wyrostka robaczkowego (*appendicitis*) u dzieci.

Kwestya przebiegu i leczenia tego zapalenia wogóle, a tembardziej u dzieci, nie jest dotychczas wyczerpaną i na każdym kroku można spotkać sprzeczności co do zastosowywania przy tem cierpieniu tych lub owych środków, a nadewszystko co do operacyjnego zabiegu.

Częstość zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci, podług BAGINSKY'ego, SAHLI, GOLUBOWA, jest do tego stopnia dużą, że niektórzy z autorów uważają to zapalenie za cierpienie zakaźne, podobne do *angina tonsillaris* [SAHLI]. Ilość dzieci, u których przy powyższem zapaleniu stosowano zabieg operacyjny, jest według różnych statystyk różną: SONNENBURG, na danych którego w tym względzie można polegać, naliczył na 130 przypadków u dzieci 26 operowanych, co stanowi 20%, RUTER — 6%, LENNANDER — 12,5%, ISRAËL — 27%, autor sam operował 42% przypadków. BROCA na 79 przypadków operował w 72 [12 z nich były to operacje wtórne]. Jeżeli z temi danymi porównamy dane o przypadkach z tych klinik, w których chorzy tacy nie są operowani [HENOCU, BAGINSKY, SCHAEFFER], to dojdziemy do ogólnego wniosku, że liczba przypadków *appendicitidis* w tych szpitalach, w których nie uciekają

się do operacyjnego rękoczynu, jest nadzwyczaj mała u dzieci; tam zaś, gdzie operują, jest stosunkowo znaczna. Twierdzili niektórzy, że choroba ta u dzieci przebiega wogóle łagodnie i że dlatego w szpitalach, w których lekarze nie uciekają się do operacyjnego zabiegu, liczba chorych takich jest nieznaczna. W sprzeczności jednak z tem jest fakt, iż śmiertelność u dzieci operowanych jest dość duża [MATTERSTOCK—70%, BAGINSKY—33%, ROTTER—66%, LENNANDER—25%, ISRAEL—47%, autor—41%, BROCA—44%]: jeden tylko SONNENBURG z 26 przypadków miał śmiertelne zejście tylko w 4 przypadkach [15%]. Z faktów tych można wyciągnąć następujące wnioski: 1) że u dzieci wogóle śmiertelność przy *appendicitis* jest większą, niż u dorosłych i 2) że u różnych chirurgów odsetka śmiertelności w operowanych przypadkach bardzo się różni. Zdaniem autora, sprzeczność tę można pogodzić, jeżeli będziemy się krytycznie zapatrywali na dane statystyczne; okaże się wtedy, że zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci jest daleko częstsze, niż to wynika z podawanych cyfr i że przebieg tego cierpienia jest cięższy, niż to przypuszczają różni autorowie, mianowicie: należy zwrócić uwagę nie na ilość obserwowanych i operowanych przypadków, lecz na jakość ich i dopiero wtedy należy porównać otrzymane liczby. Samując w ten sposób, należy ściśle wyłączać wszystkie te przypadki, w których *appendicitis* nie była rozpoznana kategorycznie za życia, lub też przy pośmiertnem badaniu zwłok. Wszak wiadomo, że zapalenie to przebiega w najróżnorodniejszych formach, tak, że dopiero w ostatnich czasach udało się, dzięki licznym w takich przypadkach operacyjnym zabiegom, ustalić pewne określone anatomo-patologicznie formy tego cierpienia, a zarazem rzucić światło na przebieg, kliniczne objawy i zejście zapalenia. SONNENBURG, jeden z najbardziej doświadczonych w tym kierunku znawców i zarazem chirurgów, podaje następujące kliniczne formy.

1) *appendicitis simplex catarrhalis*, które bywa: a) ostre, przewlekłe i torbielowe (*cystische Form*), b) ropne, nieżytowe;

2) *appendicitis perforativa*: a) powikłane *periappendicitide* b) powikłane rozlanem zapaleniem otrzewnej;

3) *appendicitis gangraenosa*: a) bez przedziurawienia z septycznem zapaleniem otrzewnej b) postępujące przy rozpoczynającym się przedziurawieniu z ograniczonym lub rozlanem zapaleniem otrzewnej.

Inni autorowie, jak LENNANDER, odróżniają jeszcze więcej form tego cierpienia i kierują się przy odróżnianiu więcej klinicznymi objawami i operacyjnymi rękoczynami, niż anatomo-patologicznymi danymi. Inni znów, jak ROTTER, odróżniają tylko ograniczone i rozlane zapalenie wyrostka robaczkowego. Autor, zgadzając się zupełnie z naukowo wprowadzonym podziałem SONNENBURG'a, mniema, że dla celów praktycznych zupełnie jest odpowiednim podział ROTTER'a. Jeżeli z punktu widzenia tego podziału, rozpatrzmy opisywane przez autorów przypadki, to okaże się, że ograniczone zapalenie u dzieci względnie, t. j. w stosunku do cierpienia tego u dorosłych, spotyka się w chirurgicznych statystykach daleko rzadziej, niż rozlane. Ostatecznie ze wszystkich danych wynika, że operatorowie mają do czynienia przeważnie z ciężkimi przypadkami zapalenia.

Co się tyczy śmiertelności przy operacyjnem leczeniu tego cierpienia, to najlepsze rezultaty mają, rozumie się, ci chirurgowie, którzy operują we wczesnych okresach choroby. U dzieci zaś mamy zazwyczaj do czynienia z przypadkami, przez dłuższy czas przedtem leczonymi za pomocą środków wewnętrznych. Wyjątek stanowi SONNENBURG, który, operując w przypadkach świeżych, otrzymał odsetkę śmiertelności bardzo nieznaczną. Tymczasem w większej ilości opisanych przypadków operacyjnego leczenia miano do czynienia z dziećmi, wycieńczonymi wskutek długotrwałego cierpienia; siły operowa-

nych były zbyt małe, by przetrzymać poważny zabieg leczniczy. Wśród tych przypadków jest wiele ograniczonych zapaleń, które dalyby świetne zejście przy wczesnej pomocy operacyjnej. Że śmierć w takich przypadkach nie zależała od samej operacyi, dowodzą dane o rozlanych zapaleniach, powikłanych ropieniem na całej otrzewnej, gdzie dzieci były uratowane tylko dzięki zabiegowi operacyjnemu; u dorosłych taki fakt może nastąpić tylko w wyjątkowych warunkach.

Wyżej mówiliśmy, że u dzieci młode przeważnie ciężkie formy omawianego cierpienia i że operacyjny zabieg u młodych pacjentów musimy wykonywać najczęściej w przypadkach bez wyjścia. Niektórzy autorowie [HEUBNER] objaśniali ten fakt tem, że dzieci częściej, niż dorośli, podlegają ostremu zatruciu toksynami przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego; w każdym razie przypadki takie nie są tak częste, aby mogły powiększyć odsetkę śmiertelności. Autor mniema, że przyczyny należy tu szukać w pomyłkach przy wczesnym rozpoznaniu zapalenia u dzieci i wynikiem ztąd błędzeniu i zgubnym leczeniu. Zapalenie wyrostka robaczkowego we wczesnym okresie bardzo łatwo pomieszać z niezłym kiszek; lekarz albo nie zwraca wcale uwagi na skargi chorego lub przepisuje środek przeczyszczający, tak jedno, jak i drugie wywiera fatalny wpływ na dalszy przebieg cierpienia; nagle występują objawy ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewnej, którego leczenie powierzają dopiero teraz chirurgowi. Szczególnie zgubnie wpływają na przebieg omawianego cierpienia środki przeczyszczające: z 20 śmiertelnych przypadków Broca w 10 dbano we wczesnym okresie o częste i obfite wypróżnienia. To samo twierdzą inni autorowie, jak: ROTTER i FOWLER. Taki zgubny wpływ wywierają środki przeczyszczające nie tylko we wczesnym okresie choroby, lecz nawet wtedy, jeżeli po 3—5 dniach leczenia za pomocą makowca i przy istniejącym niedowładzie kiszek lekarz dla polepszenia apetytu zechce zwolnić chorego od zawartości jelit. Wskutek wzmocnionych ruchów robaczkowych ograniczone zapalenie rozszerza się, i prowadząc do przedziurawienia, może wywołać zapalenie otrzewnej. Możliwość pomyłki w takich przypadkach jest tem większą, że różniczkowanie zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci od niezłytu dróg pokarmowych jest daleko trudniejszym, niż u dorosłych; skargi dzieci są nieokreślone, a przy nadzwyczajnej częstości czynnościowych zaburzeń odnosimy te skargi do niestrawności.

Autor sądzi, że w wielu przypadkach, w których dzieci lata całe chorują na zaparcie stolca, bóle brzucha, nader łatwo występujące wymioty, należy mieć na uwadze opisaną przez SONNENBURG'a formę zapalenia *appendicitidis simplicis*.

Drugą przyczyną fatalnych pomyłek przy leczeniu w omawianych przypadkach może być rozpoznanie niedrożności kiszek, występującej z silnem zaparciem stolca, wymiotami i ciężkimi objawami ogólnymi, często bez gorączki i przy dobrym stosunkowo tętnie. *Larga manu* stosuje lekarz po takim rozpoznaniu lewatywy i dopiero, kiedy dziecko znajduje się *in extremis*, oddaje chorego w ręce chirurga dla operacyjnego usunięcia przeszkody w wydalaniu kału. Autor widział 2 przypadki, w których rozlane zapalenie leczono 5—3 dni obfitemi lewatywami; w jednym z nich w jamie otrzewnej znaleziono *oleum Ricini*, wprowadzone potem do *rectum* za pomocą lewatywy.

W innych przypadkach fatalne zejście zapalenie u dzieci należy przypisać temu, że, aczkolwiek cierpienie było wcześniej i prawidłowo rozpoznane, jednak kierujący leczeniem lekarz zapatrywał się na przebieg danego przypadku optymistycznie i uważał wszelki energiczny rękoczyn za niepotrzebny. Łagodzi winę lekarza w takich przypadkach ta okoliczność, że u dzieci objawy rozlanego zapalenia bywają bardzo niewyraźne: bóle nieznaczne, częstość

tętna nie przenosi 100, ciepłota ciała nie podniesiona. Autor mniema, że przy określeniu rozległości, a więc i przebiegu zapalenia u dzieci nie należy mieć na uwadze tylko stanu podmiotowego dziecka, ciepłoty i ilości tętna, gdyż często objawy te prowadzą do fałszywych wniosków. Z drugiej znów strony można spotkać w praktyce przypadki, w których zabieg chirurgiczny nie był wykonany w porę dlatego, że chorego po wystąpieniu objawów przedziurawienia wyrostka robaczkowego uznano za straconego. Tymczasem choroba przewlekła się, i dopiero po pewnym czasie chorego, wycieńczonego ropieniem, poddano operacji, rozumie się z zejściem śmiertelnem. Autor operował w jednym takim przypadku 14-letnią dziewczynę w 3 tygodniu; badanie pośmiertne zwłok wykazało w tym przypadku otorbiony ropień otrzewnej, nie komunikujący z resztą jamy brzusznej; przy wcześniej wykonanym zabiegu chirurgicznym chora byłaby uratowana.

Śmierć przy *appendicitis* bez operacyjnego leczenia może nastąpić nie tylko wskutek ropienia, lecz nawet wtedy, jeżeli po pierwszych burzliwych objawach następuje przewlekły stan bez ropienia: pętlice jelit podlegają zlepieniu między sobą i z otrzewną i jako skutek mamy obraz wtórnej, rzeczywistej niedrożności [autor operował w 2 takich przypadkach w 3—4 tygodni po pierwszych objawach zapalenia; zejście w obu przypadkach było śmiertelnem wskutek zupełnego zaniku światła jelit dzięki wielkiej ilości zrostów].

Co się tyczy rozpoznawania zapalenia i jego fatalnych zejść, to autor zupełnie się zgadza z FOWLER'em, który w swojej pracy mówi: obniżenie się ciepłoty i zwolnienie tętna zawsze wskazują na nagłe owrządzenie i przedziurawienie *appendicis*, zupełną jego zgorzel lub otwarcie się ropnia do jamy brzusznej.

Dalej, w każdym przypadku, w którym mamy ból brzucha z charakterem kolki i jednoczesną, prawostronną bolesność brzucha przy ucisku, powinniśmy rozpoznać *appendicitis* i nie wcześniej odstąpić od tego rozpoznania, póki nie będziemy na to mieli dostatecznie pewnych dowodów. Stwierdzenie to ma szczególną wartość u dzieci, u których trzeba się powstrzymywać od podawania przy zaparciu stolca środków przeczyszczających, dopóki nie wyłączymy w danym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego i w przypadkach wątpliwych należy nawet przy zaparciu stolca podawać chorym raczej makowiec, niż olej rycynowy.

Również dobrze, jak FOWLER, określa wskazanie do operacyjnego leczenia w omawianych przypadkach BAUMGARTEN, a mianowicie twierdzi on, że operować należy wtedy, jeżeli nasilenie obawów miejscowych pogorszenie stanu ogólnego [nagła zapaść, osłabienie działalności serca, zimny pot] wskazują na przejście wysięku do jamy brzusznej bez uprzedniego zlepnego zapalenia. Dla dzieci ma to też, jak i poprzednie twierdzenie, specjalne znaczenie, gdyż z jednej strony we wszystkich nie operowanych przypadkach zejście bywa śmiertelne, a z drugiej, nader często udaje się uratować dzieci.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa przy zapaleniach ograniczonych. Przy wczesnem rozpoznaniu tego cierpienia i przy stosownem podawaniu narkotyków [makowiec] udaje się prawie we wszystkich przypadkach nie dopuścić do zatrważających objawów i uniknąć operacyjnego rękoczynu. Należy jednak zawsze, nawet przy lekko przebiegających tego rodzaju cierpieniach, jak mówi SAHLI, być przygotowanym do rękoczynu: winniśmy zawsze pamiętać, że nawet przy najlepszym zdawałoby się przebiegu może nas zniecka zaskoczyć nagłe ropienie z rozprzestrzenieniem na zdrową przedtem otrzewną lub przedziurawienie z wylaniem zawartości do jamy otrzewnej. Przytem należy nie zapominać, że zapalenie wyrostka robaczkowego może dać ropienie nie tylko wewnątrz otrzewnej, ale przed i za otrzewną, a w dalszym ciągu powodo-

wać tworzenie się ropni, których pochodzenie udaje się skonstatować dopiero podczas operacji lub nawet dopiero przy pośmiertnym badaniu zwłok [BAGINSKY, SACHS, SCHAEFFER, STEFFEN]. Ropienia te zjawiają się zwykle po rzekomo łagodnie przebytych zapaleniach, jako cierpienie wtórne. Autor operował w jednym przypadku, w którym *appendicitis* była zupełnie wyleczona, po pewnym zaś czasie skonstatowano ropień podprzeponowy (*abscessus subphrenicus*) z przedziurawieniem do jamy opłucnej; wypuszczona ropa miała wyraźnie zapach kału. Po pewnym czasie [3 tygodnie] u tego samego osobnika zjawił się ropień w okolicy lędźwiowej, którego pochodzenie należało także odnieść do przebitego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Nie ulega wątpliwości, że dużą ilość zagadkowych u dzieci przetok pępkowych, przy których tworzą się rozległe ropnie na wzdętym pępku, należy odnieść do przeoczonych zapaleń wyrostka robaczkowego; autor operował 14-letnią dziewczynkę, u której z objawów tyfusu brzuszno wyłonił się obraz *appendicitis* z następczym utworzeniem się rozległego ropnia na *l. alba abdominalis* w okolicy pępka. W niektórych przypadkach przedostania się zawartości z takiego ropnia do pęcherza moczowego lub prostaty lekarze powstrzymują się od rękoczynu operacyjnego, uważając takie zejście, jako *vis medicatrix naturae*; błąd takiego postępowania jest widoczny, gdyż wraz z ropą do jamy otrzewnej przechodzi kał lub mocz, wywołując złośliwy obraz ropnicy.

W nielicznych, co prawda, przypadkach ograniczonego zapalenia, które przeszły zupełnie dobrze, a nawet wysięk samoistnie się wessał, chory jednak nie przestaje tracić sił i wkrótce umiera z wycieńczenia bez żadnych obstrzeń poprzednio przebitego cierpienia. Są to zapalenia natury swoistej, a mianowicie gruźliczej lub promienicowej.

Pierwotna gruźlica wyrostka robaczkowego należy, według SONNENBURG'a, do cierpień nader rzadkich, częściej spotyka się przy jednoczesnym gruźliczym cierpieniu jelita ślepego. Autor mniema, że za punkt wyjścia niektórych gruźliczych zapaleń otrzewnej należy uważać wyrostek robaczkowy. Z czterech operowanych przez autora przypadków gruźliczego zapalenia u dzieci w 2-ch było rozpoznane za życia gruźlicze zapalenie otrzewnej i dopiero przy pośmiertnym badaniu zwłok skonstatowano gruźlicze zapalenie jelita ślepego; w 2 innych całozbiór klinicznych objawów pozwolił określić jako punkt wyjścia jelito ślepe.

Promienicowe zapalenie należy do jeszcze radszych, niż gruźlicze; autor ma jeszcze teraz w obserwacji jeden taki przypadek, w którym *appendicitis*, jako taka, przeszła prawie bez śladu pod wpływem makuwa i dopiero po 2-ch miesiącach skonstatowano w okolicy prawego więzła POUPART'a ropień; badanie ropy wykazało w danym przypadku promienicę; punkt wyjścia cierpienia został skonstatowany w tydzień po operacji podczas opatrunku. Promienica przebiega w danym przypadku typowo, ma charakter złośliwy z tworzeniem się wciąż nowych ropni.

Technika operacyjna rękoczynu u dzieci jest w ogólnych zarysach ta sama, co i u dorosłych; należy tylko mieć na uwadze większą wrażliwość dzieci na wszelkiego rodzaju zakażenia. Miejsce i kierunek cięcia zależy od umiejscowienia ropnia, w większości przypadków używa się cięcia SONNENBURG'a [równoległa do *ligamentum Poupartii*], jednakże często robią chirurdzy cięcia na linii środkowej (*laparotomia*), a nawet poprzeczne od jednej strony do drugiej. Cięcia należy wykonywać zawsze duże, gdyż możliwość otrzymania w późniejszym czasie przepukliny, łatwo zresztą poddającej się leczeniu przez ucisk, jest w każdym razie mniej ważną, niż łatwy dostęp do podlegającego operacji miejsca. Często należy operować na obu stronach jamy brzusznej [przy 2-ch przeciwległych ropniach]; nigdy nie powinniśmy ograniczać



się cięciem po prawej stronie, jeżeli i na lewej jest ropień. Przeoczenie ropnia po lewej stronie przy usunięciu takiegoż po prawej wcale nierzadko prowadzi do zgubnego zejścia. Tem rzadziej można operować tylko po lewej stronie, jeżeli tam mamy główne objawy przedmiotowe, gdyż wtedy nie odkrywamy pochodzenia danego ropnia; wyjątek stanowią tu te przypadki, w których wyrostek robaczkowy jest nader długi [ręczną częścią u dzieci] i leży zupełnie po lewej stronie. Co się tyczy kwestyi, jak postępować z jamą otrzewnej, to autor mniema, iż winniśmy się tu ograniczać do *minimum*: wypuścić ropę, możliwie oczyścić tamponami jamę od zawartości; wszelkie wyjmowanie jelit w celu ich oczyszczenia, a nawet przepłukanie jamy brzusznej jest niebezpieczne i wielkich korzyści nie przynosi. W przypadkach, w których, po wypłukaniu jamy brzusznej, nastąpiło uleczenie, stało się to, według autora, nie wskutek, lecz pomimo tego rękoczynu, ułatwiającego tylko rozprze-strzenie się ropnego zapalenia na całą otrzewną.

BAGINSKY, gorący przeciwnik operacyjnych rękoczynów przy rozlanem zapaleniu u dzieci, opiera swoje zdanie na zejściu w tych przypadkach, w których robiono resekcję zropiałej sieci. Autor sądzi, że resekcye te należy zupełnie zarzucić ze względu na bezpodstawność takiego rękoczynu i na niebezpieczeństwo życia, o jakie łatwo może on przyprowadzić chorego. Natomiast zupełnie odpowiedniem wydaje się autorowi zapobiegać dalszemu zakażeniu otrzewnej przez zropiałą sieć w ten sposób, aby zakażoną sieć wyjąć z jamy brzusznej i pozostawić na zewnątrz: część ta ulega albo zmartwieniu albo pokrywa się ziarniną; w 1-szym przypadku odcinamy zmartwiałą tkankę, w 2-gim zaś przy tworzeniu się blizny sieć samoistnie wciąga się do jamy brzusznej.

Przechodzimy do kwestyi — czy należy resekować wyrostek robaczkowy. Według autora, należy to czynić wtedy, jeżeli przeszkadza on swobodnemu odpływowi ropy, zarówno jak we wszystkich przypadkach, w których daje się to łatwo uskutecznić: zapobiegamy w ten sposób możliwemu nawrotowi zapalenia. Autor operował w jednym przypadku, w którym pozostawiony wyrostek robaczkowy dał powód do trzykrotnego nawrotu cierpienia. Z drugiej strony są przypadki, w których wystarcza tylko wypuścić ropę, aby osiągnąć długo trwające wyzdrowienie. Szczególnie należy ograniczyć swój zabieg tylko do przecięcia ropnia, jeżeli chory jest wycieńczony i jeżeli resekcya wymaga dłuższego czasu, co zawsze jest niepożądanem w przypadkach nagłych i nie cierpiących zwłoki, a więc doprowadzonych do stanu „*periculum in mora*“. Broca na zasadzie obserwowanych przez siebie 12 takich przypadków z 0% śmiertelności postępuje w ten sposób, że przy ostrem zapaleniu u dzieci tylko wypuszcza ropę, a po pewnym czasie, kiedy chory wrócił do sił, resekuje wyrostek robaczkowy w celu ochronienia pacyenta od nawrotu cierpienia. Autor zupełnie się zgadza z takim postępowaniem w ciężkich przypadkach.

Dla uzupełnienia całości odczytu poświęca autor w dalszym ciągu kilka słów rozpoznawczej i leczniczej wartości nakłucia, które, zgodnie z dowodami autora, należy uznać jako zupełnie bezpodstawne. Korzyści z nakłucia niema żadnej zarówno dla rozpoznania, jak i dla leczenia. Dla rozpoznania zapalenia mamy dużo innych pewniejszych sposobów: przy nakłuciu nie zawsze otrzymujemy ropę, nawet jeżeli ropienie istnieje, dzięki zrostom otrzewnej. Lecznicza wartość nakłucia przy ropniu także sprowadza się do zera, gdyż rzadko bardzo wyciągnięcie jednej lub dwu szprycek ropy daje wyzdrowienie; korzyść więc ogółem z nakłucia niewielka, niebezpieczeństwo zaś tego rękoczynu wcale niepoślednie: nakłuwając i wyciągając ropę, możemy albo wprost zakazić nie-naruszoną otrzewną lub też przedziurawić jelito i tem dać drogę do zakażenia otrzewnej przez zawartość kiszek [2 takie przypadki z zejściem śmiertelnem przytacza autor z własnej obserwacji]. Nakłucie więc, jeżeli wykonać je mu-

simy dla orientowania się w umiejscowieniu ropnia, należy robić dopiero po przecięciu otrzewnej i z warunkiem, że zdajemy sobie dokładnie sprawę z miejsca, które nakłuwamy.

Jako ogólne wnioski z całego odczytu możemy wyprowadzić następujące:

1) Rozpoznać charakter cierpienia, należy wcześniej, aby uniknąć fatalnych w skutkach błędów leczenia.

2) Podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego przy całozbiorze odpowiednich objawów należy mieć na uwadze dopóty, dopóki nie mamy bezwzględnych dowodów, że tak nie jest; do ostatniej chwili wątpliwego rozpoznania należy unikać środków przeczyszczających, a szczególnie lawaty; taki sposób postępowania nigdy szkody przynieść nie może.

3) Każdy przypadek zapalenia należy dokładnie i systematycznie obserwować, aby nie przeoczyć czasu, kiedy zabieg operacyjny winien być wykonany; czas ten określamy wtedy, jeżeli wewnętrzne leczenie nie daje żadnych wyników lub jeżeli mniemamy na zasadzie osobistego doświadczenia, że chory bez operacji zginie.

4) Śmiertelność w przypadkach tego zapalenia, operowanych w odpowiednim czasie i z uwzględnieniem sił chorego, sprowadza się prawie do zera.

(*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 19, 20, 21. 1897). *Ant. J. Goldman.*

### 158. P. Courmont. Krzywa aglutynacyjna u chorych na tyfus brzuszny. Zastosowanie jej do sero-prognostyki.

W kilku poprzednich swych pracach autor wykazał doświadczalnie (na świnkach morskich), że zachodzi ścisły związek między zdolnością aglutynacyjną surowicy krwi chorych tyfusowych a jej własnością osłabiającą względem lasecznika EBERTH'a. Inne własności tejże surowicy, jak np. własność uodporniająca (*propriété vacciante*), są zupełnie niezależne od zdolności aglutynacyjnej. Porównując odnośnie krzywe, łatwo zauważyć można, że krzywa aglutynacyjna idzie zupełnie równolegle z krzywą, wyrażającą osłabiające działanie surowicy względem lasecznika tyfusowego, podczas gdy krzywe zdolności aglutynacyjnej i uodporniającej rozchodzą się. Z tego wynika, że odczyn aglutynacyjny jest wyrazem samoobrony ustroju. Liczne fakty kliniczne potwierdzają słuszność takiego poglądu.

Jednokrotne określenie wartości aglutynacyjnej surowicy krwi chorego tyfusowego ma nie większe znaczenie dla rokowania, niż jednorazowe zmierzenie ciepłoty. Wartość prognostyczną posiada jedynie przebieg, krzywa zdolności spajającej, która w stanie jest dostarczyć również cennych wskazówek dla rokowania, jak krzywa ciepłoty, zwłaszcza jeśli porównać z sobą obie te krzywe. Należało więc dla zdolności aglutynacyjnej uczynić to, co zrobiono dla ciepłoty: ustalić krzywą prawidłową dla postaci zwykłych tyfusu brzuszego, odnaleźć odmiany tej krzywej prawidłowej, rozmaite zбочenia tejże, przytrafić się mogące w przebiegu postaci nieprawidłowych oraz powikłanych tyfusu, wreszcie ustalić prawa w rodzaju tych, jakie WUNDERLICH wyprowadził dla krzywej ciepłoty. W tym celu autor przestudował krzywe aglutynacyjne w 40 przypadkach tyfusu brzuszego, w których mierzenie zdolności aglutynacyjnej wykonywane było co 5—3 dni. Z tych 40 przypadków 15 przedstawiały postacię zwykłą, o średnim natężeniu, z trzytygodniowym mniej więcej trwaniem choroby, bez nadmiernego podwyższenia ciepłoty i bez powikłań, zakończone wszystkie wyzdrowieniem. Serya ta posłużyła autorowi dla ustalenia prawidłowej krzywej aglutynacyjnej. W tej ostatniej tak samo, jak w krzywej ciepłoty, zauważyć można okres wstępujący i zstępujący; okresu stałych wahań (*periode d'état*) najczęściej tu brak. Cała krzywa ma wygląd

dzwonu (*en clocher*). Część krzywej wstępująca zajmuje cały okres wstępującej ciepłoty i większą część okresu stałych wahań. Najwyższy punkt krzywej aglutynacyjnej przypada w 15—20-tym dniu choroby, w chwili, gdy zaczyna się spadek ciepłoty, czasem o dzień wcześniej lub o dzień później. Okoliczność ta jest bardzo ważna. *Fastigium* zdolności aglutynacyjnej osiąga się w chwili, gdy objawy zakażenia, specjalnie gorączka, zaczynają lub mają zacząć ustępować. Jest to więc objaw krytyczny pierwszorzędnej wartości: podnoszenie się krzywej w 3-im tygodniu zapowiada wogóle blizkie wyzdrowienie, często nawet przed spadkiem ciepłoty. Przeciwność kierunków tych krzywych jest nowym dowodem obronnego znaczenia odczynu aglutynacyjnego. Co się tyczy najwyższej cyfry, do jakiej dochodzi wartość aglutynacyjna, to kwestya ta, przynajmniej w pewnych granicach, ma mniejsze znaczenie dla rokowania. *Maximum* zdolności aglutynacyjnej wynosi najczęściej 1 na 250, lecz może osiągnąć i na 1000, a z drugiej strony nie przenosić 1 na 50. Zmniejszanie się zdolności aglutynacyjnej [spadek krzywej] odbywa się w sposób rozmaity; wogóle spadek następuje tem prędzej, im wyżej i im prędzej ramię wstępujące dosięgło wierzchołka. W przeważnej większości przypadków tyfusu o umiarkowanym natężeniu zdolność aglutynacyjna surowicy nie spada poniżej 1 na 50 w pierwszym miesiącu zdrowienia. Może ona także trzymać się na również wysokich cyfrach, a nawet na wyższych, podczas okresu zdrowienia, aniżeli w okresie gorączkowym. Zdarza się to, jak widać ze spostrzeżeń autora, w postaciach stosunkowo cięższych, w których *fastigium* osiągnięte zostało późno.

Poznawszy właściwości prawidłowej krzywej aglutynacyjnej, przechodzi autor do krzywej aglutynacyjnej w przypadkach nieprawidłowo łagodnych, zatartych (*frustes*) oraz poronnych. Przypadków takich spostrzegał autor 8. Krzywa aglutynacyjna jest tu również nietypowa, jak krzywa ciepłoty. W postaciach tych często [w 4 przypadkach na 8] spotykamy odczyn aglutynacyjny spóźniony. Zdolność aglutynacyjna jest tu wcale niewysoka. Okres wstępujący jest bardzo krótki; aby go uchwycić, należałoby bardzo często przedsiębrać mierzenie zdolności aglutynacyjnej. Spadek krzywej aglutynacyjnej odbywa się bardzo szybko, i odczyn znika często już w pierwszych dniach zdrowienia. Z powyższego wynika, że odczyn aglutynacyjny słabo wyrażony i krótkotrwały jest charakterystyczny dla postaci łagodnych. Jedną okoliczność pogarsza tu rokowanie, mianowicie częstość nawrotów tyfusu [3 przypadki na 8].

W następnej grupie figurują przypadki tyfusu brzuszego z przebiegiem ciężkim, czy to wskutek ciężkości zakażenia, czy wskutek długiego trwania, czy też wskutek powikłań, nawrotów i t. d. Przeglądając krzywe aglutynacyjne w tych przypadkach, spostrzegamy przedewszystkiem, że cechują się nieprawidłowością. Zamiast prawidłowego przebiegu, właściwego krzywym aglutynacji w postaciach zwykłych [I serya], widzimy tu krzywe z nieprawidłowemi wahaniami, zstępujące, wlokące się, jednym słowem, bardzo nietypowe. Ta właśnie nietypowość, ta nieprawidłowość krzywej jest charakterystyczną dla postaci ciężkich. Krzywe te wogóle są mało wzniesione, zstępują często jednocześnie z podnoszeniem się krzywej ciepłoty. Niepomyślnie znaczenie prognostyczne takich krzywych wynika także ze spostrzeżeń VIDAL'a. Dla postaci tyfusu, dających nawroty, charakterystycznym jest także małe wzniesienie krzywej aglutynacji, t. j. słabo wyrażona zdolność aglutynacyjna. Również niepomyślnie znaczenie posiada późne zjawienie się odczynu aglutynacyjnego [po 7 dniach od początku choroby], gdyż zapowiada to albo ciężki przebieg cierpienia, albo nawrót. Większość poglądów autora, dotyczących się różnych zбочeń krzywej aglutynacji, znajduje potwierdzenie w ostatniej pracy VIDAL'a, omawiającej sero-dyagnostykę tyfusu brzuszego.

Wychodząc z założenia, że odczyn aglutynacyjny jest wyrazem samoobrony chorego ustroju, łatwo objaśnić znaczenie prognostyczne każdej poszczególnej krzywej aglutynacyjnej. Krzywa aglutynacyjna ma taką samą wartość prognostyczną, jak krzywa ciepłoty, choć w znaczeniu odwrotnem: krzywa ciepłoty oznacza przebieg zakażenia, krzywa aglutynacji—przebieg obrony. Najważniejsze wnioski dla rokowania wyciągnąć można szczególnie z porównania obu krzywych. Najlepiej objaśnić to można na przykładzie. Przypuśćmy, że w pewnej chwili okresu gorączki stała wartość aglutynacyjna jest bardzo mała, np. 1 na 20. Znaczy to, że obrona ustroju jest słaba. Żadnych dalszych wniosków nie mamy jeszcze prawa z tego wysnuwać. Lecz przypuśćmy, że i natężenie zakażenia, manifestującego się objawami ogólnymi i krzywą ciepłoty, jest również małe. Wówczas sero-prognostyka nie może być stanowczą, gdyż napad i obrona są jednakowo słabe. Jeśli zaś przy tej samej zdolności aglutynacyjnej natężenie choroby będzie większe [wysoka gorączka, zatrważające objawy ogólne], natenczas rokowanie staje się niepomyślnem. Odwrotnie, jeśli zdolność aglutynacyjna jest wysoka, np. 1 na 100, zakażenie może być silne lub słabe, w pierwszym razie rokowanie nie jest niepomyślnem, w drugim stanowczo pomyślnem. Z powyższego wynika, że najważniejszym punktem sero-prognostyki jest porównanie krzywej aglutynacyjnej z krzywą ciepłoty. Jeśli obie krzywe mają taki sam kierunek, to rokowanie jest raczej pomyślnem, choć w mierze ograniczonej; dowodzi to tylko równoległego z przebiegiem zakażenia rozwoju odczynu organicznego. Jeśli zaś obie krzywe mają kierunki przeciwne, jeśli jedna się podnosi wówczas gdy druga spada lub pozostaje na tym samym poziomie, wtedy sero-prognostyka dostarcza danych nadzwyczajnie cennych. Jeśli krzywa aglutynacyjna podnosi się wówczas, gdy krzywa ciepłoty spada lub nie zmienia poziomu, rokowanie jest bardzo pomyślnem; przeciwnie, jeśli krzywa aglutynacji obniża się przed [wcześniej] krzywą ciepłoty lub, *a fortiori*, gdy ta ostatnia wówczas podnosi się, rokowanie staje się bardzo niepomyślnem. Ten ostatni stosunek zachodzi właśnie w krzywych zstępujących lub wahających się, jakie spostrzeżać się dają w ciężkich postaciach tyfusu brzuszego.

(*Revue de Médecine. Nr. 10. Paźdź. 1897. str. 745—803*).

Stanisław Pechkranc.

## Wiadomości drobne.

— †—†—

— FERREIN z Barcelony hodował laseczniki gruźlicze w ten sposób, że ze zwykłego dla nich podłoża [agaru glicerynowego z glikozą] ujmował stopniowo części jego składowe, aż wreszcie doprowadził rzecz do tego, że laseczniki rozwijały się na zwykłym rosole przy 37° C., a potem i przy 20°—10° C.. Hodowle traciły przytem stopniowo swój charakterystyczny zapach drożdży, a nadto swoje znane własności nieodbarwiania się. Szczepienie takich hodowli świnkom wywoływało u nich gruźlicę, którą można było następnie seryi innych zwierząt przeszczepiać. Jeżeli hodowle te zabić przez wygotowanie i zaszczerpić seryi świnek 4—5 razy po 10 ctm. sześć, tych zabitych hodowli co 6—7 dni, natenczas świnki te znoszą bezkarnie szczepienie zwykłej plwociny od gruźliczych chorych, zabijającej szereg innych świnek, nie szczepionych w sposób powyższy. W pewnych [nie podanych tu] warunkach laseczniki gruźlicze, zyskując na jadowitości, nabywają własności leczniczych w ten sposób, szczepienie ich zakażonym gruźlicą zwierzętom wystarczy dla ich wyleczenia.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 48*).

Wł. J.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 14 Ноября 1897. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.