

# GAZETA LEKARSKA.

I. Z ODDZIAŁU DRA B. W. SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## PRZYPADK CIĄŻY DONOSZONEJ MIMO CIAŁA OBCEGO W JAMIE MACICY. (POWIKŁANIA W POŁOGU).

Podał

**S. Zaborowski.**

Przypadki, w których wprowadzone od zewnątrz i rozmyślnie lub przypadkowo pozostawione ciała obce znajdowano następnie i usuwano z moczopłciowych narządów kobiecych, należą do względnie pospolitych. Odnosne podręczniki sprawie tej zwykły poświęcać odrębny rozdział, a ciała obce, spotykane w pęcherzu np. lub w pochwie, należą do przypadków klasycznych, spotrzeganych na oddziałach kobiecych codziennie.

Jako przyczyny: samogwałt, mniej więcej nieudolne próby przerwania ciąży, wreszcie swawola i zbrodnia występować tu zwykły najczęściej. Najrzadszym bywa niezawodnie—przypadek, tak jednak chętnie i tak często obwiniany przez chore. Po za cieszącymi się w tym kierunku niewątpliwie smutnym przywilejem i napotykaniami szczególnie często szpilekami od włosów, wyobrażenia, kierująca wyborem odnosnych przedmiotów, bywa niewyczerpana. Znajdowano więc druty do robienia pończoch, ołówki, pióra gęsie i stalowe, kawałki laku, obsadki do piór, części szpryc, cewniki, wykałaczki do zębów, klocki do robienia koronek (1), żelazka do prasowania (2), broszki, a nawet szpulki tkackie (3) i krawieckie nożyce! (4). W podręczniku swym SCHROEDER przytacza kobietę, której usunął z pochwy słoik do pomady, zawierający chrabąszcza (5). W krajach, w których poronienia, uświęcone obyczajem i tolerowane przez prawo, praktykowane są na szeroką skalę, ustalili się, że tak powiem, pewien typ przedmiotów, używanych w tym celu szczególnie często. W Persyi np. posługują się odpowiednio zbudowanymi haczykami, w Indjach Wschodnich korzonkami rośliny *Plumbago Ceylonica*, w Japonii pałeczkami z bambusu, w Turcyi łodygami tytoniu (6). Pomijam oczywiście zakładane w celach leczniczych wianki,



których przeznaczeniem bywa zawsze krótszy lub dłuższy pobyt w pochwie. Zresztą i wianki, o ile skutkiem zapomnienia lub niedbalstwa pozostawione bywają zbyt długo, odegrać mogą rolę ciał obcych *par excellence* i sprowadzić odleżyny, drażące niekiedy przez całą grubość ścian, dzielących pochwę od pęcherza lub odbytnicy. Powikłanie to spotyka się więcej jeszcze przy wiankach, zakładanych lub dobieranych nieumiejętnie. W podobnym przypadku, przystępując do zaszycia przetoki pęcherzowo-pochwowej, średnicy 3—4 ctm., usunąłem z pęcherza wianek, założony przed czterema laty do pochwy przez akuszerkę, która jakoby zapobiedz chciała w ten sposób wypadaniu macicy. Wianek, zrobiony z masy, podobnej do wosku, miał kształt pierścienia, grubego na palec o średnicy 8 ctm. Do pęcherza przewędrował z pochwy przez otwór odleżynowy. Otwór pierwotnie był niezawodnie większy, a zmniejszył się dopiero po przejściu kółka z pochwy do pęcherza.

PEARSE (7) opisuje przypadek, w którym usunął wprowadzoną do pochwy przed 22-u laty szpulkę tkacką, która wydrążyła przetokę do cewki moczowej. Co najdziwniejsze, w przeciągu tego czasu kobieta była dwa razy zamężną a obecności ciała obcego nie zauważono.

Przeważnie ciała obce spotykane bywają w pochwie i w pęcherzu, do którego przedostać się mogą bądź przez otwór w ścianie pęcherzowo-pochwowej, bądź też przez powierzchownie leżącą i tem samem dostępną łatwo cewkę.

Głębiej położona i ukryta lepiej jama macicy mniej jest narażona. Odszukanie ukrytego w głębi pochwy ujścia zewnętrznego i przejście kąta, załamującego się między trzonem a częścią pochwową przedstawia pewne trudności i wymaga niejakię znajomości stosunków anatomicznych, co utrudnia znacznie sprawę i niezbędną czyni pomoc drugiej osoby. Dlatego też w pochwie i w pęcherzu spotykamy przeważnie ciała obce, wprowadzone przypadkowo podczas samogwałtu lub swawoli, a nierównie rzadziej w skutek nieudolnych zupełnie zabiegów, mających wywołać poronienie.

W jamie macicy przeciwnie, pozostawiane bywają rozmyślnie lub przypadkowo przedmioty, wprowadzane wprawną ręką bądź w celach leczniczych, [ToFF np. opisuje zapomniany tampon gazy jodoformowej, który usunął po roku pobytu w jamie macicy (11)], bądź też ażeby uszkodzić przyczępione tam jaje.

Do narządów sąsiednich, do tkanki łącznej i do jamy otrzewnej, ciała obce, o ile wprowadzone tam nie zostały bardzo brutalnie i nagle, przedostają się zwykle wtórnie, przedziurawiwszy ściany narządu, w którym przebywały pierwotnie. Zależnie od kształtu, położenia i przedewszystkiem od miejsca, w którym się znajdują, ciała obce różne sprowadzić mogą objawy. Podczas kiedy wybrany dobrze i założony umiejętnie wianek przeleżeć może w pochwie lata całe bez żadnych zaburzeń, kiedy pozostawiony w pęcherzu odłamek cewnika pokrywa się złoгами moczowymi i odgrywa rolę zwykłego kamienia, ciała obce, które przeniknęły do tkanki łącznej albo do otrzewnej, zawsze prawie, wcześniej czy później, sprowadzać zwykły objawy poważne, między którymi najgroźniejszym, niekiedy śmiertelnym bywa zakażenie. W jamie macicy wolnej ciała obce przebywać mogą czas jakiś względnie bezkarnie, nie



wywołując innych zaburzeń, prócz podrażnienia mięśnia macicy i śluzówki, ujawniającego się bólem i wydzieliną.

Szczególną obojętność wykazują w tym kierunku niezupełnie rozwinięte macice kobiet, które nie miesiączkują jeszcze. HERMAN (8), przytacza przykład, w którym szpilka do włosów, wprowadzona do jamy macicy dziewięcioletniej dziewczynki, przebywała tam bez żadnych objawów przez lat sześć, do chwili, w której pojawiła się pierwsza miesiączka. Równocześnie z tą ostatnią wystąpiły silne bóle, objawy podrażnienia otrzewnej i wydzielina ropna, które skłoniły chorą do zasięgnięcia porady lekarskiej.

Najburzliwsze objawy spostrzegamy w przypadkach, w których ciało obce wprowadzone zostało do macicy ciężarnej. Prócz częstszego nierównie zakażenia, pierwszym nieuniknionym prawie objawem bywa poronienie, zresztą pożądane najczęściej przez osoby, na których zabieg dokonanym został. Przypadki, w których wprowadzenie ciała obcego do macicy nie dało żadnych objawów i ciąża, mimo niepożądanego sąsiedztwa dobiegła końca, należą do niezmiernie rzadkich, wyjątkowych. W bogatej, starannie zebranej statystyce ciał obcych macicy, NEUGEBAUER (9) na 586 przypadków przytacza tylko dwa, w których, mimo wprowadzonego do ciężarnej macicy ciała obcego, chore nie poroniły. Zaznaczyć tu jednak trzeba, że tak w jednym, jak w drugim przypadku wprowadzone ciała obce [szpilki do włosów] w jamie macicy pozostawały względnie niedługo i usunięte zostały: jedno po 7-iu, drugie po 30-u godzinach. CZARNECKI z Gniezna (10) opisuje przypadek, w którym wprowadzona przed 13-tu laty (!) do pochwy puszką metalowa, dostała się następnie do otwartej podczas poronienia macicy i, pozostawszy tam, jakoby nie tylko nie przeszkodziła do ponownego zajścia w ciążę, ale pozostawała w jamie macicy przez czas trwania ciąży i stała się w końcu przeszkodą do prawidłowego odbycia porodu, który ukończonym być mógł operacyjnie dopiero po uprzednim usunięciu ciała obcego. Przypadki podobne jednak, są, jakto zaznaczyłem wyżej, unikatami, o ile, naturalnie, odnośne spostrzeżenia są prawdziwe i zebrane dokładnie.

Tem godniejszym uwagi, wydaje mi się przypadek, który, dzięki łaskawości dra B. SAWICKIEGO, spostrzegać mogłem i operować na oddziale jego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Ciało obce, znacznych stosunkowo rozmiarów, wprowadzone było do jamy macicy w końcu czwartego miesiąca ciąży i pozostawało tam do końca tej ostatniej bezkarnie, w niczem nie przeszkadzając prawidłowemu rozwijaniu się płodu. Cała ciąża i poród przeszły szczęśliwie, a powikłania i potrzeba zabiegu wystąpiły dopiero w okresie połogowym.

Szczegóły badania i przebiegu, starannie notowane podczas pobytu chorej na oddziale, przytaczam szczegółowo, dosłownie prawie trzymając się odnośnej karty szpitalnej. W. J., lat 21 służąca. Przywieziona z Grójca końmi [6 mil] i zapisana na oddział 27. XII. 1900. W., silna, dobrze zbudowana dziewczyna, jest wystraszona, rozdrażniona i objaśnienia, tyżące wywiadów, daje niechętnie.

Z beładnego opowiadania jej wypływa jednak, że przed 30-u godzinami mniej więcej, wypadkiem jakoby wbiła sobie do cewki obsadkę od pióra, która tam pozostała. Pióro, według słów chorej, wetknięte było do siennika, na



którym, kładąc się spać, nagle usiadła. Obsadka zanurzyła się cała a na zewnątrz sterczała tylko część metalowa ze stalówką, które pozostały jej w palcach, kiedy usiłowała pióro wyciągnąć. Drewniana zaś część obsadki utonęła w pęcherzu i chora, mimo wielokrotnych prób, osiągnąć jej nie była w stanie. [Później dopiero, podczas powtórnego pobytu na oddziale W. wyznała, że obsadkę wsunęła do pochwy rozmyślnie, chcąc wywołać poronienie].

W chwili wstąpienia na oddział chora uskarża się na silny ból brzucha i parcie na mocz. Ból szczególnie silny odczuwa w dole brzucha, po środku i po prawej stronie. Mocz oddaje często i boleśnie. W ciągu ostatniej nocy np. mocz oddawała przeszło dziesięć razy. Krwi w moczu, ani z pochwy nie zauważyła. Ciężota 37,6°. Tętno 94. Badanie zewnętrzne i przez pochwę [dwuręczne], prócz bolesności w prawym dole biodrowym i w samej macicy, wielkością odpowiadającej kończącemu się czwartemu miesiącowi ciąży, nie wykazywało nic, co podejrywałoby pozwalało obecność ciała obcego wielkości obsadki, o której wspomina chora. Pochwa, sklepienia i część pochwowa uprzyśtąpione i badane szczegółowo przy pomocy wzierników, okazały się całkiem prawidłowe, bez śladów urazu. Śluzówka cewki, zaczerwieniona i przerosła, wypada na tylnej ścianie. Zmiany te jednak, właściwe kobietom ciężarnym, cech urazu świeżego nie przedstawiają bynajmniej. Ujemnym również pozostał wynik badania dwuręcznego, wielokrotnie przedsiębranego przez odbytnicę i przez pochwę.

Cewnik THOMPSON'a, wprowadzony do pęcherza, ciała obcego nie napotyka. Otrzymany tą drogą mocz, badany przy pomocy drobnowidza, zawierał, nieznaną zresztą, przymieszkę krążków czerwonych krwi, ciałek ropnych i nitek włóknika. Wynik wszakże badania wziernikiem pęcherzowym, dokonanego po uprzednim przemyciu pęcherza i wprowadzeniu doń 240 ctm. sz. wody, pozostał, co się tyczy śladów urazu, ujemnym. Śluzówka była wprawdzie zaczerwieniona, rozpulchniona i pokryta miejscami włóknikowym nalotem, lecz ciała obcego, ani śladów przejścia tego ostatniego przez pęcherz nie znaleziono. Wogóle, badanie chorej, zwłaszcza zewnętrzne, było z powodu niespokojnego zachowania się chorej utrudnione i tem samym bez zastosowania narkozy niezupełne. Na tę ostatnią zaś chora zgodzić się bezwarunkowo nie chciała.

Zastosowano: spokój, okład rozgrzewający i na wewnątrz makowiec.

Nazajutrz po wstąpieniu chorej na oddział ciężota podniosła się nieco: 38,2°.

Natomiast, napięcie ścian brzucha i bolesność na dotyk, z wyjątkiem macicy, zmniejszyły się znacznie.

Na trzeci dzień polepszenie było jeszcze wyraźniejsze, a na piąty i szósty od chwili wstąpienia do szpitala, gorączka, bóle i parcie ustąpiły zupełnie. Mocz, badany pod drobnowidzem powtórnie, okazał się czystym. Wymacywanie brzucha i okolic macicy, dzięki zmniejszonej nierównie wrażliwości, znacznie dokładniejsze niż pierwszym razem, nic nieprawidłowego nie wykrywało,—nie co przypuszczałoby kazało obecność w tych okolicach ciała obcego. Pozostała jedynie dość wyraźna bolesność samej macicy, wyczuwalnej ponad spojeniem lonowem.



Ponieważ następane dwa dni nie przyniosły nic nowego, nic co dopomógłby mogło do wyjaśnienia sprawy, chorą na wyraźne jej żądanie wypisano, rozpoznawszy: *graviditas IV mens., tentatio aborti* i z wielkim znakiem zapytania: *suppositio corp. alien. in cavo uteri*. Zaznaczyć jednak muszę, że mimo zapewnień chorej, twierdzącej usilnie, iż tak było w istocie, fakt wprowadzenia i pozostawienia w pęcherzu, czy w macicy ciała obcego wydawał nam się zupełnie nieprawdopodobnym. Jakkolwiek badanie nasze, w początkach utrudnione z powodu wielkiej wrażliwości chorej, mogło być do pewnego stopnia niezupełnem, to jednak, zważywszy ósmiodniowy pobyt chorej na oddziale i staranne, wszechstronne i wielokrotnie przedsiębrane spostrzeganie, wydało nam się aż nadto wystarczającym, ażeby mózdz wykluczyć obecność ciała obcego długości kilkunastu ctm. Z pewnością nie znaleziono go w pochwie, w pęcherzu, ani w odbytnicy. Nieprawdopodobnem było, ażeby niedostępne dla badania i nie wywołując objawów, przebywać mogło bezkarnie przez dni dziesięć w tkance łącznej, otaczającej powyższe narządy lub w otrzewnej. Wątpliwą więc pozostawała jedynie zawartość macicy, której określić dokładnie wobec istniejącej niezawodnie i rozwijającej się prawidłowo ciąży, nie byliśmy w stanie. Zresztą, i dlatego właśnie, przypuszczenie, że w jamie macicy tkwić może obsadka od pióra, wydawało nam się wprost niepodobnem do przyjęcia. Zaznaczyć tu jeszcze muszę, że wzięwszy pod uwagę wymiar macicy w czwartym miesiącu ciąży, drzewce obsadki, którego długość chora określała sama na kilkanaście ctm., pomieścić się w jamie macicy i pozostać niewykrytem mogło wogóle tylko w takim razie, jeśli leżało wzdłuż najdłuższego wymiaru narządu, równoległe do kości krzyżowej i do wzgórka na tle których, badając od strony ścian brzucha trudno je było wyczuć. Dalsze wypadki jednak, nauczyć nas miały, że przekonanie nasze było mylne, a wnioski przedwczesne. Chorą, wypisaną z oddziału jako symulantkę, utraciliśmy z oczu na przeciąg pięciu miesięcy, po których upływie, 3. VI. 901 r. wstąpiła na oddział powtórnie.

Tym razem przybywała z kliniki położniczej, na której przed dziewięciu dniami urodziła prawidłowo zdrowe, donoszone dziecko. Na oddział chirurgiczny przepisana została z powodu rozpoznania: *corpus alien. cavi abdom.*

Już w czasie porodu zauważono po prawej stronie, n a m a c i c y guz twardy, nieruchomy, bolesny na ucisk, umiejscowieniem odpowiadający mniej więcej prawemu rogowi trzonu. Guz, stojący w zupełnym związku z macicą, występował najwyraźniej podczas porodowych skurczów tej ostatniej, przy czem na prawo od pępka i na tej samej wysokości wypukła się na guzie ściana brzucha. Ponieważ poród i pierwsze dni połogu przebiegały bez zaburzeń, o guz nie troszczono się więcej i natury jego bliżej nie określono. Na ósmy dzień połogu dopiero, kiedy przy zwiększonej bolesności w okolicy guza podniosła się ciepłota [38,2°], chorą, twierdzącą w dalszym ciągu uporeczywie, że „w brzuchu ma obsadkę od pióra“, przepisano na oddział chirurgiczny. Stan ogólny chorej w dniu, w którym wstąpiła, był niezły. Pomijając podniesioną nieco ciepłotę i przyśpieszone tętno [104], mieliśmy przed sobą zwykłą położnicę. Dreszczy nie miała. Wydzielina połogowa śluzowo-ropna, nie cuchnąca, prawidłowa. Miejscowo: macica wyczuwa się wyraźnie tylko po stronie



lewej. Dno trzonu zaś i prawy bok toną w wysięku, czy w guzie, którego obecność rzuca się w oczy już przy zewnętrznym oglądaniu chorej, w postaci wypuklenia, napinającego z tej strony ścianę brzucha. Skóra, w miejscu odpowiadającym największemu wypukleniu, leżącemu na cztery palce na prawo od pępka i nieco poniżej linii, przechodzącej przez pępek, na przestrzeni rubla srebrnego jest napięta i zaczerwieniona. Przy ściślejszem badaniu, z powodu znacznej wrażliwości chorej możliwym tylko w narkozie, wysięk przedstawia się jako guzowatość kulista, dość twarda, wielkości pięści, silnie przywarta i zrosnięta ze ścianą brzuszną i wypuklająca tę ostatnią. Wewnętrzny brzeg wysięku sięga pępka, zewnętrzny *lin. axil. inter.* Górny brzeg na jeden palec nie dochodzi żeber, dolny wyczuwa się na dwa palce ponad więzłem POUPART'a. Z macicą wysięk łączy się grubym na cztery palce pasmem walcowatym. Oprócz tego ostatniego wysięk unieruchomiony jest w głębi u wejścia do małej miednicy i zrostem ze ścianą brzucha. Tkanki dokoła wysięku są na pewnej przestrzeni nacieczone i ciastowate. Nacieczenie wyczuwa się również w prawem sklepieniu i w jamie DOUGLAS'a. Część pochwowa, ukształtowana już zupełnie, przepuszcza zaledwie palec. Sklepienie lewe zupełnie wolne. Od strony odbytnicy, prócz wspomnianego powyżej nacieczenia tkanek, nie wyczuwa się nic szczególnego. Od zewnątrz, mniej więcej na środku wysięku, w miejscu, w którym skóra jest najwięcej zaczerwieniona i wypuklenie najwydatniejsze, wyczuwa się na przestrzeni paznogcia wyraźne chełbotanie, a wśród chełbotania uciskający palec natrafia na ciało twarde, małe, nie ustępujące pod naciskiem, jakgdyby opierające gdzieś w głębi miednicy. Sądząc z badania, do czynienia mieliśmy niezawodnie z ciałem obcym, dokoła którego wytworzył się wysięk zropiły już w bezpośrednim sąsiedztwie pierwszego.

Nie zaprzestając narkozy, zastosowanej do badania, chorą umyło i w miejscu, w którym wyczuwaliśmy chełbotanie, przeciąłem tkanki, nie grubsze w tem miejscu nad 2 ctm., cięciem długości 4 ctm. Wydzieliła się nieznaczna ilość ropy, a wprowadzony do otworu palec natrafił natychmiast na sterczący koniec ciała obcego, który ująłem kulociągami i bez trudności wyprowadziłem na zewnątrz. Było to rzeczywiście drzewce obsadki do pióra, długości 15 ctm. i grubości zwykłego ołówka.  $\frac{1}{3}$  długości, która leżała najgłębiej, oblepiona była kałem, pochodzącym, sądząc z wyglądu, z ostatnich odcinków grubej kiszki. Wyciągnąwszy obsadkę i wybrawszy ropę, rozszerzyłem nieco zewnętrzny otwór przetoki, poczem, wobec kału znalezionej na obsadce, wydrenowałem kanał nie do dna, a tylko do wysokości, na której znajdowała się przypuszczalnie przetoka w ścianie kiszki.

Dalszy przebieg nic szczególnego nie przedstawiał. Już nazajutrz po usunięciu ciała obcego ciepłota obniżyła się i kału w ranie, ani na drenie nie znaleziono. Wydzieliła się tylko dość znaczna ilość ropy, nieco cuchnącej kałem. Objaw powyższy i nieznaczne wahania ciepłoty trwały jeszcze tydzień, po którym to czasie ropa przestała cuchnąć, wydzielała się mniej obficie i ciepłota była prawidłowa. Wysięk, nacieczenie tkanek dokoła przetoki i bolesność ustępowały stosunkowo wolniej. Dopiero po upływie pięciu tygodni przetoka przestała wydzielać i zamknęła się zupełnie. Chorą od tej chwili uważać można



było za zdrową. Pomiedzy miejscem, w którym wysięk stykał się ze ścianą brzucha i w którym zrobiony był otwór a prawym rogiem macicy pozostało pasmo grubości palca, które istniało jeszcze w trzy i pół miesiąca po zabiegu. Poza tem jednak stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia. Czula się zupełnie zdrową i miesiączkować poczęła prawidłowo. [Miesiączkowała raz jeden].

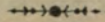
Zachodzi pytanie, gdzie obsadka pozostawała przez okres pięciu miesięcy, t. j. przez czas, dzielący wprowadzenie jej od zewnątrz, do chwili porodu? Czy rzeczywiście wraz z płodem w jamie macicy, czy też, niedostępna dla badania, poza macicą, w jamie brzusznej? Za pierwszym przemawiać zdają się nie tylko badania, aż nadto wystarczające i ściśle, dokonane podczas pierwszego pobytu chorej na oddziale, ale i stosunki anatomiczne, stwierdzone później, w kilka miesięcy po usunięciu obsadki. Inaczej trudno sobie tłómaczyć pochodzenie bliznowatego pasma, przebiegającego między ścianą brzucha a macicą, które to pasmo mogło być tylko śladem kanału, w którym pierwotnie mieściła się obsadka. Najprawdopodobniej obsadka wprowadzona została wprost do jamy macicy, pomiędzy tylną ścianę tej ostatniej a jaje płodowe, którego nie uszkodziła. Umiejscowiona w ten sposób i niedostępna dla badania, obsadka gościła w macicy bezkarnie aż do chwili porodu. Dopiero skurcze mięśnia macicy, zmniejszając pojemność jamy tej ostatniej, nadziewać poczęły ścianę macicy na obsadkę [twardy guz na ścianie kurczącej się macicy]. Po opróżnieniu się macicy obsadka wystawała z niej pierwotnie częściowo do wolnej jamy otrzewnej, do której przewędrowała zupełnie przy zupełnej involucyi. W jamie brzusznej obsadka oparła się z jednej strony o ścianę brzuszną, którą wypuklała, z drugiej strony o kışkę, którą po krótkim czasie przedziurawiła, wywołując zakażenie, wysięk i ropienie, pełzące wzdłuż obsadki, które było bezpośrednią przyczyną i wskazaniem do zabiegu.

Przypadek powyższy, ze względu na przebieg i na zejście niezmiernie ciekawym sam przez się, wartości dla ginekologa przedstawia jednak mało i nie nadaje się do wyciągnięcia ogólniejszych wniosków. Po dawnemu wierzyć musimy, że wprowadzenie ciała obcego do jamy macicy podczas ciąży równa się przerwaniu tej ostatniej, bez względu na wiek płodu. Wszak na tem zasada się jedynie dziś jeszcze przez niektórych lekarzy stosowana metoda przerywania ciąży lub sztucznego przyspieszania rozwiązania. W kilka lub kilkanaście godzin po wprowadzeniu ciała obcego pojawiają się zwykle skurcze podrażnionego mięśnia macicy bez względu na to, czy jaje płodowe otwarte zostało, czy nie. Nie potrzeba na to nawet ciała obcego stałego, wystarcza wprowadzenie kilkunastu ctm. sz. płynu.

Pewne znaczenie mieć może powyższy przypadek dla lekarza sądowego który pamiętać powinien, że w pewnych, rzadkich przypadkach fakt istniejącej i rozwijającej się dalej prawidłowo ciąży nie wyklucza bynajmniej zbrodniczych w tym kierunku zabiegów, których ostatecznym, brutalnym wyrazem może być, jak w naszym przypadku, wypadkowe pozostawienie ciała obcego.



L I T E R A T U R A.



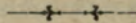
- 1) LEX. „Abtreibung der Leibesfrucht“. Vierteljahresbericht für gerichtliche Medizin. N. F. 1866. T. IV.
- 2) TARDIEU u. SAEXINGER. „Handbuch der gerichtlichen Medizin“. 1882. T. III.
- 3) SAEXINGER *ibid.*
- 4) EIGEN. „Ueber aborbus“. Inaug. Dissert. 1867.
- 5) SCHROEDER. „Handbuch der weiblichen Krankheiten“. 1890, str. 79.
- 6) SAEXINGER. *b. c.*
- 7) PEARSE. Brit. Med. Journ. 1873.
- 8) HERMANN T. A. „Ueber das Vorkommen von Fremdkörpern im Uterus“. Münch. med. Wochsch. Nr. 19. str. 790. 1902 r.
- 9) NEUGEBAUER F. Fremdkörper des Uterus“.
- 10) CZARNECKI. „Obce ciało przeszkoda porodu“. Now. Lek. 1900, Z. 19—20 str. 610.
- 11) TOFF E. [Rumun]. Zwei Fälle v. Fremdhörnern des Uterus“. Münch. med. Wochschr. 1902. Nr. 38.

---

## II. AGLUTYNACYA W ZAKAŻENIU PNEUMOKOKOWEM.

Napisal

**Leon Karwacki.**



[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

Ta sama technika dała inne wyniki ilościowe u osobników dorosłych: na 10 osobników z cierpieniami ustroju nerwowego lub wadą serca u 4-ch otrzymałem odczyn po 24-ch godzinach w hodowli z surowicą nierozcieńczoną.

Ilość spostrzeżeń tych jest niewielka, pozwalają one jednak na zaznaczenie analogii z aglutynacją durową i sam fakt stwierdzenia aglutynacyi swoistej bez określenia jej stopnia nie zawsze może wystarczać dla twierdzenia, że jest ona wynikiem danego stanu zakaźnego. Dyagnostyczną wartość ma dopiero znaczniejszy stopień aglutynacyi i krzywa jej ewolucyi.

Poszukiwania moje, dokonane w klinice CHAUFFARD'a w szpitalu COCHIN i w klinice SIREDEY'a w szpitalu Saint-Antoine w Paryżu, obejmują 20 przypadków zapalenia płuc i opłucnej. Prawie we wszystkich przypadkach płowina była zastrzykiwana białym myszkom dla przekonania się o jadowitości, względnie roli czynnej dwoinek. Wyniki badań w zasadniczych rysach zgadzają się najzupełniej z poszukiwaniami francuskich i włoskich badaczy.

Detale znajdują się w przytoczonych niżej skróconych historyach chorób.

1) Zapalenie osierdzia [klinika SIREDEY'a].

Osobnik 36-letni, bez wybitnej przeszłości patologicznej. Przed trzema tygodniami miał lewostronne zapalenie płuc. Na 10-y dzień zdrowienia wystąpi-



ły objawy zapalenia osierdzia. Krew do badania była brana dwukrotnie 6-go i 15-go dnia po wystąpieniu zapalenia osierdzia. Pierwsza surowica ma wyraźną opalescencyę. Po 30-u minutach brak aglutynacyi natychmiastowej na szkiełku. Ani czysta, ani rozcieńczona surowica nie dały wyraźnej aglutynacyi makroskopowej po 24-godzinnyim pobycie w cieplarni. Wyraźny mikroskopowy odczyn otrzymuje się przy największem rozcieńczeniu 1 : 4.

Surowica, otrzymana 15-go dnia, gdy objawy kliniczne znacznie złagodniały, nie opalizuje, nie daje odczynu natychmiastowego, ani makroskopowego po 24-ch godzinach. Nerozcieńczona surowica daje wyraźny odczyn drobnowidzowy z rosnącą hodowlą.

#### 2) Lewostronne zapalenie płuc [klinika SIREDEY'a].

Osobnik 33-letni, chory od tygodnia. Lewostronne zapalenie płuc włóknikowe o średnim natężeniu. Surowica daje odczyn po 15-u minutach—czysta i rozcieńczona 1 : 2. Dla natychmiastowego odczynu jest to rozcieńczenie maksymalne. W surowicy rozcieńczonej i zasianej dwoinkami makroskopowy odczyn istnieje aż do rozcieńczenia 1 : 5, drobnowidzowy do 1 : 20.

#### 3) Prawostronne zapalenie płuc [klinika SIREDEY'a].

Chory 30-letni. Od dwóch tygodni ma prawostronne zapalenie płuc. Krew do badania została wzięta w czasie spadku *per lysin*. Surowica wyraźnie opalizuje. Aglutynacja powstaje tylko *in statu nascendi*: stopień jej określa się maksymalnem rozcieńczeniem 1 : 3. Odczyn makroskopowy powstaje tylko w surowicy czystej.

Surowica, otrzymana w 7-ym dniu okresu bezgorączkowego, aglutynuje dwoinki po kwadransie przy rozcieńczeniu 1 : 3. *In statu nascendi* kresem dla aglutynacyi makroskopowej jest rozcieńczenie 1 : 10, dla aglutynacyi drobnowidzowej—1 : 30.

Ta ostatnia surowica, wzięta w określonej objętości, została wysuszona i następnie po tygodniu rozcieńczona wodą przekończoną do pierwotnej objętości. Płyn ten aglutynował także po 15-tu minutach dwoinki, lecz siła aglutynacyi była trzy razy mniejszą od stopnia siły surowicy przed wysuszeniem.

#### 4) Lewostronne zapalenie płuc [klinika SIREDEY'a].

Chory 42-letni, wstąpił do szpitala w końcowym okresie lewostronnego zapalenia płuc. Krew do badania została wzięta 8-go dnia choroby. Surowica nierozcieńczona daje odczyn natychmiast. Odczyn makroskopowy w hodowli tworzącej się powstaje przy rozcieńczeniu 1 : 5, odczyn drobnowidzowy przy 1 : 10.

Surowica ta została przepuszczona przez filtr CHAMBERLAIN'a. Aglutynacja po przefiltrowaniu powstała znacznie później—gromadki były mniejsze, otoczki drobnoustrojowe nie nabrzmiewały tak wyraźnie, jak przy dodatku surowicy pierwotnej. Również rozcieńczenie, przy którym powstawała aglutynacja w hodowlach rosnących, przy surowicy filtrowanej było tylko 1 : 3, a nie 1 : 10, jak przy surowicy niefiltrowanej.



Po tygodniu znowu była wzięta krew do badania: odczyn natychmiastowy tym razem był przy rozcieńczeniu 1 : 2. W hodowli *in statu nascendi* kresem drobnowidzowej aglutynacji było rozcieńczenie 1 : 15.

5) Lewostronne zapalenie płuc [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 44-letni, dotknięty lewostronnem zapaleniem płuc włóknikowem. W anamnezie częste nieżyty oskrzeli. Zapalenie płuc o średnim natężeniu i przedłużonym przebiegu. Wzięta krew do badania na 12-y dzień choroby w przeddzień prekrytycznego nasilenia się ciepłoty. Choroba zakończyła się *per lysin* w ciągu 5-iu dni.

Nierozcieńczona surowica aglutynuje po 10-iu minutach. W tworzącej się hodowli odczyn makroskopowy przy rozcieńczeniu 1 : 5, drobnowidzowy przy 1 : 10.

Czysta filtrowana surowica daje częściowy odczyn po upływie pół godziny. Filtrowana surowica, zasiana hodowlą, po 24-ch godzinach pozostaje klarowna, na dnie kłaczkowaty opad z aglutynowanych dwoinek.

Drugi raz krew została zbadana na początku okresu bezgorączkowego.

Surowica opalizuje, odczyn z hodowlą na szkiełku powstaje natychmiast. *In statu nascendi* aglutynacja makroskopowa powstaje przy rozcieńczeniu 1 : 10, drobnowidzowa przy 1 : 60.

6) Przewlekłe zapalenie płuc. Zapalenie stawu barkowego [klinika CHAUFFARD'a].

Chory 58-letni. Przed miesiącem zachorował na zapalenie płuc włóknikowe. Cierpienie to przeszło w stan przewlekły. Chory dużo kaszle, w płwocinie brak łaseczników gruźliczych, natomiast w dużej ilości dwoinki TALAMON-FRAENKEL'a. Myszka, zaszczipiona niemi, ginie po 36-u godzinach. Ciepłota trzyma się stale między 38°, 5 a 37°. W trzecim tygodniu chory poczuł dojmujący ból w prawym stawie barkowym. Ruchy są ograniczone i bolesne; przy ruchach biernych w stawie wyczuwa się trzeszczenie. Po kilku tygodniach w mięśniach odpowiednich pewien stopień zaniku. W moczu białko w niewielkiej ilości. Stan taki trwał przez trzy miesiące i zakończył się powolnym powrotem do zdrowia.

Pierwszy raz zbadalem surowicę po miesięcznym pobycie chorego w szpitalu. Surowica aglutynuje dwoinki w 10 minut przy rozcieńczeniu 1 : 5. *In statu nascendi* makroskopowa aglutynacja widoczna aż do rozcieńczenia 1 : 20, drobnowidzowa do 1 : 100.

Filtrowana surowica aglutynuje w 10 minut przy rozcieńczeniu 1 : 2.

Surowica, wysuszona i rozcieńczona do pierwotnej objętości w wodzie przekroplonej, posiada zdolność aglutynowania w stopniu 5 razy słabszym, niż normalna.

W ciągu trzechmiesięcznego pobytu chorego w szpitalu powtarzałem badanie 5 razy: wyniki ilościowe były bez zmiany.

Surowica ta aglutynowała łaseczniki EBERTH'a przy rozcieńczeniu 1 : 5, łaseczniki zaś okrężnicy przy 1 : 10.



7) Prawostronne zapalenie płuc [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 26-letni, od 5-iu dni ma prawostronne zapalenie płuc. Przebieg choroby prawidłowy. Krew do badania była brana na 5-y, 7-y i 11-y dzień choroby [następnego dnia po kryzysie].

Oto wyniki badania:

a) Czysta surowica nie aglutynuje dwoinek na szkiełku po 30-tu minutach. Czysta surowica, zasiana dwoinkami, po 24-ch godzinach daje wyraźny opad, płyn zaś pozostaje klarowny. Drobnowidzowy odczyn istnieje aż do rozcieńczenia 1 : 5.

b) Czysta surowica aglutynuje dwoinki po 15-tu minutach—gromadki niewielkie, dużo łańcuszków i pojedynczych drobnoustrojów. Drobnowidzowy odczyn w powstającej hodowli przy rozcieńczeniu 1 : 20.

c) Surowica opalizuje, stopień aglutynacji równy poprzedniemu. Surowica aglutynuje laseczniki durowe przy rozcieńczeniu 1 : 2 i laseczniki okrężnicowe przy 1 : 15.

8) Zapalenie płuc wędrujące [klinika CHAUFFARD'a].

Chłopiec 16-letni. Sprawa zapalna zajmowała kolejno wszystkie płaty płuc z wyjątkiem prawego dolnego. Przebieg był bardzo ciężki i skończył się wyzdrowieniem na 13-ty dzień.

Pierwszy raz krew była badana na 6-y dzień choroby. Ogólny stan był przytem następujący: tętno 140, nitkowate, oddechów 80 na minutę, sinica twarzy, krzywe ilości moczu i leukocytów w krwi spadają stale, ciepłota 40°, 8. Surowica nie aglutynuje dwoinek po 30-tu minutach. W czystej surowicy, zasianej dwoinkami, po 24-ch godzinach wyraźne gromadki i długie łańcuszki. Rozcieńczona surowica nie daje odczynu.

Surowica, otrzymana 8-go dnia choroby, nie aglutynuje natychmiast, daje zaś wyraźny odczyn z rosnącą hodowlą przy rozcieńczeniu 1 : 5.

Surowica, otrzymana następnego dnia, podczas gdy ogólny stan chorego trochę się poprawił, aglutynuje dwoinki po 15-tu minutach. Hodowle rosnące aglutynują się makroskopowo przy rozcieńczeniu surowicy 1 : 10, drobnowidzowo przy 1 : 30.

Surowica, otrzymana 11-go dnia, aglutynuje dwoinki przy rozcieńczeniu 1 : 2 po upływie 10-iu minut, aglutynacja makroskopowa *in statu nascendi* przy 1 : 10, drobnowidzowa przy 1 : 60.

Surowica, otrzymana 18-go dnia, w przeddzień opuszczenia szpitala przez chorego, aglutynowała dwoinki bez rozcieńczenia po 15-tu minutach. Odczyn *in statu nascendi* makroskopowy przy 1 : 5, drobnowidzowy przy 1 : 30.

Żadna z tych surowic nie aglutynowała laseczników EBERTH'a, nawet bez rozcieńczenia; laseczniki okrężnicy aglutynowały się przy 1 : 10.

Surowice wysuszone lub filtrowane aglutynowały o połowę słabiej, niż zwykle.

9) Lewostronne zapalenie płuc. Zapalenie opłucnej [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 28-letni. Lewostronne zapalenie płuc. Powrót do normy w ciągu 5-iu dni. Dwa dni stan bezgorączkowy, następnie ciepłota podniosła się, da-



jąc rankami znaczne spadki. Równocześnie wystąpiły objawy lewostronnego zapalenia opłucnej. Ilość płynu w jamie opłucnej niewielka; płyn ten o charakterze surowicznym zawiera dwoinki FRAENKEL'a, niejadowite dla myszy.

Zbadaną została krew w przeddzień kryzysu i następnie na wysokości sprawy zapalnej w opłucnej razem z wypociną.

Żaden z badanych płynów nie dał z dwoinkami aglutynacji natychmiastowej.

Pierwsza surowica aglutynowała *in statu nascendi* hodowlę — mikroskopowo przy 1:2; makroskopowego odczynu brak było zupełnie. Druga surowica drobnowidzowo aglutynowała przy 1:5, makroskopowo — nierozcieńczona.

Płyn opłucnowy centryfugowany, nierozcieńczony dał wyraźną aglutynację drobnowidzową.

10) Zapalenie oskrzeli. Zapalenie opłucnej. Zapalenie płuc włóknikowe [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 35-letni, chory od trzech dni. Objawy ogólnego ciężkiego cierpienia: przytomność przyćmiona, język suchy, biegunka, tętno 130 na minutę, słabego napięcia. Chory uskarża się na ból głowy i kolkę w prawym boku. Objawy rozsianego nieżytu oskrzeli i prawostronne zapalenie opłucnej z nieznacznym wysiękiem. Nakłucie dało płyn o wyglądzie surowiczo-ropnym, zawierający mało jadowite dwoinki. W moczu białko. W następstwie przyłączyły się objawy prawostronnego zapalenia płuc. Chory nieprzytomny zmarł na czwarty dzień po przybyciu do szpitala.

Ogłędziny pośmiertne wykazały ropne międzypłatowe zapalenie opłucnej i zapalenie płuc włóknikowe w okresie czerwonego zwątrobieńca.

Na dzień przed śmiercią została wzięta do badania krew a także płyn wysiękowy.

Zarówno surowica, jak i wypocina opłucnowa po odcentryfugowaniu nie dały aglutynacji natychmiastowej. Czysta surowica dała zarys aglutynacji w tworzącej się hodowli, płyn zaś opłucnowy aglutynował dwoinki drobnowidzowo przy rozcieńczeniu 1:2.

Z lasecznikiem EBERTH'a zarówno surowica, jak i wypocina opłucnowa nie dały odczynu.

11) Zapalenie płuc nawrotowe [klinika CHAUFFARD'a].

Chora 33-letnia. Zapalenie dolnego płatu lewego o typowym przebiegu. Po 8-iu dniach powrót do normy i stan bezgorączkowy w ciągu 6-iu dni. W płwocinie jadowite dwoinki. Następnie nawrót zapalenia w tym samym płacie. Przebieg był normalny, chora wyzdrowiała. Po kilku dniach bezgorączkowych zapalenie wystąpiło w prawym górnym płacie. Chora wyzdrowiała na ten raz już bez nawrotu. W ciągu omawianego cierpienia krew była badana 6 razy.

Pierwszy raz surowica aglutynowała hodowlę *in statu nascendi* przy rozcieńczeniu 1:5. W drugim nawrocie stopień aglutynacji wzrósł znacznie i surowica czysta aglutynowała dwoinki po 15-tu minutach. Po 24-ch godzinach odczyn makroskopowy był przy rozcieńczeniu 1:12, drobnowidzowy



1:30. Na tej wysokości aglutynacja trzymała się aż do wyzdrowienia. Ostatni nawrót nie wywołał jej narastania.

Surowice te nie aglutynowały laseczników EBERTH'a, czysta surowica aglutynowała laseczniki okrężnicy.

12) Zapalenie płuc. Obłąd opileczy [klinika CHAUFFARD'a].

Chory 45-letni, dotknięty zapaleniem prawego dolnego płatu [o] średnim natężeniu. Na 7-y dzień choroby *delirium tremens*, objawy ustąpiły po 3-ch dniach pod wpływem zastrzykiwań strychniny.

Od 10-go dnia poczęło się zdrowienie.

Pierwszy raz krew była wzięta na 3-ci dzień choroby. Nierozcieńczona surowica dała aglutynację po 24-ch godzinach. W przeddzień kryzysu aglutynacja natychmiastowa była przy rozcieńczeniu surowicy 1:2, w tworzącej się hodowli makroskopowa przy 1:10, drobnowidzowa przy 1:30.

13) Zapalenie oskrzeli. Zapalenie opłucnej [klinika CHAUFFARD'a].

Chory 38-letni. Przed 5-ma dniami w czasie mocnego kaszlu, połączonego z bólem głowy i podniesioną ciepłotą, wystąpiło klucie w lewym boku. Stan pogarszał się i chory wstąpił do szpitala. Objawy lewostronnego zapalenia opłucnej ze znacznym wysiękiem. Cierpienie trwało około dwóch miesięcy; z opłucnej drogą czterokrotnego nakłucia wydano około 5-iu litrów płynu. W wypocinie surowiczej nie wykryłem ani razu dwoinek; w płwocinie dwoinki mało jadowite, brak laseczników KOCH'a. Surowica i płyn wysiękowy zbadane zostały parokrotnie na zawartość aglutynin pneumokokowych. Surowica dawała drobnowidzową aglutynację z rosnącą hodowlą przy rozcieńczeniu 1:2, płyn zaś wysiękowy bez rozcieńczenia. Po dwóch tygodniach ani surowica, ani płyn opłucnowy nie zawierały aglutynin.

14) Zapalenie gardła rzekomo błonicze. [klinika CHAUFFARD'a].

18-letnia posługaczka szpitalna od tygodnia uskarża się na ból gardła. Przytem ogólne niedomaganie, silny ból głowy, błądność twarzy. Ciepłota waha się między 39,8° a 38,5°. Tętno 100, mało napięte. Na obydwóch znacznie powiększonych migdałkach liczne naloty biało-szarawego koloru w formie kropli wosku. Naloty mocno przylegają do błony śluzowej. Badanie drobnowidzowe zarówno nalotów, jak i posiewów dokonanych z nich, nie dało nic charakterystycznego. Zasiew krwi wypadł również ujemnie.

Krew do badania aglutynacji brana była trzy razy — na 4-y, 8-y i 12-y dzień choroby [w okresie bezgorączkowym]. Pierwszy raz otrzymałem wyniki ujemne. Następne badanie wykazało drobnowidzową aglutynację *in statu nascendi* przy rozcieńczeniu surowicy 1:3. Ostatnie badanie dało tylko zarys aglutynacji: długie i liczne łańcuszki, wolne i poskręcane w czystej surowiczej hodowli po 24-ch godzinach.

15) Zapalenie płuc. Zapalenie osierdzia [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 43-letni, wstąpił do szpitala na 3 dzień choroby z objawami prawostronnego zapalenia płuc. Ogólne objawy groźne. Ciepłota w ciągu 6-iu



dni trzyma się między 41,5° a 40°. Tętno 120. Mocz mało, białkomocz. Następnie sprawa w płucu przygasa, ciepłota obniża się do 39°, lecz występują objawy zapalenia osierdzia. Ciepłota trzyma się czas pewien na tej wysokości, następnie w silnych wahanich zniża się do normy. Po 10-iu dniach od wystąpienia tego powikłania znikają kliniczne objawy zapalenia osierdzia.

Krew została zbadana dwukrotnie: 5-go dnia choroby i na wysokości powikłania.

Nierozcieńczona surowica aglutynuje po 20-u minutach, odczyn w tworzącej się hodowli powstaje makroskopowo przy rozcieńczeniu 1 : 3, drobnowidzowo przy 1 : 20.

Za drugim razem zawartość pneumoaglutynin w surowicy była równa poprzedniej.

16) Zapalenie płuc u chorego gruźliczego [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 28-letni, obciążony dziedzicznie gruźlicą, przedstawia zapalenie lewego dolnego płatu. Objawy gruźlicy rozpadowej w lewym szczycie. W płwocinie jadowite dvoinki i laseczniki gruźlicze. Po czterech tygodniach chory zmarł przy objawach zserowacenia ognisk zapalnych.

Pierwszy raz zbałam krew na 7-y dzień choroby. Surowica czysta daje aglutynację makroskopową z rosnącą hodowlą; kresem aglutynacji drobnowidzowej jest rozcieńczenie 1 : 5.

Aglutynacja, dwukrotnie podjęta w okresie *pneumoniae caseosae*, wypadła oba razy ujemnie.

17) Prawostronne zapalenie płuc [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 35-letni wszedł na oddział w końcowym w okresie prawostronnego zapalenia płuc włóknikowego.

Surowica aglutynuje dvoinki po 15-tu minutach. Aglutynacja w tworzącej się hodowli makroskopowa istnieje przy rozcieńczeniu 1 : 3, drobnowidzowa przy 1 : 20.

18) Prawostronne zapalenie płuc [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 46-letni, dotknięty włóknikowym zapaleniem prawego dolnego płatu. Przebieg cierpienia prawidłowy. Krew zbadana została na 3-ci i 8-y dzień choroby.

Pierwsza surowica czysta daje odczyn drobnowidzowy *in statu nascenti*.

Druga surowica z wyraźną opalescencją aglutynuje dvoinki rosnące makroskopowo przy 1 : 4, drobnowidzowo przy 1 : 15.

19) Białkomocz [klinika CHAUFFARD'a].

Osobnik 26-letni skarży się na bóle głowy i ogólne osłabienie; przed trzema tygodniami przebył cierpienie płucne, które można uważać za grypę lub zapalenie płuc włóknikowe. W moczu białko. Wzięta została krew do badania. Czysta surowica daje mętną hodowlę dvoinkową, — pod drobnowidzem wyraźna aglutynacja.

Chory po dwu tygodniach opuścił klinikę.



20) Prawostronne zapalenie płuc [klinika CHAUFFARD'a].

Dziewczyna 18-letnia z prawostronnem zapaleniem płuc włóknikowem. Przebieg był ciężki. Choroba trwała około 16-tu dni. W początku rozpoznanie wahało się między grypą, zapaleniem płuc, albo gruźlicą. Na czwarty dzień surowica dała wyraźną aglutynację drobnowidzową z rosnąciami dwoinkami [bez rozcieńczenia]. Na 6-ty dzień odczyn był już przy rozcieńczeniu 1:5. Na początku litycznego spadku czysta surowica aglutynowała dwoinki po 10-iu minutach; *in statu nascendi* makroskopowy odczyn był przy rozcieńczeniu 1:10.

Po miesiącu *in statu nascendi* aglutynowała tylko czysta surowica.

21) Zapalenie stawu kolanowego.

W listopadzie 1901 roku w klinice DIEULAFOY widziałem przypadek zapalenia stawu kolanowego z wysiękiem surowiczoro-pnym. Płyn wysiękowy, badany przez interna, aglutynował dwoinki. Chory nie miał przedtem innych objawów zakażenia pneumokokowego.

Przytaczam ten cudzy przypadek, gdyż—o ile wiem—nie był ogłoszony drukiem.

W 10-iu przypadkach surowiczego zapalenia opłucnej, które na podstawie badania cytologicznego, popartego w kilku razach szczepieniem płynu świnkomorskim, były rozpoznane jako gruźliczej natury, w płynie wysiękowym nie znalazłem wcale aglutynin pneumokokowych.

W jednym przypadku zapalenia opłucnej, które powstało w następstwie zgorzeli płuc, ani surowica, ani wypocina opłucnowa nie aglutynowały dwoinek.

W trzech przypadkach gruźlicy płuc, z których jeden dotyczył gruźlicy początkowej ze znacznym krwotokiem, a dwa drugie—gruźlicy rozpadowej na krótko przed śmiercią, odczyn wypadł ujemnie.

W trzech przypadkach wysiękowego zapalenia otrzewnej, z których dwa były natury gruźliczej, trzeci zaś był wyrazem zakażenia przez laseczniki okrężnicy, płyny wypocinowe wolne były od pneumoaglutynin.

W jednym przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, nie gruźliczej natury, gdzie czynnik zakaźny nie mógł być wykryty, aglutynacja z płynem rdzeniowym i z surowicą wypadła ujemnie.

Jeżeli zastanowimy się teraz nad wartością praktyczną aglutynacji pneumokokowej, to musimy się zgodzić, że w zapaleniu płuc włóknikowem, stanowiącym kliniczny przejaw olbrzymiej większości spraw pneumokokowych, doniosłość jej rozpoznawcza jest bardzo niewielka. W tych zaś przypadkach, gdzie umiejscowienie zarazka jest mniej zwykle, lub tam, gdzie chorobotwórcza działalność dwoinek wikał inne cierpienie, aglutyniny swoiste narówni z wykryciem zarazka stanowią jedyne nici przewodnie dla wyjaśnienia istoty cierpienia. Wobec zaś tego, że dwoinki w ustroju prędko tracą swoją jadowitość i giną, wykrycie ich drogą zasiewu lub szczepień zwierzętom możliwem jest tylko w początkach sprawy zakaźnej. U chorego [spozstrzeżenie 10-e] badałem codziennie płyn opłucnowy na zawartość dwoinek. Myszka, której zaszczyliłem



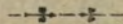
1 ctm. sz. płynu wysiękowego, padła po 26-iu godzinach. Posiew wypociny oplucnowej na agarze i bulionie dał czystą hodowlę dvoinek. Mysz, zaszczipiona płynem, otrzymanym dnia następnego, pozostała przy życiu. Zasiew płynu na sztucznych pożywkach dał hodowlę tylko w bulionie. Płyn, otrzymany i zasiany trzeciego dnia, okazał się jałowym. Drobnowidzowe zaś badanie centryfugowanego opadu z płynu wykazało dość liczne dvoinki wewnątrz fagocytów i wolne. Tego samego dnia zaszczipiłem myszce płwocinę chorego i myszka zdechła po 24-ch godzinach od zakażenia pneumokokowego, jak wykazało badanie krwi.

Powstawanie zaś aglutynin stoi właśnie w związku z rozpadem mikrobów wewnątrz ustroju: bakteryoliza wyzwała liczne fermenty, zawierające się w protoplazmie mikrobów. Jeden z tych bakteryjnych fermentów, zmodyfikowany przez akcyę fagocytów, jest istota aglutynująca [GRUBER]. Aglutyniny opierają się długo ogólnej przemianie materyi i mogą być wykazane jeszcze długo w krwiobiegu po zniszczeniu mikrobów przez środki obronne ustroju.

Łatwo więc wystawić sobie, że klinicysta będzie zmuszony rozpoznać sprawę pneumokokową, gdzie zarówno z ogniska umiejscowienia, jak i z krwiobiegu dvoinki już znikły: swoiste fermenty, którym one dały początek i które świadczą o ich minionej działalności, mają wtedy nieocenioną wartość przyczynową.

Oprócz wartości praktycznej—rozpoznawczej, aglutynacja dvoinkowa ma jeszcze duże znaczenie teoretyczne: stanowi ona jedno z ogniw w łańcuchu, łączącym mechanizm wszystkich zakażeń. Najistotniejszą bowiem cechą spraw zakaźnych jest powstawanie w ustrojach w trakcie ich przebiegu swoistych fermentów—aglutynin, lizin, antytoksyn. Aglutynacja pneumokokowa jest jednym z licznych potwierdzeń tego ogólnego prawa.

## L I T E R A T U R A .



METCHNIKOFF. Étude sur l'immunité (Annales de l'inst. PASTEUR. 1891).

MOSNY. Sur le vaccination contre l'infection pneumonique (Arch. de méd. exper. 1892)

ISSAËFF. Contribution à l'étude de l'immunité acquise contre le pneumocoque (Ann. de l'inst. PASTEUR. 1893).

WASHBOURNE. Experiments with the pneumococcus with special reference to immunity (Journ. of Pathology. 1895).

PANE. Ueber die Heilkraft des aus verschiedenen immunisirten Thieren gewonnenen anti-pneumonischen Serum (Centralblatt für Bakter... 1897).

GRIFFON. L'agglutination du pneumocoque (Thèse. Paris. 1900).

BEZANÇON i GRIFFON. Pouvoir agglutinatif du sérum dans les infections experimentales et humaines à pneumocoques (Soc. de biol. 5. VI. 1897).

IBIDEM. Pouvoir agglutinatif du sérum dans les infections humaines à pneumocoques (Soc. de biol. 19. VI. 1897).

IBIDEM. Étude de la réaction agglutinante du sérum dans les infectionsexperimentales et humaines à pneumocoques (Annales de l'inst. PASTEUR. 1900).

DADDI i PESCI. L'agglutinazione del diplococco (Rivista crit. di clinica med. 1901. Nr. Nr. 20 i 21).



LAUDI i CIONINI. (Kongres medycyny włoskiej. 1901).

WIDAL i LESNÉ. (Soc. méd. des hôp. 6. V. 1898).

KARWACKI. Przyczynę do aglutynujących własności normalnej surowicy ludzkiej (Prze-  
gląd lekarski. 1902).

Za miły sobie obowiązek uważam złożyć podziękowanie panu DANYSZOWI,  
w którego pracowni w instytucie PASTEUR'a przeprowadziłem swoje badania.

---

## ODCINEK.

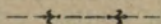
---

### Nowy Szpital Starozakonnych w Warszawie (na Czystem).

Opisał

**Wl. Freudenson,**

ordynator oddziału gruźliczego tegoż szpitala.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

Salę operacyjną aseptyczną, bardzo obszerną, otrzymały oświetlenie z 3-ech stron; na pierwszym piętrze sala ta ma nadto oświetlenie górne. Widzimy na tych salach tylko przedmioty do rękoczynów chirurgicznych niezbędne, jak: stół operacyjny, flakony z płynami dezynfekcyjnymi, sterylizator i przyrząd dla mycia rąk.

Po zaprowadzeniu odpowiednich urządzeń sterylizacyjnych, cały aparat operacyjny będzie kompletnie bez zarzutu. Pod budynkiem oddziału tego, jak zresztą pod każdym z pawilonów, zbudowano kotłownię, służącą do zaopatrywania oddziału w ciepło na salach i w ciepłą wodę na potrzeby oddziału. Przybudówki nad pawilonem tym posiadają sale, mogące pomieścić po 12 łóżek i, jak się zdaje, przeznaczone zostaną na oddział urologiczny. Dodatkowych urządzeń brak tu zupełnie, a przybudówki nie łączą się z sobą. Oddział opisany ma oświetlenie gazowe na salach chorych, a elektryczne na salach operacyjnych.

**Pawilon ginekologiczno-oftalmiczny.**

Jest to jednopiętrowy budynek, mieszczący się między pawilonem chirurgicznym a syfilityczno-skórnym, oddzielony od tychże sporymi trawnikami.

Jak widzimy, składa się on z dwóch oddziałów, z których parter zajęty jest przez oddział ginekologiczny, a piętro oddano na użytek chorych ocznych.

A) **Parter.** Drzwi wchodowe od dziedzińca prowadzą nas do korytarzyka o dwóch drzwiach, wiodących do dwóch [równych] połów tego oddziału. Prawa połowa ma obszerny i widny korytarz, a na przedłużeniu jego jest sala dzienna chorych.



Od strony frontowej korytarza widzimy ubikacje, jak: sala opatrunkowa, operacyjna mniejsza, dalej gabinet lekarski wspólny; od strony przeciwnej i na wprost wyżej wymienionych pokoi urządzono trzy salki po dwa łóżka; na bocznych ścianach sali dziennej odchodzą dwie sale po 6 łóżek. Ogółem, łóżek tu 18.

**Lewa połowa.** Wszystkie ubikacje gospodarcze: wanna, klozet, umywalnia tu znalazły pomieszczenie na użytek oddziału. Nadto w tej połowie wydzielono kilka łóżek dla rodzających.

Większa sala operacyjna mieści się przy zbiegu obu połów tego oddziału z dwoma wejściami do każdej z nich. Ta połowa ma również 18 łóżek.

**B)** Pierwsze piętro zajęto na oddział oftalmiczny. Prawą jego połowę przeznaczono dla mężczyzn a lewą dla kobiet. W korytarzu tej połowy widzimy: ciemnię do oftalmoskopowania, gabinet lek., pokój, służący do opatrywania chorych, dalej w tym samym kierunku pokój o 2-ch łóżkach, umywalnię i klozet [brak tu wanny]. Naprzeciw wymienionych ubikacji mamy dwa pokoje o 2-ch łóżkach, na wprost korytarza sala dzienna [jadalnia] a na bocznych jej ścianach dwie większe sale o 6 ciu łóżkach. Lewa połowa tego oddziału ma oddzielny gabinet lek. z ciemnią, dalej idą wymienione wyżej ubikacje i wanny. Po przeciwnej stronie korytarza bufet i dwa pokoje o 2-ch łóżkach, sala dzienna z dwiema odchodzącymi od niej salami, jak wyżej o 6-ciu łóżkach. Jak na parterze, tak i tu przy zbiegu obu połów oddziału ocznego widzimy widną i dużą salę operacyjną tak samo, jak inne tego rodzaju sale, zbudowaną i urządzoneą. Każda połowa oddziału tego mieści łóżek 18, więc ogółem chorych ocznych można pomieścić 36.

**Pawilon dla chorych wenerycznych i skórnych.**

Budynek to jednopiętrowy i dzieli się w kierunku pionowym na dwie równe połowy. Oddziały męskie mieszczą się: dla chorych skórnych na parterze, a weneryczni na pierwszym piętrze. Kobiety mają takż sam podział, tylko po stronie przeciwnej.

Od strony frontowej pawilonu przez sieni, od drzwiach stale kluczem otwieranych [w myśl izolacji tych chorych od reszty szpitala] wchodzimy na korytarz, biegnący równolegle do ściany frontowej.

Od strony prawej widzimy jedne drzwi [stale zamknięte], dzielące oddział męski od kobiecego i drugie, prowadzące do wspólnego dla obu oddziałów bufetu.

Po stronie lewej widzimy: 1) od frontu łazienki kąpielowe i umywalnię z klozetem; 2) całą przestrzeń od korytarza do ściany tylnej zajmuje sala dzienna tej połowy oddziału. Na ścianie bocznej wolnej są dwie sale: jedna na 8 a druga na 6 łóżek. Z sali dziennej drzwi prowadzą na mały taras, stąd do ogrodu oddzielnego i oddzielnego murem od reszty szpitala. Tym sposobem tylna ściana pawilonu wychodzi na ogród, dla chorych tego oddziału przeznaczony. Na pierwszym piętrze schody prowadzą również do korytarza równoległego od ściany frontowej. Od tejże strony korytarza znajdujemy: 1) kąpiel, 2) klozet i umywalnię, od tylnej strony (*resp.* ogrodu): 1) gabinet lek., stanowiący tu zarazem salę opatrunkową, 2) salę o 4-ch łóżkach, celki o jednym łóżku i wreszcie od strony bocznej salę o 7-iu i jedną o 6-iu łóżkach. I tu przestrzeń od korytarza do ściany tylnej zajmuje sala dzienna. Prawa strona tego pawilonu, przeznaczona dla kobiet, jest zarówno na parterze, jak i na piętrze, pod względem urządzeń i podziału ubikacji mniej więcej podobną do opisanej połowy męskiej.

Oddział dla chorych piersiowych [gruźliczy] rozpostarł się na środku terytorium szpitala, a dla dostarczenia mu jak najwięcej światła i powietrza, zbudowany został w kształcie podkowy, frontem swym wystawiony na południe. Liczy łóżek 40.



Właściwością, wyróżniającą ten pawilon, są t. zw. leżalnie.

Są to 4 obszerne werendy, specjalnie przybudowane do pawilonu i odchodzące od sal dziennych chorych. Dwie z nich zwrócone są na południo-wschód a dwie na południo-zachód, istnieją one zarówno na parterze, jak i na pierwszym piętrze. Oszklone z boków, są zupełnie od frontu otwarte. Każda leżalnia mieści wygodnie 6—8-iu łóżek żelaznych z materacami drucianymi i pościelą. W ten sposób chorzy gruźlicy będą mogli znaczną część dnia wygodnie przebiec na wolnym powietrzu, jak to ma miejsce w sanatoryjach dla tej kategorii chorych. Co do samego oddziału i dodatkowych ubikacji, to się one przedstawiają w następujący sposób.

Wejście z wysokiego parteru prowadzi przez sieni do korytarza, a stąd do sal dziennych i tu, jak wszędzie, przeznaczonych na jadalnie dla chorych nieobłożnych.

Od tych sal dziennych: 2-ch na parterze i tyłuż na piętrze, jak również i od korytarza na prawo i na lewo—odchodzą pokoje dla chorych. Pokoje owe, różnej wielkości, mieszczą w tym pawilonie najwyżej trzy łóżka, ale przeważnie mamy tu celkowe urządzenia dla pojedynczych chorych. W tem miejscu zwrócimy uwagę, iż oryginalną stroną tego szpitala, jest pomieszczenie możliwie najmniejszej liczby łóżek na jednej sali [najwyżej na 8 chorych] a natomiast urządzenie mnóstwa celek dla chorych pojedynczych. Takiego sposobu rozmieszczenia chorych żaden z naszych, a mało który z zagranicznych szpitali posiada. Oddziały: infekcyjny i gruźliczy szczególnie pod tym względem wyróżniono. Komitetowi budowy szło w danym wypadku o to, aby chorym, często ciężkim, dać o ile można jak najwięcej spokoju i swobody. W wielkich salach, na dużą liczbę chorych obłożonych, chory, prócz własnych cierpień moralnie musi współcierpieć z powodu sąsiadów, często bardziej od niego chorych, a nieraz być mimowolnym świadkiem śmierci kolegi szpitalnego. Następstwo takiego stanu każdemu z nas nieraz obserwować wypadało. Prawda, iż urządzenia tego rodzaju mają tę ważną niedogodność, iż wymagają o wiele liczniejszego personelu służbowego a kosztu budowy znaczniejsze, ale pod względem humanitarnym tworzenie małych sal i celek na wysokie zasługuje uznaniem.

Oddział piersiowy posiada specjalnie urządzoną salę operacyjną, inhalatoryum i ciemnię dla prześwietlania. Chorzy w liczbie po 10, mieszczą się z każdej strony korytarza zarówno na parterze jak i na piętrze—ogółem 40. I tu nad budynkiem istnieje przybudówka, mogąca wrazie przepłnienia chorymi oddziału, pomieścić ich jeszcze 12 na dwóch salkach. Wbraku jednak odpowiednich urządzeń trudno będzie cel ten osiągnąć i dlatego sale te znajdują może inne przeznaczenie.

W pawilonie tym znajdujemy, jak w innych, wszelkie odpowiednie urządzenia i ubikacje więc: łazienki, klozety, pokoje kredensowe, windy do wnoszenia prowiantu dla chorych i t. d.—zarówno na parterze jak i na piętrze.

Oddział ten oświetlony jest elektrycznością.

Pawilon dla chorych wewnętrznych zbudowano w zasadzie w podobny sposób. Pomieszczono w nim i chorych nerwowych, przeznaczając dla każdej z tych specjalności po 10 łóżek, podzielonych w ten sposób, iż parter, na prawo i na lewo od korytarza głównego przeznaczono dla mężczyzn i oddano w opiekę dwóm ordynatorom, a na piętrze urządzono oddziały dla chorych kobiet w dwóch połowach, obsługiwanych również przez dwóch ordynatorów.

Właściwością tego oddziału, wyróżniającą go od innych, są urządzenia dla procedur hydropatycznych i celów elektroterapii, a prócz tego przy dwóch gabinetach lekarskich urządzono: w jednym aparat dla badań szczegółowszych moczu, a w drugim dokonywają się badania w zakresie hematologii, z których korzystają w razach odpowiednich i chorzy innych oddziałów. I w tym pawilonie



lonie jest względnie duża liczba celek dla pojedynczych chorych, ewent. pensjonarzy; większe zaś sale urządzone najwyżej da 6 łózek. Pawilon ten, rzecz prosta, posiada wszystkie urządzenia i wygody wyżej już opisane; szczegółów odnośnych powtarzać nie będziemy, a przechodzimy do opisu pawilonu dla chorych zakaźnych ostrych.

Pawilon infekcyjny Szpitala Starozakonnych przeznaczono na osób 70. W zasadzie szło oto, aby, o ile to tylko okaże się możliwym, izolować pojedyncze postaci chorób zakaźnych i zapobiedz w ten sposób wzajemnemu zakażaniu się chorych. W tym celu oddział ten zbudowano w kształcie krzyża [jak to poniekąd widnieje z załączonego planu sytuacyjnego] tak, iż każde skrzydło parterowe-piętrowe zawiera po dwa, jakoby zupełnie oddzielne i oddzielone od siebie, poddziały. W ten sposób, takich poddziałów powstało 8, jakoby dla tylu specjalnych form chorób zakaźnych. W rzeczywistości rzecz ta zupełnie inaczej się przedstawia, gdyż, ponieważ oddział infekcyjny jest dwupięciowy, więc o izolacji ośmiu form tej kategorii chorób mowy niema, a w dodatku, jeden z takich poddziałów oddano na użytek dzieci dyfterytycznych.

W punkcie węzłowym tego pawilonu znalazły pomieszczenie urządzenia gospodarskie i dla potrzeb chorych, oddzielne dla każdego z ośmiu poddziałów i bez wzajemnej komunikacji, więc: kredensy, wanny, klozety, kuchenki, windy. W samym centrum węzła zbudowano ogólny, dla wszystkich części pawilonu luft wentylacyjny, podgrzewany rurą kominową, wychodzącą z palenisk ogrzewających, co zapewnia wentylację, drogą silnego prądu powietrza. Do każdej z ośmiu wspomnianych części pawilonu prowadzi oddzielne wejście przez sięń z dziedzińca szpitalnego, tak, iż komunikacja zarówno służby, jak i chorych w pojedynczych częściach pawilonu jest zniesiona. Korytarze biegną tu bokiem samych poddziałów, a stosunek pokoiów chorych do korytarzy jest tak urządzony, iż okna ich, w danym poddziale mają widok na okna sal poddziału sąsiedniego. W rzeczonym pawilonie, bardziej niż gdzieindziej, pomyślano o celkowym urządzeniu sal chorych, w myśl możliwej izolacji tych ostatnich. Z budowy krzyżowej wynikał brak na tym oddziale sal dziennych, co zresztą stanowi dodatnią stronę, ułatwiającą oddzielenie od siebie chorych tej kategorii. Oddział w mowie będący, ma na parterze salę operacyjną, specjalnie dla wykonywania tracheotomii przeznaczoną. Pomijamy tu opis gabinetów lekarskich i innych ubikacji, gdyż nie różnią się one zasadniczo od powyżej podanych. Nadmienić tylko wypada, iż na szczytach skrzydeł pomieszczono nad oddziałem nadbudówki, zawierające oddzielne pokoje dla służby poddziałów, przywiązanej stale do nich, aby zarazy po szpitalu i na miasto nie roznosić. Pokarmy dowożone są do pawilonu zapomocą wózków, zatrzymujących się w zagłębieniach między dwoma skrzydłami i zaopatrujących w prowiant dwa sąsiadujące z sobą skrzydła bez potrzeby komunikowania się służby zewnętrznej z oddziałem.

Pawilon psychiatryczny. Jest to gmach piętrowy z dwiema nadbudówkami nad nim, oddzielony parkanem murowanym od reszty zabudowań szpitalnych. Z tyłu tego budynku urządzone ogród, również wysokim murem ogrodzony.

Pawilon ten składa się pionowo z dwóch symetrycznych połów; w jednej mieszczą się mężczyźni, a drugi przeznaczono dla kobiet. Tu i tam ubikacje te same, tylko przeznaczenie ich, na dole i na piętrze, jest nieco różne.

Z klatki schodowej wchodzimy na lewo do obszernego kwadratowego pokoju, a drzwi umieszczone wprost schodów prowadzą do sali dziennej chorych. Ów pokój na lewo służy na parterze za salę recepcyjną, gdzie się odbywa widzenie chorych z krewnymi a na piętrze istnieje tu warsztat introligatorski [dla mężczyzn] i szwalnia [dla kobiet].



Sala dziennego pobytu chorych jest to duży wydłużony, widny czworobok, z którego czworo drzwi prowadzi do tyłuż, rozmaitych rozmiarów, pokojów-sypialni: jednej o 11-u łóżkach, dwóch o sześciu a dwóch o dwóch łóżkach.

Z prawej strony, u wejścia znajdujemy wąską szycję, w której rozmieszczono następujące ubikacje: gabinet lekarski, umywalnie, pokój kredensowy i wannę. Z lewej strony od wspomnianej sali, pod kątem prostym, biegnie krótki korytarz, prowadzący do szeregu innych ubikacji, pomieszczonych po obu stronach długiego korytarza, jak: wanna, klozety i pokoje w liczbie 6 na użytek chorych. Na parterze pokoje te stanowią t. zw. separatki, na piętrze przeznaczone są dla pensjonarzy [chorych zamożnych].

W separatkach mieszczą się chorzy niespokojni, gwałtowni i nieczysto się utrzymujący. Tym ostatnim oddano salę o 6-iu łóżkach, na górze zaś ulokowano chorych spokojnych, bezpiecznych oraz pensjonarzy, o ile nie są zbyt hałaśliwi i zbyt trudni do dozorowania.

Separatki, o których wyżej, nie są właściwie tem, za co je zwykle uważają. Co do budowy, nie różnią się one niczem od innych pokoi, z wyjątkiem okien wysoko tu pomieszczonych, ale ze względu na przeznaczenie swe są to pokoje izolacyjne dla chorych hałaśliwych, nie znoszących towarzystwa lub przykrych dla otoczenia. Panuje tu zasada nie zamykania na klucz, a jeśli się to czyni niekiedy, to na bardzo krótko. W pokojach tych często stosowaną jest metoda t. zw. *Bettbehandlung*, która wogóle znalazła na oddziale tym szerokie zastosowanie. Znaczna część chorych na parterze traktowana jest za pomocą tej metody, a wspomniana wyżej sala o 11-tu łóżkach służy wyłącznie dla tego celu. Ze względu na nieustający tu ani na chwilę nadzór, sala ta spełnia współcześnie rolę t. zw. czuwalni (*Wachabtheilung*).

Pawilon psychiatryczny oświetlony jest gazem, którego płomień, jak na innych oddziałach, umieszczone są w zagłębieniach ścian, nadto dostęp do ognia jest utrudniony, gdyż zasłaniające go okienka są na klucz zamykane. Ogrzewanie pawilonu jest centralne. Ze specjalnych urządzeń tego oddziału należy wymienić:

1) Wszystkie okna i oberlufty zamykane są na klucz —jeden, zastosowany do wszystkich otworów.

2) Toż samo odnosi się do wszystkich drzwi, otwieranych i zamykanych jednym kluczem.

3) Szyby w oknach małe, 4 razy mniejsze od zwykłych. Urządzenie to w zupełności zastępuje okratowanie okien, tak przykre dla oka.

4) Jedna z separatek posiada ściany polstrowane słomą i grubem płótnem dla chorych z niezwykłą agitacją, epileptyków z [skłonnością samobójczą]

5) Łóżka są głębokie, materacami zewsząd obite dla chorych z napadami konwulsyjnymi.

Przybudówki, dodane nad oddziałem tym, są specjalnie przeznaczone dla licznej jego służby, w wyjątkowych tylko razach opuszczającej pawilon.

Kończąc niniejsze sprawozdanie, zaznaczyć winniśmy, iż opiekę nad chorymi na każdym z oddziałów stanowią: lekarze ordynujący, ich asystenci, lekarze miejscowi, dozorczyńie oddziału, felczer, służba salowa dzienna, nocna i korytarzowa w ilości, odpowiedniej do wielkości pawilonu, *resp.* ilości chorych.

Jak każde dzieło ludzkie, tak i szpital opisany, zarówno w budowie, jak i urządzeniach swych, posiada niewątpliwie pewne wadliwości. Krytykę odnosną, o którą zresztą zawsze i wszędzie tak nietrudno, pomijamy, gdyż w zadaniu naszym leżał opis obiektywny tej instytucji. Natomiast nie podobna nam, w tem miejscu, nie wyrazić gorącego uznania Komitetowi budowy i Zarządowi Gminy za ich energiczną, wytrwałą i owocną pracę, jak i tym wszystkim członkom gminy, których poparciu materyalnemu zawdzięczamy to piękne dzieło społeczne.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 86. P. Stolper. Związek między przymiotem a urazem.

W chirurgii niemałe znacznie praktyczne posiada pytanie, czy rana operacyjna u syfilityka goi się tak samo, jak u człowieka zdrowego, czy też inaczej. Dawnymi czasy kwestyę tę przeceniano i nadmiernie obawiano się operowania cierpiących na przymiot; dziś ustalili się poglądy, że tak źle nie jest: rana u syfilityka w większości przypadków goi się zupełnie prawidłowo; oczywiście prawdziwe to nie jest wolne od wyjątków, jak tego dowiódł BILLROTH, LANGENBECK i inni. Bardzo obrazowo wypowiedział zdanie swoje RICORD: „Nie sposób — mówi on — porównywać syfilityka z rurką, którą wystarczy nakłuć, by wnet wydo był się na zewnątrz jad i zaraził przymiotem miejsce zranione“. Od czego zależy ten i inny obrót rzeczy — do dziś dnia, mimo licznych dociekań, odpowiedzieć nie jesteśmy w stanie. Zdaje się jednak, że największe niebezpieczeństwo zagraża ranie w okresie jawnym [„manifest“].

Poza stroną czysto naukową omawiana sprawa ma wielkie znaczenie dla medycyny sądowej w sprawie kar i odszkodowań za skutki urazu. Prawo wspomina o gruźlicy, nowotworach złośliwych, zatruciu alkoholem i t. p., jako czynnikach, mogących pogorszyć skutki urazu; o syfilisie natomiast — prawie nie tam nie powiedziano. Aby należycie wyświecić niedoceniany wpływ syfilisu na przebieg zaburzeń urazowych, S. podaje długi szereg odnośnych spostrzeżeń — własnych, lub u innych autorów zaczerpniętych.

Rozpatruje on po kolei: 1) części zewnętrzne miękkie [przedewszystkiem skórę i mięśnie], 2) szkielet [kości i stawy, włączając w to torebki stawowe i pochwy ścięgna], 3) organy wewnętrzne. Mając do czynienia z wyraźnie określonym urazem, kładziemy zazwyczaj wszystkie dolegliwości chorego na karb tego urazu, nie zwracając prawie uwagi na stan ogólny organizmu oraz na uprzednio przebyte choroby; dopiero ściśle, wszechstronne badanie przy pomocy szczegółowych wywiadów może wskazać zależność stanu obecnego od innych czynników natury ogólniejszej, a między innymi od przymiotu.

Dzięki temu, udało się S. zebrać obfitą kazuistykę w obchodzącym nas przedmiocie i poprzeć ją niezbitymi dowodami.

Dział pierwszy obejmuje przypadki porażenia specyficznego skóry i mięśni na miejscu urazu; większość z nich daje obraz wytworów późnego przymiotu w obrębie świeżej rany; zbyt często napotyka się gumat skóry w stanie rozpadu na miejscu stłuczenia, zgniecenia [często zupełnie bez rany] u syfilityków, by można było uważać to za rzecz przypadku lub „zbiegu okoliczności“. W innych razach po dłuższym czasie blizna, już zupełnie ukształtowana, poczyna nabrzmiewać; przeistacza się w owrzodzenie, co przy nieznanym stanie ogólnym, musiałoby pozostać wielką zagadką. Szereg przypadków zarażenia świeżej rany [poza granicami sfery płciowej] kończy kazuistykę działu pierwszego.

Przechodząc do części drugiej, S. zaznacza, iż ze wszystkich narządów ciała ludzkiego najczęściej ulegają trzeciookresowym zmianom przymiotowym kości oraz stawy, na co dotychczasowe spostrzeżenia nie zwróciły jeszcze dostatecznej uwagi. Być może, zmiany swoiste kości, głęboko położonych, nie dają się zbyt łatwo rozpoznać; dlatego też zapewne przyjęto myśleć, iż najczęściej podlegają syfilisowi kości, położone więcej powierzchownie, [a więc dające się więcej zbadać]. Praktycznie ważne są te przypadki, gdzie na miejscu



urazu tworzy się gumat, powodujący złamanie kości bez żadnego niemal wpływu zewnętrznego. W innych razach widzimy złamania kości, zależne w zupełności od istniejącej już dawnej sprawy syfilitycznej. Rzecz ciekawa, że i t. zwane „zapalenie zeszytywniające kręgosłupa“ ma związek przyczynowy nie tylko z urazem [co wielu autorów zaznacza jednogłośnie], lecz i z syfilisem, jak to widać z jednego przypadku, opisanego przez S.

Na ogół biorąc, złamania kości zrastają się u syfilityków, nawet nie leczonych, zupełnie dobrze, lecz za to na nowowytworzonej kostninie dość często rozwija się sprawa syfilityczna. Leczenie rtęcią podczas zrastania się kości nie wywiera wpływu ujemnego, jak to wykazał SIEGMUND w 6-iu odnośnych razach. SCHUCHARDT twierdzi, że kościec każdego syfilityka ulega jakoby rozmiękczeniom i daje łatwiej złamania („*toxische Malacie*“); tak jednak, ogólnie biorąc, nie jest; badania histologiczne również nie szczególnego nie wykazują. Jeśli zatem mamy mówić o większej „kruchości“ w kościach syfilityków, należy pojmować ją jako wynik ogólnego charactwa, analogicznie do uwiadu starczego. Z punktu widzenia sądowo-lekarskiego mają doniosłe znaczenie złamania, zależnie od nagłego skurczu mięśniowego („*Muskelzugfracturen*“).

Z narządów wewnętrznych największe w omawianej przez nas sprawie znaczenie ma serce i wogóle cały układ krwionośny: mięsień serca, osłabiony sprawą zapalną pochodzenia syfilitycznego (*gumma*), nawet przy lekkim urazie z zewnątrz lub słabem wzmożeniu ciśnienia wewnątrz naczyń krwionośnych, pęka i sprowadza śmierć natychmiastową. To stosuje się do *endoarthritis luetica*.

W etyologii tętniaków urazowych, jako czynnik dodatkowy częstokroć wskazywane są różne poprzednio już istniejące sprawy chorobowe ścian tętniczych; nie ulega wątpliwości, że i tu syfilisowi należy się miejsce nieostatnie. Klasyczny pod tym względem jest przypadek PONFIK'a: syfityk został uderzony w klatkę piersiową; od tego wstrząsu pękła błona wewnętrzna osłabionej przez sprawę syfilityczną aorty, co w 6 tygodni potem dało śmiertelne przedziurawienie do przelyku. Zapalenia żył (*phlebitis*) u osobników młodych również po większej części zależne są od syfilisu, lubo sami chorzy zwykle wskazują na uraz. Cały układ nerwowy, zwłaszcza centralny, osłabiony przez przymiot, łatwiej podlega przeróżnym wpływom szkodliwym, a między nimi i urazowi.

Oczy luetyka po urazie mogą być zaatakowane przez zapalenie rogówki śródmiąższowe lub zapalenie naczyńiówki (*keratitis interstitialis et chorioiditis*). Organ słuchu również łatwiej u syfilityka ulega złym następstwom urazów, niż ucho człowieka zdrowego.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1902 r. T. 65, Z. 2—4). E. Lewenstern.

## Wiadomości bieżące.

— W Uniwersytecie Warszawskim na 1338 studentów zapisało się na wydział lekarski 401.

— Docent JAN RACZYŃSKI mianowany został profesorem nadzwyczajnym pedyatrii w Krakowie.

— Charkowskie Tow. Lekarskie wyznaczyło sumę 200 rb. za pracę: „Anatomia patologiczna wyrostka robaczkowego“. Termin nadsyłania prac: 1-go lutego 1903 r.

— Zmarli: we Lwowie prof. farmakologii dr WACŁAW SOBIEJAŃSKI; w Nicei znany kuracuszom i wysoko przez nich ceniony dr JAN TYMOWSKI; w Gracu prof. kliniki chirurgicznej NICOLANDONI; w Londynie znany laryngo-otolog LENOX BROWNE.



**Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Medycyna* № 48. M. BIRO. Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekome. (*Paralysis et pseudoparalysis m. serrati antici majoris*) [C. d.]. L. BREGMAN. Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii [C. d.]. — Nr. 49. M. BIRO. Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekome. (*Paralysis et pseudoparalysis m. serrati antici majoris*) [Dk.]. L. BREGMAN. Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii [C. d.]. — Nr. 50. H. ODERFELD i I. STEINHAUS. Przyczynek do kwestyi guzów przerzutowych o budowie gruczołu tarczowego. L. BREGMAN. Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii [C. d.]. — *Przegląd Lekarski* Nr. 38. R. BREJTER. Nowy wziernik do celów położniczych. Z. STEUERMARK. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“ [Dk.]. J. LACHS. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu [Dk.]. S. LEWICKI. Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w położu? [Dk.]. J. LACHS. Kilka słów o nowem rozszerzadle FROMMERA, W. FROMMER. Odpowiedź na „Kilka słów“ J. LACHSA w sprawie mojego rozszerzadła. — Nr. 49. F. MAJEWSKI. Przyczynek do leczenia zapalenia paciorkowcowego otrzewnej zapomocą surowic swoistych i środków obojętnych nieswoistych. S. DOBROWOLSKI. Pęknięcie macicy w ciąży. — Nr. 50. F. KRZYSZTAŁOWICZ. O włókniakach nerwowych wielokrotnych skóry (*neurofibroma cutis multiplex*). Przyczynek kliniczny i histologiczny. DZIEMBSKI. Wlewanie podskórne (*hypodermochlysis*) w terapii. S. DOBROWOLSKI. Pęknięcie macicy w ciąży [c. d.]. A. KOWERNICKI. Trzy rzadsze zabiegi operacyjne, wykonane w szpitalu powszechnym w Brzeżanach. — *Kronika Lekarska* Nr. 23. S. ORŁOWSKI. O hypnotyzmie leczniczym [C. d.]. W. GIEDGOWD. O odczynie dwuazotowym [diazoreakcji]. Rezultat badań, dokonanych na 533 chorych [Dk.]. M. BORNSTEIN. Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego [Dk.]. — *Nowiny Lekarskie* Zeszyt 12. A. RYDYGIER. O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka móżdżka sposobem WINKELMANNA. J. STASIŃSKI. Krytyczny pogląd na stan obecny nauki o zezie i osobiste zapatrywania na przyczyny jego [Dk.]. — *Krytyka Lekarska* Nr. 12. FR. GIEDROYĆ. Polacy w służbie lekarskiej Carów Moskiewskich w wieku XVII. [Dk.]

## Od Wydawcy.

— 2-3 —

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1903 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1903 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeryjna na cały rok wynosi rb. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeryaty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do numeru bieżącego dołączamy dwa prospekty: „Nowiny Lekarskie“ i „Przegląd Filozoficzny“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.