

Curriculum

PAMIĘTNIK
V ZJAZDU LEKARZY
W KRYNICY

1934

POZNAŃ 1935

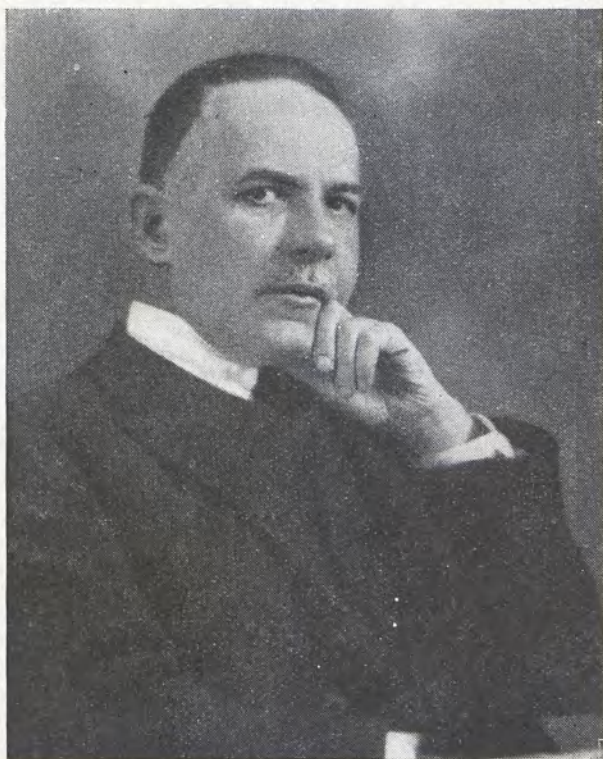
Nakładem Stowarzyszenia Lekarzy i Komisji Zdrojowej
w Krynicy

1264
35

47916

Exempl. Obow. ^{II} Drukarni
Mitregi w Cieszynie 25. IV 35





CZEŚĆ!

ś. p. Drowi Stanisławowi Lewickiemu, sekretarzowi generalnemu V Zjazdu Lekarzy w Krynicy, zmarłemu na posterunku w czasie pracy nad niniejszym pamiątnikiem.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy przystępując do zorganizowania V Zjazdu Lekarzy w Krynicy obrało dwa bardzo żywotne tematy, a mianowicie: leczenie zespołów sercowo-naczyniowo-nerkowych, oraz przewlekłych zmian zapalnych przydatków macicy. Na nasz apel pospieszyły wszystkie ośrodki wiedzy lekarskiej całej Polski z pierwszorzędnymi wysokowartościowymi pracami, które nie tylko dały całokształt lecznictwa wymienionych spraw chorobowych, ale równocześnie żywo przysłużyły się Krynicy i jej źródłom, dając wiele wytycznych w stosowaniu tutejszych wód mineralnych, kąpiele, jak i tych wszystkich urządzeń, któremi Krynica — ta naprawdę Królowa Zdrojowisk Polskich — w tak szerokiej mierze dysponuje, a które uczestnikom Zjazdu, przybrana w swą prześliczną zimową szatę, w całej rozciągłości starała się okazać.

Oddając niniejszy pamiętnik z wszystkimi na Zjeździe wygłoszonymi referatami w ręce Szanownych Kolegów, najuprzejmiej zapraszam Ich na następny Zjazd Lekarzy w Krynicy, już 6-ty z rzędu, który odbędzie się w myśl uchwały obecnego Zjazdu w zimie 1936 r. Oby odbył się on w dobie ukończenia kryzysu i w lepszych warunkach dla stanu lekarskiego Odrodzonej Polski!

Krynica, 1 listopada 1934.

Dr. Mieczysław Dukiet,
zastępca generalnego sekretarza V Zjazdu lekarzy w Krynicy.

Drowi Stefanowi Hubickiemu, ministrowi Pracy i Opieki Społecznej.

Prezesów czynnych:

Doc. dr. Janowi Bajońskiemu.
Dr. Maksymiljanowi Blasbergowi.
Prof. dr. Aleksandrowi Karnickiemu.
Doc. dr. Tadeuszowi Kellerowi.
Prof. dr. Bronisławowi Kowalskiemu.
Dr. Stanisławowi Liebhartowi.
Prof. dr. Januaremu Zubrzyckiemu.
Doc. dr. Tadeuszowi Żuralskiemu.

Sekretarzy:

Dr. Henrykowi Brandowi.
Dr. Mieczysławowi Dukietowi.
Dr. Anatolowi Gutfreundowi.
Dr. Danielowi Hirszbajnowi.
Dr. Witoldowi Krzemińskiemu.
Dr. Wacławowi Graba-Łęckiemu.
Dr. Ludwikowi Rozenbergowi.
Dr. Kazimierzowi Wilczewskiemu.

W przemówieniach oficjalnych pierwszy zabrał głos przedstawiciel Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, naczelnik dr. Witold Przywieczerski:

Witam V Zjazd Lekarski w Krynicy imieniem Państwowej Służby Zdrowia, którą mam zaszczyt reprezentować. Doświadczenia lat ubiegłych wykazały doniosłe znaczenie takich zjazdów, na których grono uczestników dzieli się wzajemnie nowymi doświadczeniami nabytymi w swej praktyce leczniczej i przedstawia szereg zagadnień leczniczych w nowym oświeceniu. Wśród licznych referatów, które tu będą wygłoszone, są referaty z zakresu leczenia klimatyczno-balneologicznego i specjalne referaty dotyczące działania wód Krynickich na organizm ludzki, a w szczególności wód ze źródeł Jana i Józefa. Doceniając należycie ogromne znaczenie organizowania Zjazdów Lekarskich dla wiedzy i nauki lekarskiej polskiej — poczuwam się do miłego obowiązku podkreślić z całym uznaniem trudy i zasługi organizatorów Zjazdu i wyrazić im szczerze podziękowanie. Ze swej strony chcę zaznaczyć, że staraniem Mini-

sterstwa Opieki Społecznej jest wyniki prac naukowych Zjazdu w najszerszym zakresie wykorzystać i jak najszerszym warstwom społecznym je uprzystępnąć. Stałem również dążeniem Departamentu Służby Zdrowia jest, by zdrojowiska polskie, tak pod względem leczniczym jak i gospodarczym, zajęły należne im stanowiska i nieustępowały w niczem zdrojowiskom zagranicznym. Pod tym względem, jak Panom wiadomo, wiele już zrobiono, — zdajemy sobie również sprawę z tego, że są jeszcze pewne braki do usunięcia, jak i wiele prac do skutecznienia. Jeżeli Panowie Lekarze nie odmówią nam swej współpracy w tem dążeniu, to nie wątpię, że braki te zostaną skutecznie usunięte. W tej myśli, że bliższe poznanie potrzeb zdrojowisk zbliży Panów do naszych dążeń i starań — życzę Panom owocnych i pomyślnych obrad.

Naczelnik dr. Bolesław Salak przemawia w imieniu p. wojewody krakowskiego:

Panie Ministrze! Szanowni Panowie! W imieniu Pana Wojewody, którego służbowo zajętego, mam honor reprezentować, — witam serdecznie V Zjazd Lekarski. Nie dalej jak przed kilku tygodniami odbywał się zjazd inżynierów i lekarzy zdrojowiskowych, który zastanawiał się nad sposobami podniesienia zdrojowisk na wymagane wyżyny. Statystyczne dane co do frekwencji wykazały, że ogromne rzesze kuracjuszy, letników i turystów przebywają w zdrojowiskach, uzdrowiskach i letniskach i że należyte postawienie tych ostatnich pod względem sanitarnym i technicznym jest zagadnieniem wielkiej wagi dla Państwa, tak pod względem zdrowotnym jak i gospodarczym. Dzisiejszy Zjazd ma ściśle lekarskie znaczenie, jednak przyczyni się również do oświecenia wielu zagadnień z rozwojem zdrojowisk złączonych. Dlatego życzę Zjazdowi, by dał w toku dyskusyj i obrad jak najlepsze owoce i jak najkorzystniej wpłynął na rozwój zdrojowisk przez danie nowych myśli i wskazówek.

Inż. Leon Nowotarski, dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego i przewodniczący Komisji Zdrojowej w Krynicy wita Zjazd następującem przemówieniem:

Czcigodny Panie Ministrze! Szanowni Panowie! Po raz 5-ty imieniem Państwowego Zakładu Zdrojowego i Komisji Zdrojowej mam zaszczyt powitać Szanownych Panów Przedstawicieli wiedzy lekarskiej, przybyłych tu ze wszystkich stron Polski. Witam Panów jak najserdeczniej, gdyż z odbytych tu Zjazdów wiem jak wielkie

korzyści przynoszą one w pierwszym rzędzie wiedzy i nauce lekarskiej, a ponadto jak dodatnio wpływają na znaczne ożywienie sezonów.

Panowie jako ludzie wiedzy i nauki mieli sposobność przekonania się o wielkiej wartości naukowej Zjazdów Lekarskich, urządzanych w Krynicy i możność ocenienia wyników ich prac, to też pozwolę sobie złożyć Panom gorące życzenia, by rozprawy naukowe, przygotowane na obecny Zjazd i poważne dyskusje wydały rezultaty według zamierzeń uczestników, a trudy ich by zostały należycie ocenione przez całe społeczeństwo polskie.

Dr. Xawery Górski wita przybyłych jako burmistrz m. Krynicy, a następnie przemawiają:

Dr. Zofja Woynówna — imieniem Zarządu Głównego Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Dr. Marjan Stawiński — jako przedstawiciel Ubezpieczalni Społ.

Dr. Romuald Edward Matuszewski — imieniem redakcji „Nowin Lekarskich“, i wkońcu

Dr. Daniel Hirszbajn — imieniem Wszechświatowego Związku Lekarzy Esperantystów.

Po odczytaniu przez dra Wacława Graba-Łęckiego całego szeregu telegramów gratulacyjnych, jako też listów, pomiędzy innemi od prelegentów, którzy z powodu choroby lub z innych przyczyn nie stawili się na Zjeździe — przystąpiono do części naukowej posiedzenia.

Przewodniczy: Prof. dr. January Zubrzycki i doc. dr. Jan Bajoński, pióro prowadzą: Dr. Wacław Graba-Łęcki i dr. Ludwik Rozenberg.

Z powodu nieobecności wielu prelegentów, którym niestety choroba przeszkodziła w uświetnieniu Zjazdu swemi wykładami, zmieniono kolejność odczytów w ten sposób, że pierwszy odczyt wygłosił:

Doc. dr. Jan Bajoński na temat: „Stosunek wyrostka robaczkowego do narządów rodnych kobiety.“

Prof. dr. January Zubrzycki wygłasza odczyt p. t. „Tak zwana endometriosiś przydatków macicy.“

Pracę prof. dr. Adama Czyżewicza p. t. „Wstęp do nauki o leczeniu spraw zapalnych narządu rodowego kobiety“ odczytał w zastępstwie prelegenta dr. Wacław Graba-Łęcki.

Na tem ukończono posiedzenie I., a uczestnicy udali się na miejscowy tor saneczkowy, uznany za najlepszy tego rodzaju w Europie, celem przyjrzenia się międzynarodowym zawodom saneczkarskim — specjalnie w okresie Zjazdu zorganizowanym.

Posiedzenie II.

Dnia 6 stycznia o godz. 16-tej w sali Teatru Komisji Zdrojowej.

Przewodniczą: Prof. dr. Bronisław Kowalski i prof. dr. Aleksander Karnicki — urząd sekretarzy pełnią: Dr. Henryk Brand i dr. Mieczysław Dukiet.

Referaty wygłaszają:

Prof. dr. January Zubrzycki: „Zasady leczenia spraw zapalnych przydatków macicy.“

Prof. dr. Bronisław Kowalski: „Kilka uwag o znaczeniu leczenia zdrojowiskowego w ginekologii, a w szczególności w leczeniu zapalnych spraw przydatków macicy.“

Prof. dr. Aleksander Karnicki: „Kilka uwag w sprawie leczenia przewlekłych zapaleń przydatków macicy.“

Doc. dr. Tadeusz Żuralski: „Leczenie spraw zapalnych przydatków macicznych a Kasy Chorych.“

W ożywionej dyskusji zabierali głos:

Dr. Mieczysław Dukiet, prof. dr. January Zubrzycki, dr. Stanisław Martyński, dr. Adolf Elson, prof. dr. Aleksander Karnicki, dr. Wacław Graba-Łęcki, dr. Maksymilian Blasberg i doc. dr. Tadeusz Żuralski.

Na tem zakończono II. posiedzenie.

Tegoż dnia o godz. 20.30 uczestnicy Zjazdu wzięli udział w bankiecie, wydanym w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego przez Zarząd Państwowego Zakładu Zdrojowego i Komisję Zdrojową, a następnie udali się na dancng do otwartego niedawno hotelu-palace „Patria“, stanowiącego własność mistrza Jana Kiepur.

W drugim dniu Zjazdu w godzinach 8—10 uczestnicy Zjazdu zwiedzili zdrojowisko i urządzenia zakładowe pod kierunkiem lekarza zakładowego dra Wacława Graba-Łęckiego, poczem odbyła się przed Teatrem wspólna fotografia.

Posiedzenie III.

Dnia 7 stycznia o godzinie 10.30 w sali Teatru Komisji Zdrojowej.

Przewodniczą: Doc. dr. Tadeusz Keller i dr. Maksymiljan Blasberg.

Pióro prowadzą: Dr. Anatol Gutfreund i dr. Witold Krzemiński.

Kolejność wygłoszonych referatów:

Dr. Jerzy Muszkatenblitt: „Nadciśnienie tętnicze a leczenie klimatyczno-balneologiczne.“

Dr. Ludwik Rozenberg: „Wpływ czynników nerwowych na ciśnienie krwi.“

Dr. Stefan Czubalski: „O wartości klinicznej wody ze źródła Jana w Krynicy w schorzeniach dróg moczowych“ i

Dr. Franciszek Kmiotowicz jun.: „Wody mineralne a diureza.“

W dyskusji przemawiali: Dr. Chaim Weiss, któremu replikował dr. Jerzy Muszkatenblitt, oraz dr. Wacław Graba-Łęcki.

Na tem posiedzenie zakończono, poczem uczestnicy Zjazdu wzięli udział w śniadaniu wydanem w sali balowej Domu Zdrojowego przez Zwierzchność Gminy m. Krynicy i Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy.

Posiedzenie IV.

Dnia 7 stycznia o godz. 16-tej w sali Czytelni Domu Zdrojowego.

Przewodniczą: Doc. dr. Tadeusz Żuralski i dr. Stanisław Liebhart, funkcje sekretarzy pełnią: Dr. Kazimierz Wilczewski i dr. Daniel Hirszbajn.

Referaty wygłaszają:

Dr. Bronisław Stępowski: „W sprawie warunków ułatwiających zapłodnienie.“

Dr. Stanisław Liebhart: „Leczenie niepłodności w świetle najnowszych badań.“

Dr. Marja Mikołajewska-Chojnacka: „Znaczenie rozpoznawcze badań cytologicznych krwi i opadanie krwinek w sprawach zapalnych przydatków macicy.“

Dr. Kazimierz Jabłoński: „Opadanie krwinek w sprawach zapalnych narządu rodowego.“

Dr. Leopold Gerhardt: „Leczenie spraw zapalnych elektroforezą.“

Dr. Henryk Brand: „Leczenie zdrojowiskowe przewlekłych zmian zapalnych przydatków macicy“ i wkońcu

Dr. Wojciech Starzewski: „Upławy jako objaw chorobowy.“

W dyskusji zabierali głos:

Dr. Maksymiljan Blasberg, dr. Adolf Elson, dr. Wiktor Kreisberg, dr. Jakób Garfinkiel, dr. Henryk Tomkiewicz i dr. Izrael Sroka, który w końcu swego przemówienia dziękował Stowarzyszeniu Lekarzy w Krynicy za zorganizowanie Zjazdu i prelegentom za wygłoszenie tak wielu cennych referatów.

Nakoniec dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz, prezes Stowarzyszenia Lekarzy krynickich, żegna w serdecznych słowach uczestników Zjazdu, dziękując za nadspodziewanie liczne przybycie i za owocne przyczynienie się do tak pomyślnego wyniku obrad i zamyka V Zjazd oznajmieniem, że następne Zjazdy uchwalono urządzić stale co dwa lata w sezonie zimowym.

O godzinie 22-giej odbył się wspaniały raut w salonach reprezentacyjnych Domu Zdrojowego.

W dniu 8 stycznia o godz. 13-tej goście zjazdowi zwiedzili pod kierunkiem dra Władysława Deringa nowocześnie urządzone sanatorium Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w „Lwim-grodzie“, pozostające pod kierownictwem dyr. dra Gustawa Zarremby, poczem podejmowani byli przez Zarząd sanatorium śniadaniem.

WYSTAWA ŚRODKÓW LECZNICZYCH.

W ramach V Zjazdu Lekarzy w Krynicy zorganizowana została w gmachu Domu Zdrojowego, na korytarzach I. piętra, wystawa środków leczniczych, w której wzięły udział następujące firmy:

1. Asmidar, Warszawa.
2. Barcikowski R., Poznań.
3. Chemergon, Poznań.
4. Cina, Pabjanice.
5. Drusita, Lubelski.
6. Pharmedia, Warszawa.
7. Geo, Warszawa.
8. Karpiński Fr., Warszawa.
9. Mr. Klawe, Warszawa.
10. Dr. Madaus, Warszawa.
11. Merck E., Darmstadt.
12. Motor, Warszawa.
13. Nasierowski L., Warszawa.
14. Remedia, Warszawa.
15. Dr. Roussel, Paryż.
16. Spiess L. i Syn, Warszawa.
17. Sancha, Bazylea.

Już same stoiska, nadzwyczaj pomysłowo urządzone i z niezwykłym smakiem przystrojone, świadczyły o tem, że wszystkie firmy przywiązywały wielką wagę do wystawienia swych preparatów w czasie zjazdu lekarzy z całej Polski. Ta okoliczność, jak również nader bogate zestawienie najnowszych środków leczniczych, oraz podręczników i broszur sprawiły, iż wystawa wypadła bardzo okazale i odniosła pełny i zasłużony sukces propagandowy.

LISTA UCZESTNIKÓW

V Zjazdu Lekarzy w Krynicy Zdroju w dniach 6 i 7 stycznia 1934 r.

I. Uczestnicy zamiejscowi:

1. Dr. Abramowicz Arnold, Kozienice.
2. Dyr. Arcichowski Rudolf, Warszawa.
3. Dr. Aronson Julian, Kraków.
4. Doc. dr. Bajoński Jan, Poznań.
5. Bajońska Józefa, Poznań.
6. Balak Stanisław, inspektor Urzędu Skarb., Nowy Sącz.
7. Dr. Bałanowski Nusyn, Chmielnik kielecki.
8. Dr. Bermański Jan, Bydgoszcz.
9. Bermańska Helena, Bydgoszcz.
10. Dr. Biliński Stefan, Tarnopol.
11. Dr. Blasberg Maksymiljan, Kraków.
12. Dr. Bobak Antoni, Kraków.
13. Dr. Bober Henryk.
14. Bober Olga.
15. Dr. Bogolepow Borys, miasteczko Werba, pow. Dubno.
16. Dr. Boniarczyk Karol.
17. Dr. Brand Henryk, Kraków.
18. Dr. Brewda, Alina, Warszawa.
19. Dr. Budzyński Eugenjusz, Busko Zdrój.
20. Budzyńska Irena, Busko Zdrój.
21. Dr. Chain Józef, Warszawa.
22. Dr. Chelkowski Bernard, Bydgoszcz.
23. Dr. Chojnacka-Mikołajewska Marja, Poznań.
24. Dr. Cyran Emil, dyr. zakł. dla umysł. chorych, Lubliniec.
25. Cyran Janina, Lubliniec.
26. Dr. Czubalski Stefan, Warszawa.
27. Dr. Drabczyk Teodor.

28. Dr. Dormusowa Helena, Warszawa.
29. Dr. Dziurzyński Józef, Poznań.
30. Dr. Eljasiewicz Marcei, Kraków.
31. Dr. Elson Adolf, Warszawa.
32. Elson Dwejra, Warszawa.
33. Dr. Fafius Tadeusz, Warszawa.
34. Dr. Fedorowski Grzegorz, Kraków.
35. Dr. Feldman Józef, Chełm Lubelski.
36. Feldman Dora, Chełm Lubelski.
37. Dr. Finkelstein Maurycy, Kutno.
38. Dr. Foltyński Mieczysław, Nowy Sącz.
39. Dr. Fryde Stanisław, Warszawa.
40. Dr. Gajdziński Stefan.
41. Dr. Garfinkiel Jakób, Warszawa.
42. Dr. Gawenda Adam.
43. Dr. Gerhardt Leopold, Lwów.
44. Dr. Goławski Władysław, Toruń.
45. Goławska Anna, Toruń.
46. Dr. Gotz Mieczysław, Lubliniec.
47. Gotz Jadwiga, Lubliniec.
48. Dr. Harembski W., Odolanów.
49. Dr. Hubicki Stefan, minister Pracy i Opieki Społ., Warszawa.
50. Hubicka Anna, senatorka, Warszawa.
51. Dr. Jabłoński Kazimierz, Lwów.
52. Dr. Janowicz Józef, Poznań.
53. Dr. Jarecki Józef, Końskie.
54. Jarecka Leonja, Końskie.
55. Dr. Jaugustyn Stanisław, Żegiestów.
56. Dr. Kaliszek Józef, Radziejów kujawski.
57. Prof. dr. Karnicki Aleksander, Wilno.
58. Karnicka Marja, Wilno.
59. Dr. Kasperowicz Marja, Warszawa.
60. Katzówna Maryla, Kozienice.
61. Doc. dr. Keller Tadeusz, Kraków.
62. Dr. Kennerowa Klara, Przemyślany.
63. Dr. Klamkin Maksymiljan, Warszawa.
64. Klisiewicz Walenty, Rzeszów.
65. Klisiewicz Marja, Rzeszów.
66. Dr. Knossow Karol, Lwów.
67. Knossow Klara, Lwów.

68. Dr. Kociubiński Karol, Kołomyja.
69. Prof. dr. Kowalski Bronisław, Poznań.
70. Kowalska N., Poznań.
71. Mr. Kozarski Kazimierz, Warszawa.
72. Dr. Kreisberg Wiktor, Drohobycz.
73. Dr. Kreisberg Sida, Drohobycz.
74. Dr. Krzemiński Witold, Warszawa.
75. Kurowska Aleksandra, Warszawa.
76. Dr. Lanes Salo, Jasło.
77. Dr. Leśniewski Józef, Warszawa.
78. Leśniewska Marja, Warszawa.
79. Dr. Liebhart Stanisław, Lwów.
80. Dr. Lipnicki Ignacy, Sosnowiec.
81. Lubelczyk Franciszka.
82. Dr. Lubelski Józef, aptekarz, Warszawa.
83. Dr. Lubicz Herman, Łódź.
84. Lubicz Sonia, Łódź.
85. Dr. Lustig Julian, Kraków.
86. Dr. Łach Maciej, starosta powiatowy, Nowy Sącz.
87. Dr. Machowicz Józef, Sochaczew.
88. Dr. Małowist Szymon, Łódź.
89. Małowistowa Marja, Łódź.
90. Dr. Martyński Stanisław, Warszawa.
91. Martyńska Janina, Warszawa.
92. Dr. Matuszewski Edward Romuald, redaktor Nowin Lekarskich, Poznań.
93. Dr. Michniewicz Tadeusz, Grudziądz.
94. Dr. Mierzwiński Józef, Bydgoszcz.
95. Mierzwińska Halina, Bydgoszcz.
96. Minkiewiczowa Halina, dyr. Związku Uzdrowisk Polskich, Warszawa.
97. Dr. Miński Leon, Radom.
98. Dr. Mioduszewski Czesław, Warszawa.
99. Dr. Mischel Salomon, Drohobycz.
100. Dr. Misiński Jan, Stryj.
101. Misińska Stefanja, Stryj.
102. Dr. Moroz Wiktor, Telechany na Polesiu.
103. Dr. Muszkatlenblit Jerzy, Warszawa.
104. Dr. Muszkatlenblit Zofja, Warszawa.
105. Dr. Naróg Franciszek, Lwów.

106. Nehrebecki Oktawjan, Bydgoszcz.
107. Dr. Netcer Stanisław, Otwock.
108. Dr. Niedźwiecki Michał, Jarocin.
109. Niedźwiecka Łarysa, Jarocin.
110. Dr. Nowak Ignacy, Królewska Huta.
111. Dr. Obremski Cezary, Buk, pow. Grodzisk.
112. Dr. Ornatkiewicz Mieczysław, Grudziądz.
113. Dr. Osnos Jakób, Mszczonów.
114. Dr. Ossoliński Artur, Kołomyja.
115. Ossolińska Wanda, Kołomyja.
116. Dr. Ossowski Aleksander, Olkusz.
117. Dr. Petruszewicz Marja, Wilno.
118. Dr. Pęziński Wacław, Włochy k. Warszawy.
119. Dr. Piwoński Kazimierz, Puszcza Marjańska, pow. Skierniewice.
120. Piwońska Jadwiga, Puszcza Marjańska, pow. Skierniewice.
121. Dr. Praetzel Gustaw, Kraków.
122. Dr. Proszowski Wiktor, Truskawiec.
123. Proszowska Ida, Truskawiec.
124. Dr. Pruski Zygmunt, major lekarz, Warszawa.
125. Dr. Pryjma Eustachy, Lwów.
126. Dr. Przywieczerski Witold, nacz. wydz. Służby Zdrowia Min. Opieki Społ., Warszawa.
127. Dr. Rauch Władysław, Wejherowo.
128. Dr. Reich Ryszard, Kraków.
129. Dr. Reznik Jakób, Wołomin p. Warszawą.
130. Dr. Rogalski Aleksander, Mińsk Mazowiecki.
131. Dr. Rudörfer Jakób, Drohobycz.
132. Dr. Rybus Mieczysław, Konstantynów k. Łodzi.
133. Rybus Janina, Konstantynów k. Łodzi.
134. Dr. Salak Bolesław, nacz. wydz. Służby Zdrowia Urzędu Wojew. Krak., Kraków.
135. Dr. Sawicka Henryka, Lwów.
136. Dr. Schwanke Karol, dyr. szpitala sejmikowego, Ciechanów.
137. Dr. Seid Dawid, Kalisz.
138. Senger Marja, Truskawiec.
139. Dr. Sikorski Henryk, Inowrocław.
140. Sikorska Zofja, Inowrocław.
141. Dr. Sikorska Aurelja.
142. Dr. Skolimowska Marja, Warszawa.

143. Dr. Skowroński Edward, Międzychód n. Wartą.
144. Skowrońska Marta, Międzychód n. Wartą.
145. Dr. Słowik Jerzy, Warszawa.
146. Dr. Sroka Izrael, Kraków.
147. Dr. Srokowa Miła, Kraków.
148. Dr. Starzewski Wojciech, Kraków.
149. Dr. Staszkowski-Niewola Jan, Kraków.
150. Dr. Stawiński Marjan, przedst. Ubezpiecz. Społ., Warszawa.
151. Dr. Stępowski Bronisław, Kraków.
152. Dr. Tochtermann Alfred, Łódź.
153. Dr. Tomkiewicz Henryk, Kościan.
154. Dr. Wałęcki Mieczysław, Warszawa.
155. Wałęcka Janina, Warszawa.
156. Dr. Wasilewski Jerzy, Kowel.
157. Dr. Weiss Chaim, Tarnów.
158. Dr. Wiecki Czesław, Bydgoszcz.
159. Wiecka Marja, Bydgoszcz.
160. Dr. Winer Seweryn, Warszawa.
161. Mr. Wiśniewski Zygmunt, Warszawa.
162. Dr. Witkowski Władysław.
163. Dr. Włodarczyk Władysław, Bydgoszcz.
164. Włodarczyk Mieczysława, Bydgoszcz.
165. Dr. Wojtkiewicz Mikołaj, Bydgoszcz.
166. Wojtkiewicz Stanisław, Bydgoszcz.
167. Dr. Woynówna Zofja, deleg. Związku Lekarzy P. P., Warszawa.
168. Dr. Zahorski Karol, Sosnowiec.
169. Zahorska Alina, Sosnowiec.
170. Dr. Zahorski Witold, Warszawa.
171. Zaranek Stanisław, lekarz powiatowy, Nowy Sącz.
172. Prof. dr. Zubrzycki January, Kraków.
173. Zubrzycka Ewa, Kraków.
174. Doc. dr. Żuralski Tadeusz, Poznań.

II. Uczestnicy miejscowi:

1. Dr. Bardach Bronisław.
2. Dr. Better Ignacy.
3. Betterowa N.
4. Dr. Cichański Aleksander.

5. Dr. Daszkiewicz-Korybut Ludwik.
6. Dr. Dering Władysław.
7. Dr. Dukiet Mieczysław.
8. Dukietowa Anna.
9. Dr. Edelman Bernard.
10. Dr. Eljasiewicz Władysław.
11. Eljasiewiczowa N.
12. Dr. Freundlich Henryk.
13. Dr. Glazór Konstanty.
14. Dr. Goldbergowa-Finsterbusch Otylja.
15. Dr. Gorski Xawery, burmistrz Krynicy.
16. Dr. Graba-Łęcki Wacław, lekarz zakładowy.
17. Dr. Graba-Łęcka Jadwiga.
18. Dr. Gutfreund Anatol.
19. Dr. Kalinowski Romuald.
20. Kalinowska Marja.
21. Dr. Kmietowicz Franciszek sen.
22. Dr. Kmietowicz Franciszek jun.
23. Dr. Kmietowicz Kazimierz.
24. Lewicki Stanisław.
25. Dr. Neubauerowa Helena.
26. Nitribitt Roman, członek Komisji Zdrojowej.
27. Inż. Nowotarski Leon, dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego.
28. Dr. Papée Adam.
29. Dr. Rachwałowa-Fraenkel Anna.
30. Dr. Rozenberg Ludwik.
31. Dr. Rozenberg Anna.
32. Dr. Sawczak Michał.
33. Dr. Schmeidler Leon.
34. Dr. Schwarz Izak, adwokat, członek Zarządu gminy Krynicy
35. Dr. Skórczewski Witold.
36. Dr. Sobel Filip.
37. Dr. Szajerowicz Leon.
38. Szerauc Karol, wiceburmistrz Krynicy.
39. Dr. Wilczewski Kazimierz.
40. Dr. Zaremba Gustaw, dyr. sanatorium Z. U. P. P. 'u w Lwim-grodzie.
41. Dr. Zarzycki Emanuel.

FRANCISZEK KMIETOWICZ JUNIOR.

WODY MINERALNE A DIUREZA.

I.

Chciałbym przedstawić niektóre schematy poglądów na wydzielanie nerek.

Materiałem, z którego powstaje mocz, jest osocze krwi. C u s h n y oblicza, że na wytworzenie 1 litra moczu potrzeba, aby z 90 l osocza przeszło przez filtr kłębuszkowy 83 l i ażeby zpowrotem z tego przesączu zostało zresorbowane 82 l w formie podobnej do płynu Lockego. Szczegóły wyjaśnia tablica I.

Tablica I.

Zawiera	90 l osocza		83 l przesą- czu absolut.	82 l płyny zresor- bowanego zpowr.		1 l moczu	
	‰	absolut.	absolut.	‰	absolut.	‰	absolut.
wody	92	83 l	83 l	—	82 l	95	250 cm ³
kolloidów	7·5	6750 g	—	—	—	—	—
glukozy	0·1	90 g	90 g	0·11	90 g	—	—
sodu (Na)	0·3	270 g	2·70 g	0·32	266·5 g	0·35	3·5 g
chloru (Cl)	0·37	333 g	333 g	0·4	327 g	0·6	6·0 g
mocznika	0·03	27 g	27 g	0·008	7 g	2·0	20·0 g
kwasu moczowego	0·004	3·6 g	3·6 g	0·003	3·1 g	0·05	0·5 g
potasu (K)	0·02	18·0 g	18·0 g	0·02	16·5 g	0·15	1·5 g
fosforanów	0·009	8·1 g	8·1 g	0·008	6·6 g	0·15	1·5 g
siarczanów	0·002	1·8 g	1·8 g	—	—	0·18	1·8 g

Z cyfr powyższych wynika, że mocznika jest 70 razy, kwasu moczowego 10 razy, a chlorku sodowego 2 razy więcej w moczu aniżeli w osoczu krwi.

Jednostką funkcyjną nerki, która ma przeprowadzić to zadanie, jest nefron. Składa się on z kłębuszka Malpighiego i kanalika ner-

kowego. Kanalik nerkowy zaś składa się z cewki I-go rzędu, pętli wstępującej i zstępującej Henlego i cewki II-go rzędu.

Znają już Panowie współczesną teorię wydzielania moczu, t. zw. „modern theory“ Cushmany'ego, będącą modyfikacją dawnej teorii Ludwiga.

Teoria Ludwiga z r. 1844 była czysto fizykalną teorią filtracyjną, wykluczającą aktywną działalność samej komórki nerkowej. Teoria ta polegała na zapatrywaniu, że strumień krwi z wąskiej tętniczki doprowadzającej — *vas afferens* przechodził do obszernego systemu naczyń włosowatych kłębuszka i następnie ten strumień krwi zbierał się w jeszcze węższej tętnicy odprowadzającej — *vas efferens*. Na mocy praw hydraulicznych powstawało dość znaczne ciśnienie na ściany naczyń, i to ciśnienie było powodem przesączania się moczu. Ta filtracja kłębuszkowa miała więc być zależna od ciśnienia krwi.

Drugą starą teorią była ogłoszona w r. 1883 przez Heidenhaina teoria sekretoryczna nerek, powracająca do dawniejszych zapatrywań Bowmana z r. 1842 na aktywną działalność samych komórek gruczołowych.

Obie jednak teorie i filtracyjna Ludwiga i sekretoryczna Bowmana i Heidenhaina, przyjęły podzieloną czynność systemu kłębuszkowego i systemu kanalikowego nerek.

I już sam Ludwig w swej tezie filtracyjnej dla kłębuszków przyjął aktywną czynność komórek dla filtracji zwrotnej z kanalików do naczyń krwionośnych zpowrotem, nie mając żadnych dowodów na poparcie swego zapatrywania.

Do dzisiaj jednak nie znamy wielkości sił, które przeciwdziałają ultrafiltracji w kłębuszku.

Są one niewątpliwie w zależności od każdorazowego stężenia kolloidalnego w osoczu. Ile zaś wody jest związanej w osoczu krwi przez białko, a ile wody jest wolnej i stoi do dyspozycji w czasie filtracji nerkowej, nie jest dotąd zbadane. Nie wiemy też, ile i jakie części chlorku sodowego i innych elektrolitów są zawarte w wodzie spęczniającej kolloidy. Nie znamy też i nie umiemy jeszcze obliczać różnicy ciśnień między naczyniami włosowatymi kłębuszka a światłem torebki Bowmana.

W przeciwieństwie do tych teorii mechanicznych ogłosił w r. 1926 Pütter teorię sekretoryczną, t. zw. Dreidrüsentheorie, czyli teorię gruczołu wodnego, solnego i azotowego. I w ten sposób

stał się znowu Pütter szermierzem starej teorii Bowman-Heidenhaina.

Za gruczoł wodny uważa Pütter torebkę Bowmana, za gruczoł azotowy *tubuli contorti* I-go i II-go rzędu, a za gruczoł solny część wstępującą pętli Henlego. Gruczoł wodny ma przesączać silnie hipotoniczny roztwór wodny pod ciśnieniem 40—50 mm Hg. Gruczoł azotowy wydziela mocznik, kwas moczowy, kwasy aminowe, siarczany, fosforany i t. d., gruczoł solny zaś chlorek i węglan sodowy oraz chlorek i siarczan potasu. Teoria Püettera przyjmuje jednak zbyt nieekonomiczną pracę nerki; za wiele energii idzie na produkcję hipotonicznego przesącza wodnego z jednej strony, a silnie hipertonicznych roztworów soli z drugiej strony. Tak nieekonomicznie nie pracuje żaden ustrój.

Najbardziej jednak umotywowanym poglądem na pracę nerek była teoria Cushny'ego z r. 1917 filtracyjna i resorbcyjno-zwrotna, dla której Cushny starał się dostarczyć nowych przekonywujących dowodów naukowo-eksperymentalnych.

Cushny twierdzi, jakoby w kłębuszkach nerkowych przesączał się z osocza krwi płyn, jakibyśmy mogli uzyskać sącząc osocze przez błonę nieprzepuszczalną dla białek.

Mocz kłębuszkowy powstaje pod wpływem energii, jaką daje różnica ciśnień między naczyniami włosowatymi, kłębuszka a światłem torebki Bowmana.

W kanalikach zaś przychodzi do zagęszczenia, t. zn. przychodzi do wchłonięcia wody zpowrotem z pewną ilością pewnych ciał stałych już przesączonych. I tak zpowrotem wchłaniają się cukier gronowy, aminokwasy, chlor, sód i potas.

Szereg autorów w ostatnich latach otrzymał dowody na poparcie słuszności teorii Cushny'ego.

Przekonano się eksperymentalnie, że przez 100 gramów nerki na 1 minutę przepływa u zwierząt 150—700 cm³ krwi.

Jeśli przyjmiemy, że obie nerki człowieka ważą 300 g, to na 24 godziny, czyli na dobę przepływa przez nie około 1100 (tysiąc sto) litrów krwi. A więc, aby otrzymać przesącz ten, o którym mówiliśmy, z osocza krwi, trzeba wydzielić około 100 litrów osoczu kłębuszkowego.

Nowe badania histologiczne wykazały, że wisceralna blaszka torebki wchodzi podobnie jak rękawiczka na każdą pętlę naczyń włosowatych. Przy 50 pętlach naczyń włosowatych w jednym kłębuszku nerkowym, przy długości ich, która wynosi razem 25 mm,

i przy średnicy 10 mikronów, powierzchnia jednego kłębuszka ma $0,78 \text{ mm}^2$. Anatomja ilościowa oblicza, że w obu nerkach człowieka znajduje się około 2.000.000 kłębuszków, czyli że powierzchnia kłębuszków obu nerek wynosi około $1\frac{1}{2}$ metra kwadratowego.

A więc jeśli przez błonę półprzepuszczalną o powierzchni $1\frac{1}{2} \text{ m}^2$ przepływa ponad 1.000 (tysiąc) litrów krwi na dobę pod ciśnieniem 50 mm Hg, to jest możliwem przesączenie się 100 (stu) litrów płynu przez taką powierzchnię. Są to obliczenia dla całej pracującej powierzchni nerki. Normalnie jednak czynna jest tylko czwarta część kłębuszków. Reszta kłębuszków jest zamknięta dla dopływu krwi. Dziś widzimy to już pod mikroskopem u zwierząt eksperymentalnych, także i ciepłokrwistych.

Richards, zbierając mocz wprost z kłębuszka u żaby za pomocą pipetki kapilarnej o średnicy 10—20 mikronów, otrzymywał po 4 godzinach około 6 mg płynu. Jeśli więc jeden kłębuszek w ciągu 4 godzin wytwarzał 6 mg moczu kłębuszkowego, to przerachowawszy na dobę i na 2.000.000 kłębuszków na obu nerkach człowieka, otrzymamy sumę 72 litrów przesączu, a więc takie wielkości, jakich wymaga teoria Cushny'ego.

Dalsze kontrolne badania na człowieku z kreatyniną, która przechodzi przez kłębuszki nerkowe, a nie wsysa się następnie zpowrotem w kanaliczkach, po obliczeniu różnic stężenia spożytej kreatyniny we krwi i w moczu, dawały ilości przesączu kłębuszkowego do 170 litrów na dobę.

Także i kontrole z węglowodanami, j. np. ksylozą, która również nie wchłania się zpowrotem w kanalikach nerkowych, a przechodzi łatwo przez kłębuszki, dawały ilości 1,0 mg w osoczu przy 65,0 mg w moczu, czyli zagęszczenie 65-krotne, a więc wielkości tego samego rzędu, jakich domaga się teoria Cushny'ego, mówiąca, że trzeba wydalić 100 litrów moczu kłębuszkowego i wessać zpowrotem w kanalikach 98%, aby otrzymać zwykły zagęszczony mocz.

II.

Wpływ na pracę nerki możemy wywierać bezpośrednio lub pośrednio. Punkt uchwytu bezpośredni w nerkach leży w mięszu. Chcąc nań zadziać, musimy zadziać na sam mięsz, czyli na elementy wydzielające, a więc na kłębuszki, przez wzmożenie przekrwienia nerek albo przez zahamowanie zwrotnej resorpcji w kana-

likach nerkowych. Tak działają np. środki moczopędne grupy purynowej.

Dalej wpływ na nerki posiada centrum sekretoryczne w mózgu. Nadto praca serca i stan jego grają dużą rolę w czynnościach wydzielniczych nerek.

Wkońcu t. zw. przednercze, do którego należy wątroba, mięśnie, skóra, przestrzenie tkanki łącznej, — reguluje oddawanie wody i soli na nerki.

Również i cały układ wegetatywny ma swój wpływ udzielny na czynność nerek.

Ale jest jeszcze jeden bodziec dla nerek.

Jak działają wody mineralne na nerki i jaki jest ich punkt uchwytu?

Wody mineralne działają przedewszystkiem ekstravenalnie przez zmiany fizykalno-chemiczne w płynach ustrojowych. I te zmiany same przez się są zawsze bodźcem dla komórki nerkowej. I to jest bodziec wogóle najczęstszy dla nerki.

Nowoczesne metody badania i sposoby obserwacji funkcjonalnego przebiegu zjawisk życiowych zwróciły nam uwagę na dziedzinę bodźców oligodynamicznych.

Wpływ bardzo małych, podprogowych, ale słabych i powtarzających się bodźców, obcych jednak codziennym bodźcom ustroju, działa nieraz skuteczniej i intensywniej, aniżeli zbyt silne dawki, aniżeli przedozowanie.

Transmineralizacja, zmiany kolloidalne, reakcje ogniskowe, zmiany w systemie inkretorycznym, są wtórnymi efektami i rezultatami tych bodźców, a są nam dostępne raczej teoretycznie, a nie-tyle praktycznie. W tym sensie działają wody mineralne w ogólności.

Należy pamiętać, że wydzielanie nerek nie jest jednak zwykłą filtracją czy ultrafiltracją, t. zn. oddzieleniem wodnych roztworów soli od kolloidów przy pomocy sił, otrzymanych z fizykalnego ciśnienia naczyń włosowatych, jak to chce *Cushny*. Brakuje tu bowiem przewagi ciśnienia włosowatego nad ciśnieniem kolloido-osmotycznym, t. j. ciśnieniem, przytrzymującym wodę. Ciśnienie włosowate jest bowiem mniejsze.

Jakiż jest cel pracy nerek?

Celem właściwej pracy nerek jest utrzymanie stałości składu krwi i stałości ciśnienia osmotycznego. Środkami zaś są procesy

koncentracji i rozwodnienia. Przy tej czynnej pracy zużywa nerka wielkie ilości tlenu.

Czynności te zależą więc także i od żywotności i specjalnych właściwości samej komórki nerkowej. Zależą niewątpliwie od odrębnego hormonu nerkowego. W ostatnich czasach mnożą się na to coraz częstsze dowody.

Chcąc zrozumieć działanie wód mineralnych, należy znać działanie samej wody, a więc wody przekroplonej, pozbawionej wszelkiego zasolenia.

Wiadomości nasze o działaniu wody przekroplonej na nerki są ciągle jeszcze bardzo skąpe. Wchłonięta z przewodu pokarmowego wywołuje hydremję, a więc zmniejsza koncentrację kolloidów nie tylko krwi, ale także i tkanek. *Pristley* nie znalazł wprawdzie zbyt wielkich różnic w zjawiskach kolloidalnych, natomiast stałe silne zmniejszenie elektrolitów. Ale już te małe zmiany w zmniejszeniu koncentracji kolloidów ułatwiały zmianę ciśnienia dyfuzji wody.

Najbardziej skomplikowanym zagadnieniem są natomiast zjawiska diurezy pod wpływem elektrolitów.

Elektrolity trudno dyfundujące, trudno przechodzące do tkanek, przez zmianę ciśnienia kolloidalno-osmotycznego odciągają wodę z tkanek, wywołują hydremję i prowadzą do diurezy rozwodnionej.

Według *Cushny'ego* te ciężko resorbujące się sole mają nadto swoje specyficzne działanie na funkcję nerek. Jest niem zmniejszona resorbcja zwrotna tych elektrolitów z kanalików nerkowych. Elektrolity te nie tylko przytrzymują wodę, ale jeszcze, zanim przedyfundują przez torebkę *Bowmana*, ciągną wodę za sobą. Przedstawicielem tej grupy jest jon magnezu.

Elektrolity łatwo dyfundujące zachowują się inaczej.

Niewyjaśnionym jeszcze jest wpływ katjonów na diurezę.

Picie wód mineralnych jest bardzo skomplikowanym zabiegiem na wszystkie mechanizmy ustroju. Zadaniem tych mechanizmów, częściowo znanych częściowo nieznanymi jest utrzymanie optymalnej równowagi dla fizjologicznych reakcji ustroju, utrzymanie pewnego stałego najlepszego i najkorzystniejszego środowiska. A czynnikiem tej równowagi jest stałe stężenie jonów wodorowych w ustroju, stałe ciśnienie osmotyczne i kolloidalne w ustroju, stały stosunek jonów do siebie i t. d., a regulatorem tej równowagi są nerki i płuca.

Każdy bodziec, który wstrząsa tą równowagą, jest bodźcem dla nerek.

Badanie działania wód mineralnych jest analizą tych mechanizmów regulujących.

Podana woda mineralna jest mieszaniną łatwo i trudno resorbujących się soli w obecności dużych ilości wody.

Elektrolity wód mineralnych działają różnymi drogami i z różnych miejsc.

Ale ogólnie chodzi tu przede wszystkim o zmiany równowagi fizykalno-chemicznej w sokach ustrojowych pod wpływem wód mineralnych, a potem dopiero o specjalne właściwości farmakodynamiczne poszczególnych elektrolitów.

III.

Także prace Scheinera z 1933 r. dają wgląd na działanie wody z Helenenquelle z Wildungen, podobne zupełnie do działania Słotwinki i Kryniczanki na wydzielanie moczu.

Reasumując wyniki doświadczeń, trzeba stwierdzić, że działanie to zależy od zawartych w wodach elektrolitów, i ogólnie:

Diureza pojawia się zaraz i trwa 2 do 3 godzin.

Mocz nabiera własności zasadowych. pH dochodzi do 7,2.

Fosforany są procentowo zmniejszone, ale w sumie wydala się ich więcej.

Bezwodnik węglowy, a więc wydzielanie się dwuwęglanów z moczem jest proporcjonalne do oddziaływania zasadowego moczu zwiększone.

Jak zachowują się kationy Na, K, Ca i Mg?

Ponieważ przednercze, a więc wątroba, mięśnie i skóra są zbiornikami wody i elektrolitów, więc doprowadzenie wód mineralnych hipotonicznych mobilizuje w zbiornikach przede wszystkim sole.

Bez jonów nerka nie odda wody. Normalna nerka ma własność wchłaniania tych jonów zpowrotem i ma własność zachowania ich dla ustroju. Pewną ich część jednak traci.

Każda diureza wodna powoduje przejściowe i czasowe zubożenie ustroju w elektrolity. Dopiero w fazie podiuretycznej następuje zaoszczędzanie elektrolitów w ustroju.

Proporcjonalnie do diurezy maleją, jak wiadomo, t. zw. stałe składniki moczu (Harnfixa). Zmiana ciężaru gatunkowego jest miarą rozcieńczenia substancji moczowych wogóle, ale nie w szczególności. Nerka nie rozgadnia jednakowo poszczególnych stałych składników moczu. Znamy diurezy ze zwiększeniem wydzielania

chloru, diurezy ze zwiększeniem dwuwęglanów i diurezy o wybitnie kwaśnym charakterze wydzielonych składników moczu.

Katjony odgrywają przy wszystkich procesach dynamicznych w ustroju dominującą rolę.

Scheiner pokonał wielkie trudności, zwłaszcza w ustaleniu normalnego wahanía się w wydzielanym moczu, oscylującego u każdego indywiduum w bardzo szerokich granicach.

Wyługowanie się katjonów po wodach mineralnych jest różne.

Po wodzie przekroplonej przychodzi właściwie tylko do diurezy wodnej.

Potas zdaje się być tutaj najczulszym na wypłókiwanie go z ustroju i ilość jego w moczu wzrasta 10-krotnie w stosunku do ilości w osoczu krwi.

Sód natomiast wyraźnie maleje, tak że jest 10-krotnie mniejszy w moczu w stosunku do ilości jego w osoczu krwi.

Katjony dwuwartościowe wapnia i magnezu, obliczone w całości dla wydzielonego moczu, rosną nieznacznie.

Po Wildungen, jak po Słotwinie i Krynicy następuje silna diureza sodowa, silna diureza potasowa i diureza wapniowa, tak że wapń wykazuje wyraźne stałe wzmożone wydalenie się jego z moczem.

Magnez nie zaznacza swej zmiany wybitniej.

Wody bardziej hipotoniczne, jak Fuchinger, Lauchstädter, zwłaszcza ostatnia, wykazują wyraźną bardzo silną diurezę potasową z 80 mg K na 600 mg, a także diurezę sodową ze 150 mg Na na 400 mg. Magnez i wapń występują bez większych zmian.

Jest to dowód, że wody hipotoniczne silniej działają dzięki obecności bardzo małych ilości elektrolitów na diurezę, aniżeli sama woda przekroplona.

Woda przekroplona wywołuje więc czystą diurezę ze zwiększeniem się ilości potasu, podczas gdy wody hipotoniczne wywołują diurezę sodową i potasową, a Wildungen, jak i Krynica także i diurezę wapniową, obok diurezy sodowej i potasowej.

Rola katjonu magnezowego jest inna niż reszty katjonów potasu, sodu i wapnia.

W szeregu resorbcyjnym stoją na początku jony K, Na, Li, Cl, Br i J; jon Ca w środku, a na końcu trudno się resorbujący jon Mg.

Ilość magnezu we krwi wynosi 2% mg. Magnez więc jest normalnym składnikiem ustroju, jest więc pierwiastkiem, który nie jest

obcy osoczu krwi, nie jest, jak Niemcy mówią, *blutfremd*. Magnez jest antagonistą wapnia, i to antagonistą dwuwartościowego katjonu w surowicy do dwuwartościowego katjonu wnętrza komórki. Jest to proporcja 2 : 2, a dowodem tego są znane doświadczenia hipotonicznych i hiperkalcemicznych zwierząt i ich śmierci po podaniu magnezu.

Nadmiar wapnia powoduje eliminację magnezu, a nadmiar magnezu eliminację wapnia przez mocz.

Co do obcości pewnych jonów dla krwi trzeba przypomnieć, że izotoniczne roztwory jodu, bromu, azotanów, chloru z sodem są w tym porządku, jak wymieniliśmy, coraz mniej diuretyczne. Im bardziej obcy jon, tem bardziej diuretyczny.

Względna obcość dla krwi powoduje, że sole potasowe, których jest mniej w ustroju, są bardziej diuretyczne niżli sole sodowe, których ustrój posiada b. wiele.

Magnez wywołuje narkozę po podaniu podskórnem. Siarczan magnezu hamuje wtedy diurezę, chlorek magnezu zaś przeciwnie powoduje diurezę. W diurezie po chlorku magnezowym zwiększają się ogromnie chlorki w moczu.

Jeśli jednak obok wstrzykniętego podskórnie siarczanu magnezowego, który hamuje diurezę, podamy doustnie zwierzęciu eksperymentalnemu chlorek sodu, to diureza wystąpi, t. zn. że jon magnezowy centralnie hamuje wydzielanie wody przez nerki, które to zahamowanie może być przerwane przez chlorki.

Być może, że magnez ma wpływ na diurezę przez ośrodki, regulujące ciepłotę, w międzymózdz, gdyż przy sztucznej gorączce po tetra-hydonaphtylaminie, jak i przy gorączkach infekcyjnych widział ostatnio Barbour w r. 1928 obniżanie się ciepłoty ciała po magnezie. A wiemy od Averbucka z r. 1930, że antipyretika są też antidiuretikami.

Niemniej jednak katjon magnezu lokalnie w kłębuszku nerkowym jest czynnikiem, który ciągnie za sobą wodę.

Sole magnezowe rozpuszczają szczawian wapnia, tworząc szczawian magnezu. Na tem zdaje się polega działanie korzystne wód magnezowych, także krynickich, przy kamicy tego typu.

Należy pamiętać, że i magnez należy do t. zw. oktawy biologicznej Strzyżowskiego, t. zn. do pierwiastków, które biorą niezaprzeczony udział w budowie i życiu ustrojów. Pierwiastków tych jest osiem, jak wskazuje tabl. II.

Tabl. II

(14) 7 N			
(16) 8 O	(23) 11 Na		
	(24) 12 Mg	(31) 15 P	
		(32) 16 S	(39) 19 K
			(40) 20 Ca

Jest między nimi ścisła zależność matematyczna, a mianowicie oktawaowa zależność między ich ciężarami gatunkowymi. Stąd też nazwa oktawy biologicznej.

Sumy poszczególnych par różnią się między sobą o 16, czyli o dwukrotność liczby 8.

Nieregularność pierwszej liczby można usunąć, wprowadzając do oktawy wodór (1), który, jak wiemy, jest bardzo czynny w ustroju, nie jako sam dla siebie, ale jako poniekąd część składowa azotu (Hrynakowski).

Do pierwiastków, budujących ustrój, należy też węgiel, którego brak na tablicy II. Węgiel jednak jest pierwiastkiem biogenetycznie biernym. Ale mimo to, będąc pierwiastkiem budującym ustrój, powinien mieć związek z pierwiastkami oktawy. Istnieje, jak wykazał Hrynakowski, ściśle matematyczna, choć nie oktawaowa zależność węgla właśnie z magnezem w tablicy III.

Tabl. III.

6 C	—	12 Mg
12		24

A więc miejsce porządkowe w periodycznym układzie pierwiastków i ciężar atomowy węgla jest podwójnym magnezu. Rośliny asymilują węgiel za pośrednictwem chlorofilu roślinnej hemoglobiny, w której skład wchodzi właśnie magnez. W syntezie organicznej przy pracach laboratoryjnych chemicy chętnie posługują się związkami magnezu przy wprowadzaniu węgla do cząsteczek (Hrynakowski).

Oktawaowa zależność ma w przyrodzie wogóle sięgać głęboko.

Chcąc więc badać wpływ wód mineralnych na ustrój, należy zdać sobie sprawę z mechanizmów i rozdzielać i badać jony każde z osobna.

Należy wprowadzić doświadczenia bilansowe nowocześnie pojęte.

Należy wyśledzić synergizmy nieznane, jakie zachodzą np. między jonem potasowym a bromowym; należy też poznać bliżej antagonizmy jonów.

Należy dokładnie zbadać wydzielanie jonów wapnia, fosforu a także kwasu moczowego i szczawiowego po wodach mineralnych krynickich i opracować stosowanie tych wód w leczeniu odpowiednich typów kamicy nerkowej fosforanowej, szczawiowej i kwaso-moczowej w Krynicy.

Empirja i stare tradycje Krynicy w leczeniu kamicy nerkowej i schorzeń dróg moczowych — muszą dostać ściśle naukowe uzasadnienia.

DR. STEFAN CZUBALSKI.

Z oddziału urologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie
(Ordynator: dr. Lilpop).

O WARTOŚCI KLINICZNEJ WODY ZE ZDROJU JANA W KRYNICY W SCHORZENIACH DRÓG MOCZOWYCH.

Badania nad wodą ze źródła Jana w schorzeniach dróg moczowych przeprowadzałem na oddziale urologicznym Szpitala Przemienienia Pańskiego, rozporządzając w tym czasie stosunkowo jednostronnym szeregiem schorzeń. Państwowy Zakład zdrojowy dostarczał mi co 10 dni świeżą partję wody mineralnej; ogółem zużyłem na swoje badania około pół tysiąca butelek.

Przystępując do swych badań, postawiłem sobie za zadanie ocenić kliniczną wartość wody mineralnej Jana w schorzeniach dróg moczowych jedynie w ogólnych zarysach, wychodząc z założenia, że, o ile woda ta okaże się prawdziwie wartościową w tym kierunku, wówczas dalsze i szczegółowsze badania kliniczne będą pożądane. Każdy z pacjentów, przeznaczonych do picia wody Jana, był uprzednio dokładnie urologicznie zbadany i wypijał 3 razy dziennie przed posiłkiem około 225,0 wody lekko podgrzanej. Woda Jana nie była dotychczas szerzej stosowana w celach leczniczych. Raczej była bliżej znana jako smaczna woda pitna. O własnościach jej chemicznych, a szczególnie fizycznych, wiemy mało. Według rozbioru, dokonanego przez prof. Marchlewskiego, skład jej chemiczny przedstawia się następująco: w litrze wody znajduje się około 0,675205 rozmaitych soli z węglanem wapna na czele, bo aż 0,499915, dalej spotykamy się z węglanem magnezu — około 0,10301, węglanu żelazowego — 0,02302, chlorku sodowego 0,00675, węglanu sodowego 0,02925, węglanu potasowego 0,00406 i bezwodnika krzemowego — 0,00920. Pod względem fizycznym woda Jana nie była zupełnie do tej pory badana. Dla ogólnego zorientowania się w jej własnościach

fizycznych podam, że punkt krzepnięcia wody Jana po otworzeniu 1-szej butelki wynosił $-0,036^{\circ}\text{C}$, a po 5 godz. od chwili otworzenia butelki wynosił $-0,025^{\circ}\text{C}$, $K = 1,860$ (cząsteczkowe obniżenie punktu zamarzania wody w użytym aparacie Beckmanna). pH wynosiło około 6,9 (metoda kolorymetryczna). Powyższe dane oznaczył mi łaskawie Instytut Higieniczny m. st. Warszawy, pozostając pod kierownictwem doc. Ł a w r y n o w i c z a. Ciężar gatunkowy wody wynosi około 1001. Jest to woda hipotoniczna. W smaku woda Jana jest przyjemna, lekko gazowana wskutek obecności bezwodnika kwasu węglowego.

Wodę Jana zastosowałem 28 chorym, przebywającym na oddziale urologicznym, pod ścisłą kontrolą. Z tej liczby 19 przypadków przypada na przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza (w tej liczbie 2 przypadki ostrego zapalenia miedniczek nerkowych); 3 przypadki na kamice moczowodową, 1 na kamice pęcherza, 2 przypadki na skazę moczaniową, 2 przypadki na niedomogę nerkową po operacji gruczolaka stercza i na koniec 1 przypadek na niedomogę nerkową wskutek utrudnionego odpływu moczu z powodu stulejki.

Średnio stosowałem każdemu choremu od 10 do 20 butelek wody mineralnej.

Przystępując obecnie do analizy poszczególnych przypadków, zaznaczę, że doświadczalnym chorym z nielicznymi wyjątkami stosowałem jako leczenie wyłącznie wodę Jana, o czym zresztą poniżej też wspomnę.

Przypadek 1-szy. Chora S., lat 31. Od kilkunastu miesięcy choruje na przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych: Analiza moczu wykazuje odczyn kwaśny $\text{C} = 1017$, białka — ślad, cukier — nieobecny. Osad zawiera od 80 do 100 leukocytów w polu widzenia. Z posiewu moczu wyrosły pałeczki okrężnicy. Roentgenogram dróg moczowych odnośnie kamicy — ujemny. Badanie czynnościowe nerek na indigokarmin dodatnie po 8 m. Po 10-dniowej kuracji mineralnej chora czuła się lepiej, jednakże analiza moczu wykazała wówczas jeszcze: odczyn alkaliczny i leukocytów od 30 do 40 w polu widzenia. Zastosowałem chorej dwukrotne płókanie miedniczek nerkowych z jednoczesnym piciem wody mineralnej. Ogółem po 20-dniowej kuracji mineralnej i dwukrotnym płókanu miedniczek nerkowych chora wypisała się wyleczona. Dobowa ilość moczu podczas kuracji dochodziła do 2500,0.

Przypadek 2-gi. Chora B., lat 27, choruje na przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza. Najwięcej dają się we

znaki chorej dolegliwości pęcherza, mianowicie parcia, bóle i klucia przy oddawaniu moczu. Analiza moczu wykazała: odczyn kwaśny, białka — 1,5‰, leukocytów do 150 w polu widzenia i erytrocytów po 4—5 w polu widzenia. Z posiewu moczu wyrosła pałeczka okrężnicy. Indigokarminem stwierdzono prawidłową czynność nerek. Radjogram dróg moczowych kamicy nie wykazał. Zastosowałem chorej wodę Jana do picia. Po 20-dniowej kuracji mineralnej zaburzenia pęcherzowe zupełnie ustały, jednocześnie analiza moczu ujawniła: odczyn słabo alkaliczny, białka ślad i w osadzie od 10 do 20 leukocytów w polu widzenia. Chora wypisała się z poprawą. Ilość dobową moczu przed kuracją wynosiła około 800,0, podczas kuracji ilość dobową moczu wzrosła do 1700,0.

Przypadek 3-ci. Chora S., lat 26, przybyła na oddział urologiczny z powodu dolegliwości pęcherza, mianowicie skarżyła się na oddawanie moczu bardzo częste i w małych ilościach oraz klucia w pęcherzu. Nie rodziła i nie roniła. Analiza moczu — prawidłowa. Zmian w pęcherzu nie stwierdzało się. Badanie czynnościowe nerek na barwik dodatnie po 15 min. Płókanie pęcherza nie pomagało chorej. Po 10-dniowej mineralnej kuracji dolegliwości pęcherzowe uspokoiły się. Chora wypisała się z porawą. Obfitszego wydzielania moczu u chorej nie zauważyłem.

Przypadek 4-ty. Chora N., lat 25. Zastosowałem jej wodę Jana, ponieważ utrzymywał się ropomocz pomimo usunięcia kamienia z prawej miedniczki nerkowej. Po 15-dniowej mineralnej kuracji analiza moczu wykazywała: C — 1010, oddziaływanie słabo alkaliczne. Osad normalny. Chora wypisała się wyleczona. Ilość dobową moczu przed kuracją dochodziła do 1500,0, podczas kuracji mineralnej do 2300,0.

Przypadek 5-ty. Chora K., lat 27, przybyła z powodu bardzo silnych zaburzeń pęcherza, na które cierpiała od dłuższego już czasu. Mianowicie miała parcia, bóle i klucie w pęcherzu, często oddawała mocz i w małych ilościach. Analiza moczu wykazywała: odczyn kwaśny, ciężar 1015, białka i cukru nie było. Osad zawierał po kilkanaście leukocytów w polu widzenia. W drogach moczowych wybitniejszych zmian nie stwierdzało się. Zastosowałem chorej wodę Jana. Po 12-dniowej kuracji zaburzenia pęcherza prawie uspokoiły się. Analiza moczu była prawidłowa. Wypisała się z wybitną poprawą.

Przypadek 6-ty. Chory C., lat 43, przybył z powodu ropomoczu, który utrzymywał się dłuższy czas po ostrem zapaleniu

miedniczek nerkowych. Analiza moczu wykazywała: odczyn kwaśny, ciężar 1016, białka — 0,03‰, cukru — niema. Osad zawierał do 100 leukocytów w polu widzenia. W drogach moczowych wybitniejszych zmian nie stwierdzało się. Z posiewu moczu wyrosła pałeczka okrężnicy. Zastosowałem choremu wodę Jana do picia. Po piętnastu dniach kuracji chory wypisał się wyleczony. Analiza moczu ujawniła: odczyn alkaliczny, białka i cukru niema, osad prawidłowy, posiew moczu jałowy. Ilość moczu dobową przed kuracją wynosiła około 1400,0, podczas picia wody ilość moczu dochodziła do 2300,0.

Przypadek 7-m y. Chory M., lat 55, u którego od dłuższego już czasu utrzymywał się ropomocz pomimo usunięcia kamienia z pęcherza. Jednakże po 18-dniowej kuracji mineralnej — ropomocz utrzymał się, jedynie dolegliwości pęcherzowe nieco uspokoiły się. Bez zasadniczej poprawy chory wypisał się. Diureza podczas kuracji była umiarkowana.

Przypadek 8-m y. Chora W., lat 42. Przybyła z powodu krwimoczu i zaburzeń pęcherza. Rozpoznaliśmy u chorej kłę i przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych. Badanie urologiczne wykazało silne przekrwienie błony śluzowej pęcherza. Zastosowaliśmy chorej leczenie swoiste i wodę Jana. Po 10-dniowej kuracji wodnej krwimocz ustał, jak również ograniczyły się zaburzenia pęcherza; analiza moczu ujawniła nadal w osadzie ropę. Wypisała się z poprawą do leczenia ambulatoryjnego. Obfitszego wydzielania moczu u chorej nie zauważyłem.

Przypadek 9-t y. Chora P., lat 62, przybyła z powodu zaburzeń pęcherza i bólów w krzyżu. W analizie moczu stwierdzono dość obfitą ropę. Badanie czynnościowe nerek na indigokarmin wykazało wydzielanie barwnika z lewej nerki po 6 minutach, z prawej nerki po 20 minutach. Po 10-dniowej mineralnej kuracji poprawy u chorej nie zauważyłem. Ilość dobową moczu podczas kuracji nie zwiększała się.

Przypadek 10-t y. Chory J., lat 20. Zastosowałem mu mineralną kurację z powodu ropomoczu, który się utrzymywał pomimo usunięcia dużego kamienia z pęcherza moczowego. Po 10-dniowej kuracji poprawy u chorego nie stwierdziłem. Ilość dobową moczu przed kuracją wynosiła około 1300,0, podczas kuracji dochodziła do 2000,0.

Przypadek 11-t y. Choremu O., lat 70, zastosowałem mineralną kurację z powodu ropomoczu, który utrzymywał się od dłuższego już czasu. Po 10-dniowej wodnej kuracji wybitnie wzmo-

gła się ilość dobową moczu, jednakże analiza moczu poprawy nie wykazywała. Ilość dobową moczu przed kuracją wynosiła około 600,0, podczas kuracji dochodziła do 2000,0.

Przypadek 12 - ty. Chora Z., lat 25, przybyła z powodu zaburzeń pęcherza. W drogach moczowych wybitniejszych zmian nie stwierdziliśmy. Analiza moczu: odczyn kwaśny, ciężar — 1026, białka — ślad, cukru niema. W osadzie do 50 leukocytów w polu widzenia. Po 15-dniowej wodnej kuracji zaburzenia pęcherza uspokoiły się. Analiza moczu wykazywała: odczyn — alkaliczny, ciężar 1010. Osad prawidłowy. Zwiększonej diurezy u chorej podczas kuracji nie zauważyłem.

Przypadek 13 - ty. Chory O., lat 48. Przybył z powodu bardzo silnych bólów przy oddawaniu moczu, parć i ropomoczu. Analiza moczu wykazywała: odczyn alkaliczny, C — 1013, białka — 0,03‰, cukru niema. W osadzie do 80 leukocytów w polu widzenia. Po 15-dniowej wodnej kuracji zaburzenia pęcherza wybitnie uspokoiły się. Analiza moczu wówczas była prawidłowa. Jednakże po przerwie wodnej kuracji poprzednie dolegliwości powróciły, jak również i ropomocz. Wydzielanie moczu u chorego podczas kuracji było obfitsze.

Przypadek 14 - ty. Chora T., lat 21, przybyła z powodu ostrego zapalenia miedniczek nerkowych z ciepłotą do 39°, bolesnością w krzyżu i zaburzeniami przy oddawaniu moczu. Analiza: odczyn kwaśny, ciężar — 1014, białka — ślad. Osad zawierał po kilkadziesiąt leukocytów w polu widzenia. Z posiewu moczu wyhodowano pałeczkę okrężnicy. Po 10-dniowej wodnej kuracji ciepłota spadła do normy, dolegliwości pęcherza uspokoiły się. Analiza moczu wykazała jeszcze w osadzie po kilkanaście leukocytów w polu widzenia. Ilość dobową moczu przed kuracją wynosiła około 700,0, podczas kuracji ilość dobową moczu wzrosła do 2200,0. Chora z poprawą wypisała się do dalszego leczenia.

Przypadek 15 - ty. Od paru lat choruje na pęcherz, mianowicie miewa bóle i klucia przy oddawaniu moczu. Leżała z tego powodu poprzednio już w innym szpitalu, ale nie widząc poprawy, wypisała się i udała się o pomoc do nas. W pęcherzu przy wznieleniu stwierdziłem nieznaczny obrzęk i przekrwienie trójkąta. Czynnościowa próba nerek na barwik dodatnia. Analiza moczu wykazywała: odczyn kwaśny, ciężar 1026, białka 0,06‰, cukru niema. W osadzie od 10 do 20 leukocytów w polu widzenia i po tyleż ery-

trocytów. Z posiewu wyhodowano pałeczkę okrężnicy. Po 10-dniowej wodnej kuracji zaburzenia pęcherza zupełnie uspokoiły się. Analiza moczu ujawniła: odczyn alkaliczny, ciężar — 1010, białka i cukru nie było, osad prawidłowy, posiew moczu jałowy. Wypisała się wyleczona.

Przypadek 16 - ty. Chora R., lat 24, przybyła z powodu bardzo ciężkich dolegliwości pęcherza, mianowicie oddawała mocz bardzo często, niemal co parę minut i po parę kropli. Na dolegliwości te cierpiała już od dłuższego czasu, leczyla się u wielu urologów, lecz poprawy nie było. Analiza moczu wykazywała: odczyn kwaśny, ciężar 1026, białka — 0,3‰, cukru nie było. W osadzie do 100 leukocytów i 20 erytrocytów w polu widzenia. Laseczników Kocha nie wykryto. Z posiewu wyhodowano pałeczkę okrężnicy. Po 10-dniowej wodnej kuracji zaburzenia pęcherza wybitnie uspokoiły się, krwimocz ustał; pojemność pęcherza wzrosła o tyle, iż można było dokonać wziernikowania, które wykazało duże zmiany zapalne na błonie śluzowej. W analizie moczu po 10-dniowej kuracji stwierdzono odczyn alkaliczny, białka i cukru niema; w osadzie po kilka leukocytów i obfite fosforany. Ilość dobową moczu przed kuracją wynosiła około 700,0, podczas kuracji dochodziła do 2200,0. Wypisała się z wybitną poprawą na własne żądanie.

Przypadek 17 - ty. Chora K., lat 31, przybyła z powodu zapalenia prawej miedniczki nerkowej. Analiza moczu wykazywała odczyn kwaśny, ciężar — 1024, białka — 0,04‰, cukru niema. W osadzie obfita ropa. Badanie urologiczne wykazywało nieznaczne upośledzenie czynnościowe prawej nerki. Po 15 dniach kuracji wodnej stan chorej poprawił się. Analiza moczu wykazywała do kilkunastu leukocytów w polu widzenia. Wybitniejszej diurezy u chorej podczas kuracji nie zauważyłem.

Przypadek 18 - ty. Chory H., lat 32, przybył z powodu zaburzeń pęcherza, mianowicie przy oddawaniu moczu miał klucia i bóle w pęcherzu. Analiza moczu wykazywała odczyn kwaśny, ciężar 1024, cukru — nie było, białka — 0,45‰. W osadzie dość obfita ropa i po 5—10 erytrocytów w polu widzenia. Z posiewu wyhodowano pałeczkę okrężnicy. Po 10-dniowej kuracji wodnej stan zdrowia chorego poprawił się, zaburzenia pęcherza uspokoiły się i wypisał się do dalszego leczenia ambulatoryjnego. Analiza moczu ujawniła jeszcze tylko po kilkanaście leukocytów w polu widzenia. Ilość dobową moczu przed kuracją wynosiła około 1200,0, a pod-

czas kuracji dochodziła do wysokiej cyfry 2800, a średnio utrzymywała się na poziomie 2400.

Przypadek 19 - ty. Chora J., lat 30, przybyła w ciężkim stanie wyniszczenia, jako chora leżąca, gorączkując od 4 tygodni do 39°. Skarżyła się na bóle w krzyżu i zaburzenia pęcherza. W analizie moczu stwierdzono: odczyn alkaliczny, ciężar 1006, białka 0,06⁰/₁₀₀, cukru nie było, w osadzie obfita ropa. Z posiewu wyhodowano pałeczkę okrężnicy. Badanie urologiczne wykazało dodatnią czynność obu nerek na barwik przy wyraźnych zmianach zapalnych pęcherza. Zastosowałem chorej wyłącznie wodę Jana do picia. Już po tygodniowej kuracji czuła się lepiej, chociaż ciepłota utrzymywała się jeszcze na poziomie 38°, uspokoiły się zaburzenia pęcherza, apetyt powracał. Po 15 dniach kuracji ciepłota opadła do normy. Ogółem chora piła wodę w ciągu 20 dni. Poprawiła się; analiza moczu była prawidłowa. Ilość moczu dobową podczas kuracji dochodziła do 1800,0. Wypisała się wyleczona z jałowym moczem.

Przypadek 20 - ty. Chora G. przybyła z powodu bólów w okolicy prawej nerki, wymiotów i wysokiej gorączki. Przed paroma tygodniami przechodziła operację usunięcia kamyka z lewego moczowodu. Ogólny stan chorej ciężki. W moczu — obfita ropa. Roentgenogram dróg moczowych kamicy nie wykazał. Cewnikowaniem nerek stwierdzono zatrzymanie moczu w prawej nerce. Zastosowano chorej wodę Jana i jednocześnie cewnik na 2 doby do prawej miedniczki nerkowej. Ogółem chora piła wodę w ciągu 20 dni. Ostatecznie wypłókał się kamyk z prawego moczowodu. Chora w stanie dobrym wypisała się.

Przypadek 21 - szy. Chory W., lat 42, przybył z powodu uciążliwej kolki nerkowej; kamyk w lewym moczowodzie. W ciągu 10-dniowej kuracji kamyk nie odszedł. Chory wypisał się bez poprawy.

Przypadek 22 - gi. Chory K., lat 30, przybył z powodu krwimoczu, parć, częstego i bolesnego oddawania moczu. Analiza wykazywała: odczyn alkaliczny, ciężar — 1018, w osadzie obfita krew, mała ilość ropy i obfite fosforany. Stwierdziliśmy w pęcherzu kamień wielkości orzecha włoskiego. Zastosowaliśmy choremu wodę Jana do picia. Po 10-dniowej kuracji dolegliwości pęcherza uspokoiły się, krwimocz ustał. Analiza moczu zmian patologicznych nie wykazywała. Po podleczeniu pęcherza choremu skruszono kamień; wypisał się wyleczony. Ilość dobową moczu przed kuracją wynosiła około 1200,0, podczas kuracji zaś dochodziła do 2000,0.

Przypadek 23-ci. Chora Z., lat 20, przybyła z powodu obecności kamyka w dolnym odcinku prawego moczwodu. Po 7-dniowej kuracji wodnej wypisała się bez poprawy.

Przypadek 24-ty. Chory K., lat 71. Po usunięciu gruczolaka stercza na drugi dzień wystąpiła niedomoga nerkowa i towarzyszące jej objawy azotemiczne z małą dobową ilością moczu (150,0). Po zastosowaniu choremu wody Jana diureza zaczęła się wybitnie zwiększać i doszła do 2000,0 w ciągu doby. Niedomoga nerkowa ustąpiła.

Przypadek 25-ty. Choremu S., lat 69, po usunięciu gruczolaka stercza zapobiegawczo zaraz po operacji zastosowałem wodę Jana. Ilość dobową moczu przedstawiała się następująco: W ciągu I-szej doby po operacji wynosiła 400,0, w ciągu II-ej 2000,0, w ciągu III-ej — 2800,0, w ciągu IV-ej — 3000,0. Stan chorego pooperacyjny był dobry.

Przypadek 26-ty. Chory W., przybył z powodu bólów w krzyżu i zaburzeń pęcherza. Analiza moczu wykazywała odczyn kwaśny, ciężar — 1027, osad normalny. U chorego rozpoznaliśmy skazę moczanową. Po 7-dniowej wodnej kuracji wybitniejszej poprawy u chorego nie stwierdziłem, jedynie wzmogła się wydatnie ilość dobową moczu: z 700,0 przed piciem wody do 2200 podczas kuracji.

Przypadek 27-my. Dr. med. Sz., lat 40, od dłuższego czasu narzekał na bóle w okolicy prawej nerki, mdłości, zgagę. Analiza moczu wykazywała: odczyn kwaśny, ciężar — 1027, białka — 0,06‰, krwinki 1—2 w polu widzenia i liczne kryształki szczawianu wapnia. Po 15-dniowej kuracji wodnej wyżej wymienione dolegliwości ustąpiły; ogólnie czuje się lepiej. Analiza moczu zmian patologicznych nie wykazywała.

Przypadek 28-my. Chory M., lat 24, przybył z niedomogą nerkową z powodu utrudnionego odpływu moczu wskutek stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej. Po dokonanej operacji zastosowałem choremu wodę Jana w celu szybszego odtrucia organizmu. Po 10-dniowej kuracji stan ogólny chorego poprawił się. Ilość moczu dobową z 1800,0 wzrosła do 2800,0.

Przechodząc obecnie do ogólnej oceny wartości klinicznej wody Jana w schorzeniach dróg moczowych, śmiem twierdzić na podstawie moich spostrzeżeń, że woda Jana w tych schorzeniach działa specyficznie. Jeżeli przytem weźmiemy pod uwagę, że chorzy moi w 90% leczeni byli wyłącznie wodą Jana, i to wodą przechowywaną we flaszkach (taka woda zaś zapewne traci część swych właści-

wości), a tylko nieznaczny odsetek był poddawany dodatkowemu leczeniu, to tem bardziej przemawia to na korzyść dodatniego działania wspomnianej wody w schorzeniach dróg moczowych. Analizując bliżej przypadki zapalenia miedniczek i pęcherza, widzimy, że cały szereg ich pod wpływem kuracji mineralnej ulega wybitnej poprawie, część nawet zupełnemu wyleczeniu. Na ogólną liczbę 19 przypadków zapaleń miedniczek nerkowych i pęcherza w 7 przypadkach osiągnęliśmy zupełne wyleczenie, w 8-iu znaczną poprawę, 4 osoby pozostały bez poprawy. Procentowo przedstawia się to w ten sposób: 36,7% — wyleczenie, 42,1% — poprawa, 21,2% — bez zmiany.

Wybitne dodatnie działanie wody Jana widzimy w tych przypadkach, w których na plan pierwszy wysuwają się dolegliwości pęcherzowe w postaci parć, częstego i bolesnego oddawania moczu. Dla przykładu wezmę chorą R., przypadek 16, której stan pęcherza poprawił się już po 10 dniach wodnej kuracji o tyle, że mogła opuścić szpital. Do tej pory bezskutecznie leczyła się od wielu miesięcy i u wielu urologów. Przypadek 19 świadczy, że nie tylko przewlekłe zapalenia miedniczek nerkowych nadają się do leczenia wodą Jana. Chora, jak wspominałem, od paru tygodni wysoko gorączkowała, była wyniszczona i miała obfity ropomocz; po 20 zaś dniach kuracji wodnej powróciła stopniowo do zdrowia.

Nie zatrzymując się dłużej na dalszej i szczegółowszej analizie powyższych przypadków zapaleń miedniczek nerkowych, przechodzę do podkreślenia, że moczopędne działanie wody Jana, które obserwowaliśmy w większości przypadków, ma decydujące znaczenie w leczeniu kamicy dróg moczowych. Nieliczne przypadki kamicy moczowodowej, w których zastosowałem wodę Jana, nie mogą dostatecznie oświetlić jej roli w tych schorzeniach. Jednakże ciężki przypadek 20 po 20 dniach wodnej kuracji zakończył się pomyślnie i kamyk odszedł. Następnie przypadek 22, w którym pod wpływem wodnej kuracji zaburzenia pęcherza o tyle uspokoiły się i stan pęcherza poprawił, że można było bez obawy dla chorego dokonać kruszenia kamienia. Wprawdzie dwa przypadki kamicy moczowodowej nie uległy poprawie pod wpływem kuracji, na usprawiedliwienie jednakże tego faktu zaznaczę, że zbyt krótkie leczenie w 21 i 23 przypadku (10 i 7 dni) tłumaczyły dostatecznie słabe wyniki. Następnie dobroczynne działanie wody Jana widzimy w przypadku 27 u dr. med. Sz. i w 3-ch przypadkach niedomogi nerkowej, w których wzmożona diureza spowodowała poprawę ogólną stanu chorych.

Oddzielnie należy jeszcze podkreślić moczopędne działanie wody Jana. Ogólnie biorąc, dawało się ono zaobserwować we wszystkich moich przypadkach. W pewnej liczbie przypadków było ono umiarkowane, w innych zaś rzucało się w oczy, sami chorzy nawet zwracali moją uwagę na to. Naprzykład w przypadku 7 z 1500,0 przed kuracją diureza wzmożła się do 2300,0 dobowej ilości moczu podczas picia wody. W przypadku 6 z 1400,0 dobowej ilości moczu przed pićm wody diureza wzmagą się do 2300,0; dalej w przypadku 14 z 600,0 przed kuracją do 2000,0 podczas kuracji wodnej. Jaskrawiej uwydatnia się moczopędne działanie wody Jana w 17 przypadku, w którym ilość dobową moczu wzmagą się z 1400,0 do 3000,0 podczas kuracji wodnej. Następnie w przypadku 25 z 1200,0 diureza podnosi się do 2800,0 podczas picia wody i na koniec w przypadku 26 (skaza moczanowa) z 700,0 przed kuracją wodną ilość dobową moczu dochodzi do 2250,0 podczas kuracji.

Reasumując moje spostrzeżenia o działaniu wody Jana w schorzeniach dróg moczowych, dochodzę do następujących wniosków:

1. woda Jana wywołuje obfite moczenie (polyuria);
2. działa odkażająco na drogi moczowe;
3. wybitnie kojąco działa na zaburzenia pęcherza na tle zapalnym i
4. działając moczopędnie, może być pomocna w leczeniu kamicy dróg moczowych.

Na zakończenie dodam, iż rad jestem, że woda Jana, która była dotychczas kopciuszkiem swojego rodzaju, zajmie należne sobie stanowisko w szeregu nietylko wód krynickich, ale wogóle polskich, jako pełnowartościowa woda, a Krynica dzięki niej uzupełni zakres swych możliwości leczniczych.

DR. JERZY MUSZKATENBLIT, WARSZAWA.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE A LECZENIE KLIMATYCZNO- BALNEOLOGICZNE.

Przeszło sto lat upłynęło od chwili odkrycia obiegu krwi przez H a r v e'y a (1628) r.) aż do chwili, kiedy po raz pierwszy ustalono pomiary ciśnienia tętniczego u zwierzęcia (1744 r.); cały wiek jeszcze minął, zanim Vierordt pierwszy spróbował zmierzyć parcie krwi metodą ucisku na tętnice aż do zniesienia pulsacji naczynia, czyli w sposób zbliżony do metod współczesnych. Właściwie dopiero w ostatnim ćwierćwieczu XIX stulecia, dzięki pracom von Bascha w Wiedniu i Potaina w Paryżu, sfigmomanometria weszła na tory celowych studjów i odpowiednich interpretacji klinicznych. Dzisiaj używane są w klinikach i w praktyce prywatnej rozmaite aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi; nie będę wyliczał wszystkich odmian tego przyrządu, ale podnieść muszę, że przez długie lata prosty w konstrukcji sfigmomanometr Potaina potrafił oddać duże usługi klinicyście i on właśnie przyczynił się do dalszego pogłębienia i popularyzacji nauki sfigmomanometrycznej. Osobiście w pierwszych latach moich studjów (ćwierć wieku temu) korzystałem również z tego cennego aparatu, dzięki któremu przyswoiłem sobie w samem zaraniu mojej pracy szpitalnej ten konieczny element badania klinicznego. W dobie obecnej mierzenie ciśnienia tętniczego stało się koniecznym składnikiem racjonalnego badania chorego celem ujęcia całokształtu schorzenia i wyciągnięcia odpowiednich wniosków. Jednakże muszę zwrócić uwagę, że często niektórzy koledzy, szczególnie w miejscowościach kąpieliskowych, zbyt gorliwie stosując tę metodę badania, wytwarzają, powiedziałbym, specjalne stany „choroby ciśnienia“, gdzie pacjent przez całe okresy życia pozostaje pod psychicznym terrorem cyfr sfigmomanometrycznych, co oczywiście wywiera szkodliwy wpływ na jego stan zdrowia.

Po tych kilku słowach wstępu przystąpię do tematu mego krótkiego odczytu. Za materiał do niego posłużą mi obserwacje, zebrane prawie wyłącznie z mojej praktyki prywatnej w okresie ostatnich pięciu lat, a obejmujące trzysta dwadzieścia pięć przypadków nadciśnienia tętniczego. Już na pierwszy rzut oka spostrzegamy, że w statystyce mojej ilość kobiet przewyższa w dwójnasób ilość mężczyzn: mężczyzn — 111, kobiet — 214. Prawda, że cyfry te obejmują najrozmaitsze postacie nadciśnienia tętniczego. Na schematycznej tablicy podział rozmaitych form nadciśnienia przedstawia się w sposób następujący:

Mężczyźni — przypadków 111.

Rozpoznanie	Wiek	Ciśnienie Mx	Ilość	Razem
Nadciśn. pierwotne	35—40	160—180	20	
	40—55	180—250	22	42
Z objawami dławicy piersiowej	40—50	160—180	3	
wysiłkowej lub bólami za most-	50—60	160—180	8	
kiem i w okolicy serca	45—65	180—225	7	18
Nefroskleroza	38—56	100—300	15	15
Arterioskleroza	45—60	160—200	20	
Zwyrodn. mięśnia sercowego	60—72	180—250	16	36
		Ogółem		111

Kobiety — przypadków 214.

Menopauza. Włókniaki macicy,	30—59	150—180	45	
po naśw. Roentgenem	39—63	180—200	69	114

(Z wyżej podanej ilości 114 kobiet 4 były operowane z powodu włókniaków macicy, a 5 z powodu krwawień i wtórnej wybitnej niedokrwistości poddanych było naświetlaniom promieniami Roentgena.)

Rozpoznanie	Wiek	Ciśnienie Mx	Ilość	Razem
Arterioskleroza	55—85	160—270	71	71
Choroba Basedowa	28—52	150—180	11	11
Nefroskleroza	45—56	180—260	7	7
Dławica piersiowa wzgl. bóle				
pozamostkowe lub w okolicy				
serca	51—65	170—210	11	11
		Ogółem		214

Trudno jest wogóle ustosunkować się racjonalnie do danych statystycznych, bo najczęściej brak nam jest całego szeregu momentów, mogących wpłynąć w ten czy inny sposób na podane cyfry statystyczne. Stąd też wynikają błędy w interpretacji rozmaitych objawów, opartych na zebranych danych cyfrowych. Moja statystyka bezwątpienia nie jest również pozbawiona tego grzechu: oparta ona jest bowiem na specjalnym typie chorego, który zazwyczaj ustala się w prywatnej praktyce u tego czy innego lekarza. Stąd też wynika, że w tablicy mojej, wbrew innym statystykom, znajdujemy dwukrotną przewagę kobiet z nadciśnieniem, a wśród tych ostatnich połowę z zaburzeniami klimakterycznymi. Niemniej jednak pokaźna ilość chorych z nadciśnieniem, których miałem przez szereg lat pod swoją obserwacją i w leczeniu, pozwala mi na wysnucie niektórych wniosków w sprawie odpowiedniego ustosunkowania się do pewnego typu leczenia klimatyczno-balneologicznego.

Jeżeli w statystyce kobiet nie uwzględniłem rubryki nadciśnienia pierwotnego, to uczyniłem to rozmyślnie, ponieważ uważam, iż nadciśnienie klimakteryczne jest jednym z typów pierwotnego nadciśnienia natury endokrynej. Przez wzgląd na dużą cyfrę nadciśnień pochodzenia klimakterycznego i na istniejące w tej sprawie rozmaite poglądy i podejścia — muszę, choć na krótko, zatrzymać się nad tem zagadnieniem. Również pozwolę sobie, choć w najkrótszym zarysie, omówić niektóre bardziej interesujące typy nadciśnienia.

Pellissier w dużej swojej pracy (*L'hypertension artérielle solitaire*) o nadciśnieniu pierwotnem, choć rozporządza niewielkim materiałem statystycznym, bo opiera się na 60 przypadkach pierwotnego nadciśnienia, operując jednak danymi innych autorów, po pewnych zastrzeżeniach zgadza się z kategorycznym poglądem G. Perina i innych o istnieniu ścisłego związku pomiędzy wiekiem przejściowym u kobiet a nadciśnieniem tętniczym. Powstałe podczas lub po menopauzie nadciśnienie stałe o niewielkich wahanach, któremu towarzyszą objawy, jak wary, zawroty głowy, najrozmaitsze sensacje sercowe, musi być zakwalifikowane jako ciśnienie pierwotne natury endokrynej. Jest to według mnie ten uchwytny typ nadciśnienia, gdzie zaburzenia korelacji gruczołów wkrewnych odgrywają widoczną rolę; zupełnie tak samo, jak w cukrzycowych postaciach endarterytów, możemy twierdzić o endokrynnem jego pochodzeniu. Z naszych autorów Pawiński

jeszcze w roku 1904 pisał o „Napięciu tętniczym w okresie pokwitowym u kobiet“. Glużyński również tłumaczy objaw nadciśnienia u kobiet w okresie przejściowym zaburzeniami w korelacji gruczołów wkrewnych, gdzie punktem wyjścia są gruczoły płciowe, a wynikiem może być pobudzenie układu chromafinowego. Moment podkreślany przez Glużyńskiego o wypadnięciu czynności jajników z jednoczesnym jakgdyby gwałtownym wyzwoleniem się funkcji nadnerczy i całego układu chromochłonnego zasługuje według mnie na specjalną uwagę. Jeżeli chodzi o pewną analogię, to należy wspomnieć o innym typie schorzenia — endarteriitis obliterans juvenilis, jak wiemy, u kobiet nie jest spotykany w swej czystej postaci. Choroba ta, pojawiająca się u mężczyzn w wieku względnie młodym, odpowiada wiekowi kobiety, kiedy czynność jej gruczołów płciowych znajduje się w stanie pełnej wydolności. Sica r d zupełnie też słusznie tłumaczy tę zbieżność antagonistycznym działaniem hormonów jajnikowych na układ nadnerczowy. Celem podkreślenia istniejącego związku pomiędzy wypadnięciem funkcji jajników a nadciśnieniem tętniczym muszę przytoczyć trzy obserwacje kobiet w wieku od 45 do 48 lat, które w okresie przejściowym, mając jednocześnie niewielkie włókniaki na macicy, tak dalece krwawiły, że z powodu postępującej niedokrwistości (hemoglobiny od 32 do 41%, ilość czerwonych ciałek spadła do 2,000.000) zachodziła obawa o ich życie. Ciśnienie tętnicze w okresie dwuletnim tych krwawień utrzymywało się na wysokości Mx. 115—125. Żadna z tych pacjentek na operację nie zgodziła się, a wszystkie za radą specjalistów były naświetlane Roentgenem. Obecnie pacjentki te mają ciśnienie przeszło 200 i cierpią w sposób bardzo dokuczliwy na cały szereg typowych dla przekwitów objawów.

Jeśli chodzi wogóle o nadciśnienie pierwotne, to z braku czasu tej sprawy w całokształcie rozstrzygać nie będziemy. Podkreślę tylko, że w okresach rozmaitych dla każdego poszczególnego osobnika, kiedy jeszcze żadnych zmian, ani anatomicznych, ani czynnościowych, oprócz zaburzeń naczyniowo-ruchowych nie stwierdza się, stany te uważać możemy jako wyraz zaburzeń w układzie wegetacyjnym pod wpływem bodźców rozmaitej natury, wśród których moment endokrynnny zajmuje wyraźne miejsce. Miano *neurosis vegetativa hypertensiva*, wprowadzone w naszej literaturze przez S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i e g o, pośród najrozmaitszych innych określeń, najlepiej odpowiada istocie schorzenia, figurującego najczęściej pod nazwą pierwotnego nadciśnienia.

W statystyce kobiet mam jedenaście przypadków choroby Basedowa z nadciśnieniem tętniczym. Galavardin i inni autorzy podkreślają, iż stany nadczynności tarczycy często idą w parze ze stanami nadciśnienia tętniczego. Niektóre (cztery) z ogólnej liczby jedenastu jednocześnie cierpiały na objawy, związane z okresem przejściowym. W tej grupie etiologicznej nadciśnienia tętniczego zaburzenia korelacji gruczołów wkrwnych odgrywają dominującą rolę. Zupełnie słusznie twierdzi Rolleston, iż gruczoły wkrwne odgrywają bezwzględnie rolę patogenetyczną, a nie etiologiczną; koniecznym warunkiem ich zadziałania na ciśnienie krwi muszą być bodźce, wpływające na zmiany czynnościowe tych gruczołów. W każdym razie, o ile w nadciśnieniu samoistnym najczęściej brak nam etiologii, o tyle w postaciach, związanych z uchwytami zaburzeniami czynności gruczołów wkrwnych, choć pojedyncze promienie oświetlają nam ciemne jeszcze dotychczas tło nadciśnienia pierwotnego.

Inne postacie hipertensji obejmują w mojej tablicy jednostki chorobowe bliżej nam znane. O nich będę wspominał, omawiając wskazania lecznicze nadciśnienia w głównych jego odmianach.

Teraz na zasadzie mego materiału statystycznego, z którego przeszło 60% chorych przeprowadzało kurację w rozmaitych miejscowościach kąpieliskowych i klimatycznych, a także korzystając z doświadczenia lat poprzednich, postaram się określić swój stosunek do leczenia klimatyczno-balneologicznego nadciśnienia tętniczego.

Zaznaczam na samym początku, iż w pierwszym rzędzie właśnie klimatyczna kuracja zajmuje czołowe miejsce w leczeniu nadciśnienia. Obserwujemy, że z postępem czasu klimat z uwzględnieniem innych dodatkowych warunków, jak dieta, odpoczynek, światło, spacer i t. d., staje się potężnym czynnikiem terapeutycznym w rękach lekarza. Należy zgodzić się ze zdaniem starych klinicystów francuskich, że niema właściwie swoistego klimatu dla leczenia tego czy innego cierpienia, a istnieją tylko warunki, sprzyjające lub szkodzące w kuracji pewnych stanów chorobowych. Znajdujemy bezwzględnie czynniki klimatyczne, wpływające dodatnio na obniżenie ciśnienia krwi, zarówno nad morzem, jak i na równinie lub też na pewnych wysokościach. Należy tylko umiejętnie indywidualizować każdą miejscowość klimatyczną, ponieważ zdarza się, że dwie sąsiadujące z sobą miejscowości zasadniczo różnią się swymi warunkami klimatycznymi dzięki chociażby specjalnemu roz-

lokowaniu otaczających gór lub sposobu zalesienia. Jeśli chodzi o chorego, to należy liczyć się nie tylko z jego cierpieniem podstawowym, ale również z ogólnymi cechami jego konstytucji. Zdarza się bowiem, że jednak hypertonik ze względnie wydolnym mięśniem sercowym doskonale znosi klimat wysokogórski, kiedy inny, dzięki specjalnej wrażliwości układu naczyniowo-ruchowego, w tych samych warunkach dostaje duszności, zawrotów głowy lub też cierpi na bezsenność i stałe podniecenie. Dlatego też klimatoterapia liczyć się musi ze wszystkimi jej składowymi elementami, wśród których klimat, chory, schorzenie, a głównie lekarz, nabierają jednakowo poważnego znaczenia. Tylko wnikliwy i uważny lekarz, dobrze znający warunki danej miejscowości, potrafi odpowiednio dawkować leczenie klimatem, tak samo, jakby to czynił z innym lekiem, który powinien być podawany o określonej porze, w pewnej dawce, stosownie do stanu chorego i choroby.

Naogół osoby, cierpiące na nadciśnienie tętnicze, najlepiej znoszą łagodne warunki klimatyczne. Klimat morski w strefie umiarkowanej, w odpowiedniej porze roku, z niedużymi wahaniami ciepłoty dobowej, wolny od pyłu, z pewnym kierunkiem wiatrów (od morza) zazwyczaj dobrze wpływa na chorych z nadciśnieniem. Nie posiadam ścisłych danych, jeśli chodzi o faktyczne obniżenie ciśnienia tętniczego lub jego wahań podczas pobytu chorych nad morzem. Moje osobiste doświadczenie pozwala mi twierdzić, że klimat ten bezwzględnie dodatnio wpływa na hypertoników, u których po wywczasach nad morzem poza dobrem samopoczuciem stwierdzałem często wyraźne obniżenie ciśnienia tętniczego.

Równiny, przeważnie zalesione, otaczają większość miast dawnej Kongresówki. Często korzystamy z tych miejscowości jako z rezerwoaru powietrznego dla naszych pacjentów w rozmaitych porach roku. Mogę z całą pewnością stwierdzić, że prawie we wszystkich stanach nadciśnienia tętniczego pobyt w tych zalesionych miejscowościach dodatnio wpływa na ogólne samopoczucie chorego, obniża ciśnienie krwi, a głównie uspokaja objawy, związane z nadwrażliwością układu naczyniowo-ruchowego. Muszę tylko zaznaczyć, że w porze letniej, w okresie większych upałów, miejscowości wyżej wspomniane, głównie okolice Warszawy, nie nadają się dla naszych chorych.

W porze letniej i zimą przy względnie łagodnym klimacie, z jakiego korzystamy unas w kraju, najlepiej wpływa na nadciśnienie pobyt w podgórskich miejscowościach (400—700 m n. p. m) o umiar-

kowanie ciepłym i suchym klimacie. Codzienne werandowanie, nie-męczące spaceru już po krótkim czasie dają doskonałe wyniki. Miejscowości nawet wyżej położone (do 1.000 m n. p. m) również mogą mieć dodatni wpływ na pewien typ naszego chorego. Szczególnie zacelam miejscowości wyżej położone w chorobie Basedowa; chorzy ci naogół prędko poprawiają się w górskich warunkach klimatycznych, ciśnienie w dość szybkim tempie spada, tętno wbrew poglądom nie przyspiesza się, lecz stopniowo się zwalnia. Oczywiście chorzy ci powinni pozostawać pod ścisłą opieką, a w pierwszym okresie pobytu w górach powinni pozostawać w łóżku. Posyłając chorych z nadciśnieniem w góry, należy być pewnym, że wydolność serca nie jest zachwiana, że chory nie cierpi na daleko posuniętą miażdżycę naczyń i nie miewa objawów stenokardji. Nieraz obserwowałem tak zwanych pierwotnych hipertoniców, którzy wracali z górskich, a nawet podgórskich miejscowości (Krynica, Zakopane) z objawami dławicy piersiowej. Naogół jeszcze raz muszę podkreślić, że kuracja klimatyczna hipertoniców w górskich i podgórskich miejscowościach klimatycznych powinna przebiegać pod stałą obserwacją lekarza.

Zakres leczenia balneologicznego chorych z nadciśnieniem tętniczym jest doprawdy dość ograniczony.

Picie wód mineralnych może być zalecone tylko w niektórych postaciach hipertensji. Chorzy ci należą przeważnie do grupy dziedzicznie obciążonych rozmaitemi postaciami spaczni przemiany materji. W tej grupie znajdujemy artretyków, chorych na cukrzycę, otyłość lub też nazwanych przez *Vacqueza* „gens avec hypertension de luxe“, t. j. zazwyczaj dobrze odżywionych, a jednocześnie zmęczonych pracą, przeważnie umysłową, w dużych ośrodkach miejskich. Takim chorym oczywiście powinno być zaordynowane picie wód odpowiednich z uwzględnieniem wszelkich ostrożności, związanych z wysokim ciśnieniem i innymi towarzyszącymi mu objawami. Oględne stosowanie wody u arterjasklerotyków z nadciśnieniem przy zaburzeniach przemiany materji również w pewnych warunkach może dać dobre wyniki, np. w cukrzycy. Kuracja taka staje się zresztą niezbędną np. w wypadkach przerostu gruczołu krokowego z powikłaniami ze strony pęcherza lub miedniczek nerkowych. Również tak częste skojarzenie kamicy nerkowej i hipertensji stwarza warunki do stosowania wód mineralnych.

Niełatwem zadaniem jest racjonalne ustosunkowanie się do zabiegów wodoleczniczych, a szczególnie do kąpieli kwasowęglo-

wych w rozmaitych postaciach nadciśnień. Teoretyczne podstawy balneoterapii w nadciśnieniu są naogół bardzo nieścisłe, a jednocześnie praktyczne wskazania u wielu autorów są tak rozległe, że w wielkim kłopotcie znalazłby się lekarz, chcący rozstrzygnąć tę sprawę w ramach przesłanek teoretycznych. Pomijam już moment taki, jak sugestywne działanie prospektów z rozmaitych t. zw. „sercowych“ stacyj balneologiczno-klimatycznych, które z każdym rokiem w większej ilości trafiają do rąk nie tylko lekarza, ale i pacjenta. Z doświadczenia wiem, że duża ilość kuracjuszy samorzutnie udaje się do leczniczych miejscowości i często są rozczarowani, kiedy doświadczony lekarz zdrojowy zabrania im korzystania z tych czy innych zabiegów balneologicznych. Na zasadzie osobistego doświadczenia, czerpanego z pracy w zdrojowiskach krajowych i zagranicą, podkreślić muszę, iż zabiegi wodolecznicze i kąpiele znacznego zastosowania w nadciśnieniu tętniczym nie mają. Hypertonik samoistny z sercem zupełnie lub prawie wydolnem zwraca się dopiero wówczas do lekarza, kiedy podrażnienia sfer wazomotorycznych wywołają rozmaite zaburzenia natury najczęściej subiektywnej. Taki typ chorego jest naogół bardzo wrażliwy na wszelkie bodźce zewnętrzne natury fizycznej, chemicznej lub innej. Najlepiej w sensie uspokojenia ośrodków naczyniowo-ruchowych działa na takich chorych łagodny zabieg hydropatyczny o stałej temperaturze 27—28° R, jak np. półkaźiel, oblewanie lub natrysk pod niskim ciśnieniem. Kąpiele kwaso-węglowe nie są w tych wypadkach wskazane.

Tak samo od szeregu lat ustosunkowałem się do nadciśnienia natury klimakterycznej. Nierzadko spotykam pacjentki z nadciśnieniem w okresie menopauzy, które po energicznej kuracji kąpieliskowej wracają z zespołem zaburzeń jeszcze bardziej dokuczliwym aniżeli przed kuracją. Tem bardziej zdziwiony byłem, kiedy czytywałem się w rozmaite wskazania wodolecznicze i kąpieliskowe w świetnie opracowanym dziele Strassera, Kisch a i Sommera (*Handbuch der klinischen Hydro-, Balneo- und Klimato-Therapie*). W dziale o „Geschlechts-Epoche der Menopause“ specjalnie zalecają stosowanie nacierania, ciepłe i gorące kąpiele, powyżej 37° C, jak również i kąpiele kwasowęgłowe; każdy z tych zabiegów w tem dziele jest teoretycznie uzasadniony i powinien działać na poszczególne grupy objawów, jak zawroty głowy, bicie serca, wary, poty, egzemy i t. d. Osobiście, jak wyżej nadmienilem, na zasadzie własnej obserwacji doszedłem do innych wniosków.

W tem miejscu przypominam sobie słowa wytrawnego klinicysty francuskiego V a c q u e z a: „Une observation bien suivie vaut mille théories“ — tej zasady stale się trzymam, bo uważam ją za naczelne hasło prawdy klinicznej.

W nadciśnieniu arterjiosklerotyków, bez objawów niedomogi serca lub dławicy piersiowej, mogą być stosowane kąpiele ciepłe zwykłe, kwasowęglowe lub tlenowe, ale też bardzo ostrożnie. Temperatura nie powinna przekraczać 27—28° R, a czas kąpieli 6—8 minut. Zresztą w tych przypadkach ścisła obserwacja chorego przez lekarza zdrojowego da najlepszą gwarancję dobrego wyniku kuracji.

DR. LUDWIK ROSENBERG (KRYNICA).

WPLYW CZYNNIKÓW NA CIŚNIENIE KRWI.

Na wysokość ciśnienia krwi w naczyniach i regulację krążenia mają wpływ czynniki: 1. mechaniczne, 2. chemiczne, 3. hormonalne i 4. nerwowe.

Te ostatnie mają być tematem niniejszego referatu. Nordmann i Mueller podają — na podstawie badań sekcyjnych w przypadku 22-letniego człowieka z ciśnieniem 210 mm Hg bez schorzenia nerkowego i zmian miażdżycowych, natomiast ze zmianami poliomyelitis — że istnieje ośrodek ciśnienia, położony w rdzeniu przedłużonym, w okolicy substantia reticularis grisea. O ile nie można zaprzeczyć istnieniu takiego ośrodka, to zrozumiałą jest rzeczą, iż dowody na jego istnienie znaleźć się mogą tylko przypadkowo. Z drugiej strony afekty psychiczne wpływają wybitnie i widocznie na ciśnienie krwi; pod wpływem strachu występuje widoczna bledość twarzy, a ciśnienie krwi podnosi się. Bier z kliniki Van der Veldena dokonał cały szereg ciekawych badań nad wpływem przeżyć psychicznych na ciśnienie krwi. Badania wykonał w stanie snu hipnotycznego celem wyeliminowania wpływów postronnych, podając we śnie hipnotycznym odpowiednią sugestję, jak: spokój, radość, podniecenie. Wyniki jego badań były wprawdzie niejednolite ze względu na niezupełnie odpowiedni dobór przypadków, pośród których było wielu hipotoników, jednak, po uwzględnieniu tych przypadków, był wpływ wymienionych sugestyj na ciśnienie wyraźny.

Niejednokrotnie miałem możność spostrzegania, iż u chorego, którego badałem po raz pierwszy, ciśnienie spadało o 20—30 mm w miarę przejścia podniecenia, wywołanego badaniem, i uspokojenia chorego co do stanu jego cierpienia. Jeden z kolegów opowiadał mi, iż wyniki badania ciśnienia krwi tych samych chorych, badanych przez niego i innego kolegę, różnią się dość znacznie, a tłumaczył

ten objaw różnicą wysokości honorarjów. U mnie — powiada — płaci pacjent za poradę niewiele, nie bierze też zbyt poważnie mego rozpoznania; u kolegi zaś, płacąc 3 razy tyle, ten sam pacjent czeka na wyrok i to napięcie wystarcza, by ciśnienie podniosło się nieraz o kilkadziesiąt mm Hg.

Jak z tego widać, wpływ układu centralnego jest wyraźny, ale nie zawsze idzie on po linii korzystnej dla chorego. Znacznie pewniejsze i stalsze jest urządzenie obwodowego układu nerwowego, którego istnienie wykryto w ostatnich latach, a zawdzięczamy je badaniom głównie Heringa i jego ucznia Kocha. Jest nim t. zw. układ pressoreceptorów. Układ ten jest jakby manometrem krążenia: utrzymuje on na drodze odruchowej stały poziom ciśnienia i tętna tak u ludzi, jak i u zwierząt i powoduje szybki powrót do normy po zmianach rozmieszczenia i wypełnienia krwi wskutek ruchu i zmiany pozycji.

Składa on się z dwóch par nerwów: 1. z nerwów aortalnych, zwanych nerwami hamującymi, i 2. z nerwów zatoki szyjnej. Anatomicznie nazywamy te nerwy: ramus aorticus nervi vagi i ramus caroticus nervi glossopharyngei. Zwojem dla depressora jest ganglion nodosum sive jugulare vagi. Już od roku 1866, to jest od roku opisanie ich przez Cyona i Ludwiga, wiadano, że jest on nerwem centrypetalnym, to znaczy, iż drażnienie jego obwodowego końca nie daje efektu, natomiast efekt można otrzymać przy drażnieniu jego końca centralnego. Wiedziano również, że działanie jego idzie odruchowo poprzez nerw błędny. Od czasu jednak odkrycia drugiej pary równorzędnych nerwów, nerwów zatoki szyjnej, stanowiących z poprzednimi całość fizjologiczną i morfologiczną, musiały badania już wykonane ulec rewizji. Aby zrozumieć słuszność twierdzenia o całości morfologicznej obu tych par nerwów, musimy rozpatrzyć ich rozwój embrjonalny. U wszystkich ssaków są naczynia głowy założone zupełnie symetrycznie i metamerycznie. Z dwu pni podłużnych rozchodzi się ku tyłowi sześć par prymitywnych łuków tętniczych. Zczasem zanika pierwszy i drugi łuk całkowicie, trzeci łuk tworzy późniejsze symetryczne zatoki tętnicy szyjnej. Z przednich pni tworzy się obustronnie carotis externa, a z tylnych carotis interna. Z symetrycznego założenia zatoki wynika równość obu nerwów zatoki szyjnej. Inaczej ma się sprawa z depresorami, gdyż lewy czwarty łuk traci połączenie z szóstym i tworzy arteria subclavia dextra, po lewej zaś stronie połączenie z szóstym łukiem pozostaje zachowane; piąty łuk zaginał w międzyczasie zupełnie,

a z rozszerzenia łuku czwartego i łączącego odcinka wytwarza się asymetrycznie założony łuk tętnicy głównej. Lewa strona rozwinęła się szeroko, natomiast prawa wydaje się być w stosunku do lewej tylko przyczepkiem. To też lewy depressor jest dłuższy i mocniej rozwinięty niż prawy. W miarę rozwoju opuszcza się serce, arteria carotis communis się wydłuża: wynika stąd długość depressorów i krótkość nerwów zatoki szyjnej. Jak już mówiliśmy, są obie te pary nerwów nerwami centrypetalnymi. Ich polami recepcyjnymi są: dla depressorów łuk tętnicy głównej, dla nerwów zatoki szyjnej butelkowate zgrubienie arteria carotis communis. Oba te odcinki mają prawie identyczną budowę histologiczną. Badania Heringa i Dekastro wykazały, iż w zatoce tej warstwa środkowa ma tkankę elastyczną zamiast włókien mięsnych. Poza temi dwoma odcinkami niema w układzie krążenia żadnych odcinków o analogicznej budowie. Mimo, iż dawno wiadomo było anatomom o istnieniu tej zatoki, to jednak dopiero badania Heringa i Dekastro z 1924 r. wykazały, iż jest ona miejscem powstawania bodźców dla nerwów zatokowych analogicznie do łuku tętnicy głównej, gdzie powstają bodźce dla depressorów. Receptory tych ostatnich kończą się w ścianie łuku aorty i nie dochodzą do serca. Te obie pary nerwów przewodzą dwa odruchy: 1. odruch naczyniowy i 2. odruch sercowy. Odruch naczyniowy powstaje przy podrażnieniu tych nerwów przez podrażnienie vasodilatatorów i zahamowanie vasoconstrictorów, co wywołuje spadek ciśnienia krwi, odruch zaś sercowy, którego efektem jest zwolnienie tętna, powstaje przez zahamowanie nerwów, wywołujących przyśpieszenie tętna. Bodźcem dla powstania podrażnienia jest ciśnienie tętnicze, panujące w łuku aorty i w zatoce szyjnej (t. zw. adaequater Reiz. Już normalne ciśnienie przewodzi podrażnienia, co dowodzi, że nerwy te posiadają swe własne napięcie (tonus). Nazywamy te nerwy pressoreceptorami, to znaczy nerwami, przewodzącymi wrażenia ciśnieniowe, przez analogię do nazw tango-, chemo-, photoreceptorów. C. Ludwig nazwał je w 1866 r. nervus depressor, Schumacher nazwał je anatomicznie n. aorticus nervi vagi. W r. 1927 zaproponował Hering dla obu tych nerwów nazwę „Blutdruckzügler“. Nazwą tą obejmuje on te wszystkie centrypetalne nerwy naczyniowe, które są podrażnione przez ciśnienie i które podniesienie tego ciśnienia trzymają w cuglach. Wyrażenia tego używał zresztą już Marey w 1881 r. (frein de la circulation). Późniejsze jednak badania wykazały, że istnieje tu łuk podwójny, że działają one nie tylko hamująco

na nadmierny wzrost ciśnienia, ale też i na nadmierny jego spadek, i dlatego K a h n zaproponował nazwę dla nich regulatorów ciśnienia (Blutdruckregler). Ale i ta nazwa obejmuje tylko część czynności nerwu aortalnego i nerwów zatoki szyjnej, i to część początkową. Cały łańcuch dla tego urządzenia składa się z podrażnienia względnie bodźca (adaequater Reiz) receptorów, nerwu centrypetalnego, centralnych przełączników nerwu centryfugalnego, obwodowych zakończeń nerwowych i wreszcie z organu wykonawczego (Erfolgsorgan). Dlatego też co najwyżej jakiś nerw centryfugalny mógłby być tak nazwanym. Z tego rozumowania wychodząc, nazwał je K o c h, uczeń H e r i n g a, pressoreceptorami. Co do samych receptorów, to leżą one w głębokiej warstwie błony zewnętrznej i występują w postaci drzewkowatej i węzłowej, biegnąc bądź równolegle, bądź spiralnie do włókien klejodajnych. Ciśnienie wewnątrznaczyńniowe, rozpychając ścianę naczynia, drażni receptory i wywołuje na drodze odruchu regulację.

Wykonania odruchu depressora ze względu na jego zawiliły stosunek do nerwu błędnego skutecznie nie możemy. Inaczej przedstawia się sprawa z odruchem zatoki szyjnej. Dzięki wygodnemu położeniu zatoki szyjnej możemy odruch ten wywołać, uciskając palcem na zatokę szyjną, lub też przez ucisk na tętnicę szyjną wspólną możemy wyłączyć działanie odpowiedniej zatoki. Naturalnie wykonanie tego odruchu nie udaje się zawsze. Odkrywcą jego jest H e r i n g, który doszedł do niego, analizując i badając dokładnie opisany przez C z e r m a k a odruch ucisku nerwu błędnego. C z e r m a k stwierdził mianowicie, że przy ucisku na tętnicę szyjną powyżej górnego brzegu mięśnia sterno-cleido-mastoides występuje zwolnienie tętna; przypisywał on ten objaw mechanicznemu uciskowi na nerw błędny. H e r i n g spostrzegał pewną chorobę w starszym wieku, u której nawet najłżejsze dotknięcie tętnicy szyjnej wywoływało zwolnienie tętna. Wydawało mu się to niemożliwe, by tak lekkie dotknięcie mogło wywołać podrażnienie nerwu błędnego. Dalsze badania, naprzód u zwierząt, ucisku na obnażony nerw błędny nie dawało zwolnienie tętna, natomiast ucisk, nawet słaby, okolicy zatoki szyjnej dał wybitne zwolnienie tętna. Następne badania histologiczne i anatomiczne okolicy zatoki szyjnej wyjaśniły ostatecznie sprawę.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa nie istnieją w organizmie inne pressoreceptory. K o c h i I z q u e r d o przeprowadzili badania nad wpływem splotu nerwów trzewiowych na ciśnienie. Po

przecięciu obu nerwów współczulnych jamy brzusznej pozaotrzewnowo stwierdzili oni spadek ciśnienia o 30%; ciśnienie podnosi się jednak stopniowo do normy w ciągu pół godziny. Dzieje się to dzięki temu, iż na skutek spadku ciśnienia ulegają podrażnieniu pressoreceptory i przez skurcz naczyń regulujących podnoszą ciśnienie. Że tak jest, dowodzi następne doświadczenie: po przecięciu pressoreceptorów, spadek ciśnienia wynosi 70% i nie wraca już do normy. Stwierdzono na zwierzętach, iż stałe wyłączenie pressoreceptorów prowadzi do stałego wysokiego ciśnienia, któremu towarzyszy następnie rozszerzenie i przerost serca i zmiany miażdżycowe w aorcie. Jednocześnie — z powodu wykluczenia podtrzymywanego przez pressoreceptory reflektorycznego wpływu hamującego na nerw błędny — występuje przyśpieszenie tętna. Wobec tego, że właśnie aorta i zatoki szyjne są u ludzi najczęstszym miejscem zmian miażdżycowych, nasuwa się przypuszczenie, że zmiany dotyczą też receptorów w ścianach naczyń i tą drogą prowadzą do stałego podniesienia ciśnienia. Mimo to można w tych wypadkach wywołać często wybitny spadek ciśnienia przy ucisku na zatoki szyjne. K r y s z e k opisuje przypadek spadku ciśnienia z 260 na 110 u osobnika sklerotycznego z napadami dychawicy sercowej. Mnie udawało się w podobnych przypadkach wywoływać znaczny spadek ciśnienia. H e r i n g uważa, że co najmniej ta część ciśnienia, o którą można je obniżyć drogą odruchu z pressoreceptorów, należy uważać za neurogeną.

Prócz ucisku działać mogą też na pobudliwość pressoreceptorów czynniki termiczne. Ochłodzenie okolicy zatoki szyjnej wywołać może podniesienie ciśnienia, ogrzanie — obniżenie. Możliwe, że tą drogą wywołują choroby gorączkowe obniżenie ciśnienia. Również na rytm serca mają wpływ pressoreceptory. I tu nasuwa się możliwość stosowania ucisku na pressoreceptory w celach leczniczych. Często udaje się natychmiastowe zniesienie częstoskurczu napadowego, dychawicy sercowej przy stosowaniu ucisku na zatokę szyjną. Dla przykładu przytoczę przypadek dusznicy bolesnej wysiłkowej, w którym udało się przerwać napad drogą tego odruchu. Chory, lat 52, zauważył od kilku tygodni napady bólów pod mostkiem z wyraźnym promieniowaniem do lewego ramienia, występujące po większym wysiłku: zastosowana nitrogliceryna dawała natychmiastowy efekt. Podczas ataku chory niespokojny, błąd ciśnienie 180/85, tętno 92. Ucisk na lewą zatokę szyjną wywołał spadek tętna do 64, następnie do 48 uderzeń na minutę, ciśnienie spadło do 110/65. Ból

przeszedł natychmiast i chory sam podał moment ustąpienia bólu. W ciągu całego następnego dnia ból się nie powtórzył.

Haberda i Reiner tłumaczą śmierć przez powieszenie uciskiem na tętnicę szyjną, co wywołuje utratę przytomności wskutek ucisku na nerw błędny i zatrzymanie akcji serca; działanie na nerw błędny nie jest mechaniczne, lecz odruchowe przez podrażnienie zatoki szyjnej. Nagła śmierć przy uderzeniu boksterskim, t. zw. knock-aucie, tłumaczy się dzisiaj również działaniem na zatokę szyjną.

Badania nad odruchem z zatoki szyjnej nie są jeszcze ukończone, a zastosowanie dla celów terapeutycznych, często tak ponętne, musi być stosowane z dużym umiarem i rozwagą.

Piśmiennictwo.

Hering. Sprawozdanie z 43 Kongr. w Wiesbaden, str. 141 i 312. — Eberhard Koch. Zeitschrift für Kreislaufforschung 1932, str. 251 i 613. — Kryszek H. O autoregulacji krążenia (wykład, wygłoszony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 1933). — Edens. Angina pect. vasomot. Münch. Med. Wochenschr. 1932, str. 1374. — Mandelstam. Zeitschr. f. Kreislaufforsch. 1932, nr. 10.

PROF. DR. ADAM CZYŻEWICZ.

WSTĘP DO NAUKI O LECZENIU SPRAW ZAPALNYCH NARZĄDU RODNEGO KOBIETY.

Najdawniej w medycynie było oczywiście lecnictwo empiryczne bez znajomości przemian, jakie wywołuje choroba w ustroju, bez znajomości samych powodów choroby i bez możliwości jej prawdziwej oceny, oparte wyłącznie na doświadczalnym działaniu środków leczniczych, stosowanych przypadkowo, otulonych w cały arsenał kabalistyki i przeznaczonych przede wszystkim do wpojenia choremu wiary, że będzie zdrowym.

Później umysł ludzki przeszedł do badania samej istoty choroby, opierając się na coraz bardziej kształconej znajomości anatomji tak prawidłowej, jak patologicznej, powoli coraz dokładniej oceniał zmiany, jakie w ustroju powoduje, wreszcie sposób, w jaki organizm się broni. Coraz bardziej wyłaniały się określone jednostki chorobowe w swej skończonej formie, coraz wyraźniej zaznaczano i udowodniano ich odrębność wzajemną i coraz więcej zapominano przytem o samym chorym. Doszło wreszcie do tego, że zaczęto uznawać naukę medycyny dla niej samej, w pewnej abstrakcji od cierpiącego człowieka.

I przyszło znowu przebudzenie. Z początku nieśmiałe głosy zaczęły domagać się badania przebiegu choroby w ciele istoty żywej, przerzucenia ciężaru oceny z anatomji na biologję i zajęcia się nietyle chorobą, jako jednostką, ale samym chorym. Pierwotne najdawniejsze lecnictwo zaczynało podnosić głowę.

Ostatnie czasy, w których wśród burz i przewrotów od samych podstaw zapatrywań ludzkości nie ostało się bez zmiany ani jedno, zdawało się już zupełnie utarte i skończone, pojęcie, w których wali się wszystko naokół, czasy, przepojone skrajnym materializmem, nie mogły, naturalnie, oszczędzić medycyny. I była i jest dotychczas poważna obawa, abyśmy w powodzi bezplanowych i bezkrytycz-

nych projektów, nie zatracili tego, co wieki nagromadziły i co musi być podstawą do dalszych rozważań. Na prawo i na lewo panoszy się partactwo, uprawiane zupełnie empirycznie przez laików, zasypują nas mnóstwem gotowych specyfików, produkowanych przez wytwórnie w celach handlowych, a stosowanych często przez lekarzy bez wiary w ich działanie, tylko ut aliquid fieri videatur wobec chorego, który w swoim przekonaniu sam wie najlepiej co mu dolega, którego nie obchodzi żadna wiedza, lecz tylko coraz bardziej popularyzowane przez prasę codzienną opowiadania o medycynie. A skoro w ten sposób wyników pozytywnych osiągnąć niepodobna, kończy się na coraz większej niewierze, coraz gorszej pauperyzacji lekarzy i coraz niższem ich szacowaniu, co nietylko im samym wybitną przynosi szkodę, lecz także, i to przede wszystkim, nie przynosi pożytku tak chorej jednostce, jak całemu społeczeństwu, nie mówiąc już wcale o nauce i wiedzy. Lecznictwo w pojęciu początków medycyny nie jest więcej możliwe, utrzymanie stanowiska badania naukowego samej choroby w oderwaniu od chorego także utrzymać się nieda, a do połączenia jednego z drugim, co jest i być musi ideałem, jeszcześmy nie doszli, krocząc tradycyjnie powolną drogą postępu naukowego.

W czasach wyścigu wszystkich o wszystko, w czasach zmagania się prawie elementarnych sił żywiołowych, w czasach, gdy wali się wszystko naokół i ze zwalonych gruzów wiekowych zdobywcy mają powstawać nowe wartości, stoimy na przełomie. Zapada kurtyna, a obok podnosi się druga i świat majaczy nowy w szarzejącej jutrzence i niejasnych jeszcze zarysach. Za chwilę mamy weń wstąpić i nietylko żyć w nim i pracować, ale pewne jego działy objąć we własne ręce i kształcić i rozwijać, jak potrafimy. Czyśmy do tego dorośli i czy wiemy, jaką postępować drogą, aby dobre były wyniki i korzyść dla społeczeństwa?

Nie waham się na pytanie powyższe odpowiedzieć twierdząco, o ile chodzi o wytyczne kierunki i linje postępowania, a przecząco w stosunku do szczegółów przeprowadzenia tych zasad, wprowadzenia ich w życie i indywidualnego opanowania sytuacji.

Podziemne wstrząsy, które już dawno zapowiadały dzisiejszy kataklizm, zmusiły nas do zastanowienia się, czy postępujemy właściwą drogą, do uznania niejednego z naszych błędów i do szkicowania planów dalszego rozwoju po innych drogach, jak dotychczasowe. W bardzo pośpiesznem tempie dochodziło do olbrzymiego rozwoju nauk, zajmujących się badaniem istoty choroby, dróg jej

szerzenia się i warunków, w których to szerzenie jest możliwe, a nawet ułatwione. W medycynie coraz większą wagę kładliśmy i kładziemy na naukę higieny, zwłaszcza społecznej, bakterjologii i serologii, na badania odporności organizmu w rozmaitych chwilach jego życia i na rozwój fizykalnych właściwości ustroju, co do niedawna zupełnie leżało odłogiem. Wiemy już dzisiaj, że o leczeniu choroby jako takiej właściwie niema mowy, że naszym jedynym zadaniem może i musi być niszczenie jej w zarodku, niedopuszczanie do jej wybuchu i szerzenia się, a dopiero w razie niepowodzenia naszych usiłowań, niejako w ostateczności — leczenie chorego ustroju. Tu jednak wynika niezbicie z naszych dotychczasowych wiadomości, że niema mowy o jakimś jednakowem leczeniu, przeznaczonem dla wszystkich w tym samym sposobie, gdyż są wprawdzie przypadki tej samej choroby u rozmaitych ludzi, ale napewno niema dwu chorych, u których przebieg choroby byłby taki sam, że, inaczej mówiąc, niema dwu równych chorych.

Nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że świat, odsłaniający nam swoje niezbadane jeszcze oblicze, z punktu widzenia medycyny nowożytnej musi być oświetlony dwoma różnokolorowemi słońcami, którym świadomie i zdecydowanie nadamy nazwy: „zapobieganie chorobom“ i „leczenie chorych indywidualne, osobnicze“.

Oto dwa kierunki, świadomie u nas określone, wskazujące drogę na przyszłość, mogące prowadzić i prowadzące niezawodnie do celu, którym, jak zawsze, pozostaje *salus aegroti*. Pod tym względem jesteśmy przygotowani i niema w nas wątpliwości.

Inna rzecz z wykonaniem praktycznem zakreślonego celu. Wiele, bardzo wiele zrobiono już w dziale zapobiegania. Ujęto w karby nie tylko istotę szerzenia się poszczególnych chorób, potrafiono wiele z nich poprostu wygubić doszczętnie tak, że w najkrótszym czasie przejdą do wspomnień i historii, potrafiono wskazać sposoby ochrony i jak na wojnie sporządzić maski ochronne przeciw niewidzialnemu, a tem groźniejszemu wrogowi. Umiemy już zakładać ludzkie osiedla tak, aby urządzeniem zapobiegały przenoszeniu się i szerzeniu chorób. Umiemy wytwarzać całe szeregi surowic i szczepionek zapobiegawczych i to wszystko uważamy za cenne zdobycze ostatnich czasów.

Ale jeżeli nie uda się nam ustrzec organizmu od wtargnięcia nieprzyjaciela, jeżeli stajemy z nim oko w oko przy łożu chorego, to nasza wiedza zostawia nas prawie zupełnie bez broni. Jak dawniej, może z przyzwyczajenia, a raczej z niemocy, stosujemy

szablonowo cały szereg najrozmaitszych leków i sposobów postępowania, i wraz z choremu cieszymy się jeżeli trudy nasze doprowadzą do odzyskania zdrowia. Tylko potem, gdy w ciszy i spokoju zastanawiamy się nad osiągniętymi wynikami, jakże często dochodzimy do przekonania, że raczej natura sama dokonała uzdrowienia, a my w najlepszym razie nie szkodziliśmy jej dobroczynnemu działaniu, a może czasami naszymi skromnymi siłami pomogliśmy jej w dziele. Nikt z nas nie może się poszczycić świadomością, że potrafił naprzód obliczyć i wskazać drogę właściwą leczenia w danym przypadku, ba — nawet nikt nie potrafi twierdzić, że wiedział naprzód, jakie będzie działanie polecanego środka leczniczego i że przed jego zastosowaniem znał organizm chorego w takich szczegółach, jakie byłyby konieczną podstawą do spokojnego zastosowania jakiejkolwiek terapii.

Trzeba wracać do podstaw biologii, ale nie tej ogólnej, przeciętnej, dobrej dla każdej statystyki, ale bezwartościowej dla indywidualnej oceny chorego, trzeba się nauczyć oceniać w krótkim czasie wartości życiowe zgłaszającego się do nas chorego i dopiero na tej kanwie pleść naprzód obraz choroby, potem powiązać wszystko razem i wkońcu ostrożnie prowadzić leczenie. Tylko że w takim razie leczenie to będzie dla każdego przypadku odmienne, bo celem jego być musi wydobyć z chorego drzemiących jego własnych sił obronnych, spotęgowanie ich ad maximum i zaatakowanie nimi napastującej choroby.

Droga trudna i długa, tem trudniejsza, że nie może polegać, jak w starożytności, na empirji i na szablonie, będącym jej następstwem, tylko musi się oprzeć na bardzo rozległej ścisłej wiedzy, jaką bezsprzecznie była i jest dotychczasowa medycyna naukowa. To jest właśnie powodem, dlaczego byłoby bezcelowem iść śladem rozmaitych lekarzy nieoficjalnych, magów tajnej „wiedzy wschodu“, lub też wielkich „doktorów“ domorosłych, choć wszyscy oni przedstawiają nam całe szeregi rzekomo uratowanych od śmierci ludzi, których nie potrafiliśmy wyleczyć naszymi sposobami, a którzy nawet publicznie uważają nas za „stado uczonych baranów“. Każdy lekarz wie dobrze, ile zgłasza się chorych z urojonemi cierpieniami, w które święcie wierzą i ile ma takich wyleczonych najzwyczajszą psychoterapią. Gdybyśmy tym chorym chcieli przedstawiać ich cierpienia jako ciężkie schorzenie lub nawet tylko nie sprzeciwiali się ich przekonaniu o istniejącej chorobie, mielibyśmy także falangi wyleczonych, głoszących naszą sławę pod niebiosami. Tylko że my

nie chcemy tych łatwych laurów, w gruncie rzeczy bezwartościowych. Ale uznajemy także, że tam gdzie u ludzi zdrowych, a jednak uważających się za chorych, nie pomaga i najdalej i najlepiej prowadzona uczciwie psychoterapia, trzeba będzie dopomóc środkami leczniczymi, właściwie zupełnie zbędnymi, to jest pójść drogą, że tak powiem, oficjalnej szarlatanerii. Tylko jedna jest wtedy między nami różnica. My wiemy, że niema środka nieszkodliwego, wiemy, że niema lekarstw jakichkolwiek rzekomo obojętnych i że w pewnych warunkach nawet tak niewinne środki, jak woda, mogą spowodować nieobliczalne następstwa nie tylko przez niweczenie sił ochronnych ustroju, ale nawet przez możliwość wytwarzania ciał chemicznych, które w danym organizmie i w danej chwili mogą być wprost szkodliwe. Dlatego też, zmuszeni czasami do naśladowania postępowania magów wiedzy nieoficjalnej, czynimy to niechętnie i pełni obawy, czego oni nie mają, nie zdając sobie sprawy z możliwych następstw.

A teraz spróbujmy odpowiedzieć na pytanie, czy jesteśmy przygotowani do wstąpienia na drogę wspomnianego leczenia indywidualnego. Zazaczyłem powyżej, że nie mam tego przeświadczenia. Już dzisiejsza medycyna jest nauką tak wielką i obszerną, że niema na świecie lekarza, któryby potrafił zgłębić i spamiętać szczegółów więcej jak jednego działu sztuki lekarskiej. Możemy objąć ogólne wytyczne medycyny, potrafimy w naszej specjalizacji opanować jeden jej kierunek, ale na tem koniec. A ponieważ do indywidualnej terapii konieczne jest znać dokładnie wszystkie czynności ustroju i to w najrozmaitszych chwilach jego istnienia, przeto nawet dzisiejszy specjalista nie ma dostatecznych podstaw oceny szczegółów leczenia i automatycznie wpada w szablon, choć znacznie ograniczony właśnie specjalistyką swego działu wiedzy lekarskiej. Jakiż stąd wniosek? Jeden tylko da się postawić. Poza dotychczasowymi działami medycyny musi powstać osobny dział terapii szczegółowej, niekoniecznie związany z dzisiejszym podziałem sztuki lekarskiej. Rozumie się samo przez się, że taki specjalista-terapeuta nie będzie mógł wszechstronnie konkurować z fachowcem danego odłamu medycyny i że tem samem nie może być w całym tego słowa znaczeniu samodzielnym. Przeciwnie. Obaj razem muszą stanowić dobrze zgraną parę, wzajem się uzupełniającą, której jeden członek ma postawić rozpoznanie i kontrolować przebieg choroby, a drugi leczyć ją zawodowo wszelkimi sposobami, które dokładnie opanował.

W tym stanie rzeczy trzeba będzie koniecznie wyeliminować z naszej zwykłej codziennej praktyki cały szereg przypadków uporczywych lub powikłanych, nie brać się do ich leczenia, gdyż niewiele tem pomożemy, a przeciwnie — odrazu z miejsca powierzać je opiece specjalistów-terapeutów, zachowując sobie jedynie prawo kontroli przebiegu choroby i kierownictwa w dużych, ogólnych zarysach. W naszych obecnych warunkach niema dwu zdań, że miejscem działalności tych specjalistów-terapeutów będą przede wszystkim zakłady lecznicze i zdrojowiska, czy uzdrowiska. Tu też powinien się przenieść cały ciężar właściwego, celowego leczenia. Samo się przez się rozumie, że to, co powiedziałem, nie może się odnosić do przypadków leczenia operacyjnego. Te, jak dotychczas, będą się skupiały wkoło poszczególnych, ad hoc wyszkolonych lekarzy, którzy nietylko wyrobioną techniką postępowania, ale swojemi indywidualnemi wartościami staną na wysokości zadania.

W ten sposób postawiona sprawa zarysowuje odrazu konieczność powstania nowej specjalności terapeutów, do której powołani będą przede wszystkim lekarze balneolodzy. Nie można twierdzić, że są oni już wyszkoleni w dostatecznej mierze. Długą jeszcze muszą przebyć drogę, aby doszli do tego, czem być powinni, choć bynajmniej nie można zaprzeczyć, że wielu z nich zrozumiało już właściwe swoje zadanie i systematycznie postępuje drogą, prowadzącą do celu. Tylko zanadto jeszcze oczekują wskazówek z naszej strony i za mało dają ich sami. Wszak my, zaabsorbowani w zupełności całokształtem medycyny i odsunięci od codziennej drobnej a żmudnej praktyki, zwłaszcza zdrojowskowej, nie możemy nadążyć i dać im wskazówek potrzebnych. Muszą się pod tym względem wyemancypować, będąc pewnymi, że z całą ochotą, oparci o całość badań klinicznych, damy im chętnie ogólne linje wytyczne i cieszyć się będziemy, gdy idąc wskazaną im drogą wykształcą szczegółowe sposoby postępowania, co dopiero razem da całokształt obrazu. Jest także pewne, że i dla nas ich doświadczenie będzie miało bardzo poważne walory i napewno zmieni niejedno zapa-trywanie.

Tyle sprawy ogólnej. Nie można jej było ominąć, bo musi ona być podstawą dla wszystkich naszych poczyniń i na jej tle dopiero wolno snuć dalsze obrazy szczegółowe. Nie można powiedzieć, abyśmy tego nie czynili już od dłuższego czasu. Nie jestem kompetentny aby mówić o innych działach medycyny, poza tym, który jest moją specjalnością. Ale tutaj mam wiele do zanotowania. Prze-

dewszystkiem położnictwo. To, którego dziś uczymy, tak jest niepodobne do tego, którego nas uczono, że doprawdy nie wiemy, jak jedno z drugim pogodzić. Oparliśmy je na zupełnie odmiennych podstawach, wymagających przedewszystkiem jak najdokładniejszej znajomości fizjologii w bardzo szerokich granicach ze szczególnem uwzględnieniem mechanizmu porodowego, który stał nam się prawie zupełnie jasnym, i na skrajnej indywidualizacji każdego przypadku zosobna. Nie można zaprzeczyć, że w ten sposób położnictwo stało się znacznie trudniejszą nauką, niż było poprzednio, bo zabrano mu wszelkie, rzekomo niewzruszone podstawy oceny sztywnej, jak: orientację według wymiarów miednicy, wielkości główki, wskazań i warunków, tak ściśle dawniej przewidzianych dla każdego zabiegu operacyjnego i tak bardzo ułatwiających sposób postępowania i wszelki, choćby tylko zaznaczony szablon. Zamiast tego zażądano indywidualnej orientacji z wyników badań innych działów medycyny, na oko luźno związanych z położnictwem, i kazano dla każdego przypadku zosobna budować gmach cały, wyłącznie do niego przystosowany i dla niego tylko mający wartość, oparty o biologję w najszerszem tego słowa znaczeniu tak fizjologiczną, jak patologiczną, a spojony cementem ścisłej logiki i podstawowymi prawami fizyki. Ale też zato wyniki stały się nie do poznania inne i śmiem twierdzić — bez porównania lepsze, niż były poprzednio. Ileż mamy dziś na porządku dziennym przypadków, w których chore, w zdecydowany sposób przeznaczone do cięcia cesarskiego lub pomniejszenia główki płodu, rodzą normalnie, bez pomocy, zdrowe i żywe dzieci. W jakże wielu przypadkach okazało się, że wykonywano niepotrzebnie nawet ciężkie zabiegi operacyjne tam, gdzie świadome i spokojne czekanie dałoby bez porównania lepsze wyniki. Jakże często ogarniał nas niepokój, gdy z początkiem I okresu porodu nie ustalała się główka, co prowadziło do zbyt pochopnego wkraczania, bardzo często z jak najgorszym wynikiem. A ileż razy dziś spokojnie czekamy, wiedząc, że przełomem nie jest początek I. okresu, ale jego koniec, bo wtedy dopiero wobec całkowitego wykształcenia dolnego odcinka wchodzi w grę pełnia siły wydalającej, która doprawdy czyni cuda. Wiemy dziś i jesteśmy przekonani, że indywidualizacja w położnictwie jest koniecznością i czekamy spokojnie na niedaleką już chwilę, kiedy uznane to zostanie powszechnie. Pod tym względem żadnej już nie mamy wątpliwości.

Gorzej przedstawia się sprawa w ginekologii, zapewne dlatego,

że nie jest ona tak zwartą specjalnością, jak położnictwo. Za dużo ma rozmaitych działów, aby je można było wspólnie rozważać pod jednym kątem widzenia. I tu jednak wre praca. Pierwszym jej objawem był wykład przed kilku laty na zjeździe w Krynicy wykład w którym Rosner w tak oryginalny sposób przedstawił nam swoje zapatrywania na płodność kobiety w jej zależności od sprawy żywienia. Wielu z nas pamięta jeszcze te złote myśli, jakie padały jedna za drugą z tego samego miejsca, gdzie dziś mam zaszczyt przemawiać. Ale na razie na tem się skończyło. Sądzę, że czas najwyższy, aby podjąć temat na nowo i przejrzeć bilans naszych wiadomości i zamierzeń w drugim dziale ginekologii, postawionym oficjalnie na porządku dziennym niniejszego zjazdu. to jest w stosunku do spraw zapalnych narządu rodnej kobiety. Spróbuję zapoczątkować dyskusję, nie wdając się zupełnie w szczegóły sprawy, a podnosząc tylko jedynie rozważania ogólne.

Już sama definicja form zapalenia, oparta na wynikach badań anatomicznych, a wzmocniona znajomością powodów wywołujących chorobę, jest wprawdzie bardzo wartościowa dla istoty jednostki chorobowej i dla rozwoju nauki o niej, ale jako podstawa terapii właściwie nic nie mówi. Podstawą bowiem terapii musi być dokładna znajomość przebiegu choroby i to nie ogólnie, ale jednostkowo w danym przypadku. Jakżeż mamy tu sobie radzić, skoro każdy z nas widział setki i tysiące przypadków zapaleń narządu rodnej kobiety, przebiegających w tak rozmaity sposób, z powikłaniami tak różnorodnymi, że niepodobna ani ich naprzód przewidzieć, ani zapobiec im w jakikolwiek sposób. Mamy przed sobą całą olbrzymią skalę, poczynając od najłżejszych, prawie nie dających objawów, podrażnień początkowych błony śluzowej jajowodów po niepowikłanym przebiegu poronień, aż do gwałtownie przebiegających zapaleń choćby tych samych jajowodów, prowadzących czasem w ciągu kilku godzin do rozlanego zapalenia otrzewnej i do śmierci. A gdzie rozległy wykaz najrozmaitszych objawów, powikłań i następstw w przebiegu form przewlekłych, których prawie każdy przypadek przedstawia inny zbiór objawów, inne daje powikłania i następstwa, inaczej się szerzy i całkiem odmienne daje rokowanie. Chciałoby się poprostu myśleć o zupełnie odmiennych, istotnych postaciach chorobowych, czemu przeczą ściśle badania kliniczne i obrazy anatomiczne. Musimy sobie odrazu całkiem wyraźnie uprzytomnić, że samo rozpoznanie, choćby najściślej, nie daje jeszcze podstaw do rokowania, a tem mniej do leczenia. Dać je

może dopiero ocena nadzwyczaj ścisła i drobiazgowa całokształtu czynności i możliwości danego ustroju, czego kamieniem węgielnym jest wyłącznie jak najdokładniejsze poznanie danego chorego ustroju i to nietylko w chwili gdy już jest chory, ale także i w stanie poprzedniego zdrowia. To dopiero pozwoli nam na ocenę jego siły żywotnej i możliwości, jakie do walki z chorobą jest w stanie ze siebie wydobyć. I to jedynie może być podstawą do właściwego, celowego leczenia. Jakżeż od tego jeszcze jesteśmy dalecy!

Nie waham się twierdzić, że tu leży sedno sprawy i tu właśnie jest początek muzyki przyszłości medycyny.

Nie ulega wątpliwości, że przebieg i wynik choroby zależy od przebiegu walki między atakiem jej sprawcy a odpornością ustroju. Co do zapaleń, to atakującym wrogiem jest bakteria. Przyzwyczajaliśmy się twierdzić a priori, że najcięższe zapalenia ginekologiczne wywołuje łańcuszkowiec, zwłaszcza hemolityczny i w tych przypadkach odrazu rokować niepomyślnie. Zapewne jest to słuszne tam, gdzie ogarnął on już w pełnym rozwoju cały organizm, zniszczywszy poprzednio jego środki obronne. Ale bynajmniej zapatrywanie to nie jest słuszne w początkach sprawy chorobowej. Widujemy niejednokrotnie przypadki zakażenia łańcuszkowcami, przebiegające całkiem łagodnie, z drugiej zaś strony przypadki zakażenia rzekomo mało groźnymi dwóinkami rzeżączki lub gronkowcami, prowadzące do długich ciężkich powikłań i wreszcie do śmierci. Widocznie zatem sama forma drobnoustroju niezawsze ma decydujące znaczenie, a główny ciężar oceny przerzucić należy na jego jadowitość. I tu jednak nie koniec trudności. Wszak wiemy dobrze, że jadowitość bakterji jest rzeczą zmienną i to niejednokrotnie w tak krótkim czasie, że udaremnia nam wnioski z przeprowadzanych doświadczeń, które tak często wynikiem swoim przychodzą za późno. Sprawa ta nie podlega dziś żadnej wątpliwości po sławnych próbach „passage'u“ Pasteura, po tak ciekawych doświadczeniach Kleckiego, prowadzących do jego teorii o „zamkniętej przestrzeni“, wreszcie po niepowodzeniach prób oznaczania jadowitości drobnoustrojów w przypadkach poronień zakażonych, w których obiecywano sobie właśnie ścisłe wskazówki orientacyjne dla postępowania leczniczego. Nie mamy tu dotychczas właściwego sposobu oceny i wydaje się, że wobec jednostronnego oświetlania sprawy tylko ze strony bakterji, nigdy go mieć nie będziemy. Jest to zresztą najzupełniej słuszne. Nie chodzi bowiem o jadowitość drobnoustroju in abstracto, ale o jego jado-

witość względną w stosunku do atakowanego ustroju. Stąd jadowitość ta, jako wyraz wyniku walki, będzie zawsze tylko wykładnikiem, czy zwycięstwo przechyla się indywidualnie na stronę choroby, czy zdrowia danego przypadku. Każde jej zwiększenie świadczyć będzie o postępie choroby, każde zmniejszenie — o jej cofaniu się, wynik już się nie zmieniający jest końcem walki, to jest zdrowiem albo śmiercią, co wprowadzie dla oceny przypadku z punktu widzenia medycyny teoretycznej jest bardzo cenne, ale z punktu widzenia terapii — bez żadnego znaczenia.

W logicznej konsekwencji musimy przeto dojść do wniosku, że gdybyśmy nawet byli w stanie ocenić jadowitość bakterij, działających w danym przypadku, to dla sprawy leczenia nie mielibyśmy z tego wielkiego pożytku. Musimy zatem postępować inną, pośrednią drogą, polegającą nie na wykazywaniu samej jadowitości drobnoustrojów, ale na stwierdzaniu odczynu ustroju na tę jadowitość. Szczęściem, mamy przynajmniej w rękach drogę postępowania, choć przyznać trzeba jeszcze nie na tyle wykształconą, aby była własnością ogółu lekarzy, dostępną im łatwo w codziennej praktyce. Mam tu na myśli wnioski, wysnuwane z morfologii krwi, która doprawdy jest tak czuła na wszelkie zmiany zapalne, toczące się gdziekolwiek w organizmie, jak żadna inna tkanka. Najłżejsze się w niej odbijają zmiany i to prawie że bezpośrednio z godziny na godzinę. Trzeba tylko umieć czytać w wynikach badania morfologii krwi, a można w nich bardzo wiele odnaleźć. Tylko że czytanie to wymaga dużej wprawy i dużej pracy. Spróbuję w kilku zdaniach podnieść najważniejsze dane, jakich nam dostarczają analizy.

Charakterystyczną cechą morfologii krwi w sprawach zapalnych jest leukocytoza, stworzona przez napływ ciałek wielojądrazstych obojętnochłonnych. Jest ona wyrazem obronnego odczynu ustroju. Im większa — tem silniejszy ten odczyn, im mniejsza — tem słabszy. Pomijając przypadki, w których odczynu niema z powodu małej lub żadnej jadowitości bakterij, możemy powiedzieć, że im wyższa leukocytoza, tem silniejszy jad działa lub tem silniejszy jest broniący się organizm, im niższa — tem jad jest słabszy, lub tem słabszy jest organizm. Mamy także sposób do rozdzielenia powyższych możliwości, a jest nim tak zwane przesuwanie się na lewo obrazu neutrofilnego, będącego wyrazem strat, jakie ponosi krew pod wpływem działania jadu. A zatem; przypadki silnego działania jadu, to jest dużej jego jadowitości, w ustroju odpornym i silnym dadzą wysoką leukocytozę ze znacznem przesu-

nięciem obrazu neutrofilnego, przypadki silnego działania jadu w ustroju słabym — małą leukocytozę ze znacznem przesunięciem obrazu, przypadki małej jadowitości bakterji, działającej w silnym ustroju — leukocytozę wybitną obok małego przesunięcia obrazu i wreszcie przypadki słabego działania jadu w ustroju słabym — małą leukocytozę i małe przesunięcie obrazu neutrofilnego. Naturalnie, odnosi się to wszystko do przypadków, w których drobno-ustroje nie są umiejscowione i zamknięte tak szczelnie, że jady ich wogóle lub prawie wogóle nie dostają się do obiegu krwi i nie wywołują żadnego odczynu. Dodać jeszcze winniem odrazu, że badania morfologii krwi jednorazowe zazwyczaj jeszcze nie dają wystarczającej podstawy do oceny przypadku, gdyż nie wiemy nigdy, jaki był skład krwi przed wybuchem choroby. Dopiero badania dwukrotne, wykonane w tych samych warunkach i koniecznie przez tego samego badacza, dają, jako wartości porównawcze, nieocenione wskazówki nietylko dla rozpoznania osobniczego, i to najważniejsze, dla rokowania w każdym poszczególnym przypadku.

Powyższe spostrzeżenia pozwalają odrazu od początku choroby na ustalenie jej właściwego obrazu i sędzę, że nigdy nie powinniśmy się pozbywać sposobu oceny przypadku na podstawie morfologii krwi, bo doprawdy nie znamy na razie żadnego lepszego.

Z badania morfologii krwi możemy ponadto wyciągnąć wnioski dla zastosowania właściwej terapii. Ponieważ pierwszą jej tezą powinno być niszczenie zakażających bakterji, a do tego celu dziś najlepszym znanym środkiem są szczepionki i surowice, ponieważ jednak zwykłym badaniem fizykalnem nie jesteśmy w stanie przewidzieć, czy ustrój chory zniesie bez szkody działanie tych środków leczniczych, przeto ich stosowanie musi iść w parze z oceną sił organizmu. Weźmy parę przykładów. Morfologia krwi nie wykazuje żadnych zmian, co wskazuje na sprawę zupełnie umiejscowioną, nie działającą na ustrój ogólny. Ani surowica, ani szczepionka nie są potrzebne. Można by jedynie stosować je zapobiegawczo, co wobec bakterji ropnych wcale nie jest bezpieczne, gdyż łatwo może uruchomić jady, choćby przez niepotrzebną, a przecież poważną pracę organizmu. To samo będzie w przypadku silnej leukocytozy z małym przesunięciem się obrazu neutrofilnego na lewo. Tu wprawdzie walka się toczy, ale pomocy nie potrzeba. Natomiast przypadki z silną leukocytozą i znacznem przesunięciem staną na pograniczu i usprawiedliwią stosowanie szczepionek, szczególnie jeżeli obraz krwi w następnych badaniach będzie się

pogarszał. Typowym terenem działania szczepionek będą przypadki małej leukocytozy z nieznacznym przesunięciem, tu bowiem wysiłek ustroju łatwiej pokona niezbyt ciężką chorobę. Wreszcie przypadki z małą leukocytozą a silnem przesunięciem obrazu powinny być raczej polem działania surowic, nie zaś szczepionek, gdyż niema wiele danych na to, aby wycieńczony, słaby ustrój był w stanie choćby krańcowym wysiłkiem pokonać ciężką chorobę.

Wygląda to znowu na szablon wskazówek leczenia choroby bez względu na chorego. Tak nie jest bynajmniej, jeżeli się tylko zważy, że właściwe działanie szczepionek i surowic jest wybiórcze i powinno się opierać na poprzedniem stwierdzeniu rodzaju bakterji, wywołującej chorobę przez wyhodowanie jej bądź w stanie czystym, bądź, jeżeli to niemożliwe, przynajmniej na prawdopodobnem jej określeniu. W tym stanie rzeczy możliwość kombinacyj będzie już tak duża, że o szablonie trudno mówić, a raczej będzie to do-prawdy prawdziwem leczeniem indywidualnem, możliwem dzisiaj do osiągnięcia.

Oto pierwszy postulat, który chciałem podnieść w stosunku do leczenia spraw zapalnych ginekologicznych w ich samym początku, w tym stanie, w którym dotychczas stosowaliśmy powszechnie środki, właściwie napozór obojętne, jak: spokój, łód, przetwory makowca, środki przeciwbólowe i t. d., a w których ostatnie czasy zaznaczają dążność do stosowania przedwcześnie białka pozajelitowo, lub szczepionek czy surowic bez wyboru i bez oceny osobniczej.

Drugi temat, nastroczający sposobność do uwag, to sprawa czasu stosowania przetworów, których istotą działania jest wprowadzenie pozajelitowe białka. W swych najrozmaitszych odmianach okazały się rzeczywiście bardzo dzielnym środkiem leczniczym, nie można było jednak dotychczas ustalić bezspornie, czy, jak chcą jedni, należy je stosować w okresach wczesnych zapaleń, prawie że od ich samego początku, jeszcze w stadium gorączki i pełnego rozwoju choroby, czy też, jak chcą drudzy, lepiej pozostawić je jako wy-tyczny czynnik resorbcyjny w przewlekłym okresie zapalenia. Z licznych spostrzeżeń naszej kliniki nabrałem przekonania, że jednakowoż przetwory te we wczesnych okresach są bronią obo-sieczną i że wskutek tego nie należy ich w tem zastosowaniu pole-cać do powszechnego użytku. Natomiast są one bardzo wartościowe już zaraz po zaznaczającym się spadku ciepłoty i tu znacznie przyspieszają nietylko umiejscowienie się zapalenia, ale także często wybitnie wpływają na przebieg sprawy zapalnej i jej cięż-

kość. Naturalnie, że i w stanie przewlekłym choroby mogą być z dużym pożytkiem stosowane. Najwłaściwszym dla nich momentem jest czas, ograniczony z jednej strony spadkiem ciepłoty poniżej 38°, jako wyrazem ustępowania okresu ostrego, a z drugiej — przejściem chorej w okres przewlekły, w którym już spokojnie mogą być stosowane wszelkie, nawet bardzo energiczne zabiegi, prowadzące do przyśpieszenia wysysania się nagromadzonych wysięków. Chodzi tylko o to, aby potrafić odróżnić tę drugą granicę. Sądzę, że da się to łatwo uskutecznić zapomocą odczynu opadania krwinek, podanego przez Biernackiego. Dopóki jest przyśpieszony, dopóty nie jesteśmy nigdy pewni, czy jakkolwiek energiczniejszy środek leczniczy, zastosowany przez nas, nie wywoła zaostrzenia się sprawy, co naturalnie nietylko przedłuży okres leczenia, ale bardzo łatwo prowadzić może do nieobliczalnych następstw i powikłań. Z chwilą, gdy opadnie do normy, możemy spokojnie wprowadzić działanie ciepła pod jakąkolwiek postacią: kąpieli leczniczych, lub elektroterapii, czy mechanoterapii. Sprawdza się nam to prawie we wszystkich przypadkach.

Znacznie trudniej ocenić wytyczne kierunki terapii w przypadkach przewlekłych, w których przyśpieszenie i wzmożenie wysysania się wysięków musi pozostać linją przewodnią. Powodem tego jest przedewszystkiem fakt, że wysysanie się takie wymaga poważnej pracy ustroju, do której go zmuszamy, nie wiedząc w danym przypadku czy zadaniu podoła. Zapewne, o ile ustrój ten okaże się za słaby, choroba rzadko przybierze postać nawrotu ostrego okresu, ale przedewszystkiem będzie przeciągała się w nieskończoność, co wcale nie jest obojętne dla organizmu, a ponadto bardzo często doprowadza to do utraty zaufania chorej, która, rozczarowana, niejednokrotnie zwraca się do przedstawicieli medycyny nieoficjalnej, lub też pozostaje na całe życie zgorzkniałą kaleką.

Ocena powyższej sprawy nie jest łatwa, gdyż musi się opierać na najtrudniej uchwytnej obserwacji stanów odporności ustroju, nietylko rozmaitych prawie dla każdego człowieka, ale ponadto zmieniających się bardzo łatwo i bardzo często nawet podczas zupełnego zdrowia. Nie wspominam tu nawet o szczegółach wpływu wrodzonej konstytucji, bezwątpienia nadzwyczaj ważnych dla oceny sytuacji i sprawiających, że w takich samych na oko sprawach zapalnych znaleźć się muszą najrozmaitsze pod względem swej formy i ciężkości przypadki, bo do rozstrzygnięcia powyższego pytania potrzebne będą bardzo liczne spostrzeżenia, których

dotychczas prawie nie mamy, a które dadzą się systematycznie przeprowadzić wobec stałości i niezmienności konstytucji każdego osobnika. Zresztą w programie zjazdu przewidziany jest temat i jestem pewny, że wyniki badań oświecą go wyraźnie. W ogólnych zarysach chciałbym jednak dotknąć sprawy warunków zmiennej w ustroju, gdyż jestem przekonany, że one muszą wywierać potężny wpływ nie tylko na rozpoznanie i rokowanie w danym przypadku, ale przede wszystkim na szczegóły leczenia i doprowadzić do daleko posuniętej indywidualizacji stosowania zabiegów leczniczych.

Chyba niema ani jednego ginekologa, któryby na swoim własnym materiale nie zauważył, że sprawy zapalne narządu rodowego ulegają często wybitnemu pogorszeniu w przebiegu miesiączki lub poronienia, ciąży lub porodu. Jest to tak znana rzecz i tak powszechnie uznawana, że nie trzeba jej szczegółowo uzasadniać, a należy tylko wspomnieć dla pamięci w danej chwili. Podobnie niejednokrotnie wpływają stosunki płciowe, zwłaszcza w stanie podniecenia alkoholem. Poza tem jednakże są obserwacje fizjologiczne zdrowego ustroju, które okazują się pierwszorzędnej wagi w ocenie terapii spraw zapalnych narządu rodowego kobiety. Stwierdzają one, że na przykład morfologia krwi wykazuje wyraźne odchylenia w formie leukocytozy po tak niewinnych czynnościach, jak jedzenie lub ruch fizyczny, trawienie lub zwykła kąpiel. Widocznie zatem dzieją się w ustroju rzeczy, które odbijają się na jego całokształcie i prowadzą do zaburzenia równowagi, wprowadzając chwilowe, ale przecież tej miary, że dają wyraźne objawy ogólne. Nie może ulegać żadnej wątpliwości, że przemiany te, choć fizjologiczne i przejściowe, wymagają poświęcenia pewnej sumy siły ustroju, wskutek czego on sam musi choćby chwilowo pozostać o tę właśnie dawkę siły słabszym. Skoro zaś stawia mu się pewne żądania ponad miarę normalnych czynności, jak to właśnie występuje w pokonywaniu choroby, a tak widocznie i wyraźnie w zwalczaniu jądów bakteryj, zwłaszcza ropnych, będących podstawą zapaleń, to stanie się jasne, że każde zaburzenie, nawet fizjologiczne, musi zmniejszać siłę idącą ustroju, a tem samem ułatwiać atak bakteryj.

To samo wreszcie stwierdzamy obserwacją chorych w stosunku do ich stanu nerwowego. Wszak tak często przypominamy im, że chcąc prędko wyzdrowieć, muszą zachowywać pogodę umysłu, starać się rozerwać i wierzyć, że będą zdrowe. A jeżeli

przejdę już wprost do spostrzeżeń balneologów, to znajduję tam takie klasyczne obserwacje, że wprost trudno o nich nie wspomnieć. Wszak chyba każdy z nich potwierdzi, że kąpiel z bezwodnikiem węgla, tak miła i przyjemna dla ludzi zdrowych i tak ich orzeźwiająca, bywa niekiedy wcale nieobojętna dla chorych, u których nie tylko może nie działać leczniczo, ale może nawet spowodować ciężkie zaburzenia ze strony serca, wymagające bezpośredniej interwencji lekarza, lub wreszcie pogarszanie się spraw zapalnych, zamiast spodziewanego wpływu dobroczynnego. Wszak sami balneolodzy dobitnie zwracają uwagę chorych na konieczność przestrzegania ściśle przepisów kąpieli i stosują je ostrożnie i zawsze w niepewności, czy nie zaszkodzą, zamiast pomagać.

Wszystko to razem prowadzi do jednego tylko wniosku, że skoro chcemy naszą terapią przynieść prawdziwy pożytek chorej, musimy się liczyć z warunkami i momentem stosowania każdego środka leczniczego, zwłaszcza w zakresie mech. anoterapii, elektroterapii i balneoterapii. Musimy sobie jednakowoż równocześnie powiedzieć, że do ścisłego przeprowadzenia powyższej zasady ani my nie jesteśmy dostatecznie przygotowani, ani nie są przygotowane nasze zdrojowiska. I to może najważniejszy dział, który w dzisiejszym odczycie chciałbym poruszyć, rozwijając w ten sposób postulat, wysuwane już częściowo przez Rosnera.

Jeżeli chora nasza ma szybko i pewnie wracać do zdrowia, to musi przede wszystkim mieć spokój i to w najszerszym tego słowa znaczeniu. Musi mieć nie tylko dobrą usługę i pomieszczenie wygodne, ale także odpowiednie, do niej dostosowane, rozrywki i otoczenie, tak aby się czuła dobrze i swojsko, jak w domu wśród kochającej ją i dbającej o nią rodziny. A tymczasem co się dzieje w naszych zdrojowiskach? Proszę kiedy zadać sobie chwilę trudu i przypatrzyć się uważnie chorej, spoczywającej na leżaku, okrytej kocykiem i tęskno patrzącej na kłębowisko rozbawionych ludzi zdrowych, których jedynym celem jest wesół zabawa, ludzi wystrojonych według najnowszej mody, chełpiących się młodością i zdrowiem, niepomyślnych, że obok zmaga się człowiek z cierpieniem i że jeżeli w zdrojowisku wolno mówić o intruzach, to oni właśnie, nie zaś ci chorzy, są nieproszonymi gośćmi. Widziałem niejedną łzę, która zakręciła się w oku chorej kobiety, zmuszonej patrzeć na ten tłum rozbawiony i przypomnieć sobie, że był czas, kiedy ona także była wesół i zdrowa. A cóż się dzieje poza porą zabiegów leczniczych? Czy pomyślano o tem, aby ci chorzy mogli

znaleźć rozrywkę w teatrze, czy kinie, na dobrym koncercie, czy zajmującym odczycie? Ani śladu tego wszystkiego. Koncert muzyki zdrojowej — oto wszystko, co w przeważnej liczbie przypadków dają zdrojowiska poza leczeniem swoim pacjentom. Przed godziną ósmą wieczorem znajdzie się chyba dancing w jakiejś kawiarni, co dla chorych będzie tylko znowu momentem drażniącym. Ale zato od ósmej wieczorem rozśpiewa i roztańczy się wszystko i hula i bawi co najmniej do północy. I teatr pełny i kina i sale balowe, dancingi i gabinety, restauracje i cukiernie. A chorzy? O tych nikt się nie troszczy nawet wtedy, gdy się skarżą, że im spać nie dają. Czy w tych warunkach może działać nasza terapia? I pociągać w takim razie jeździć do zdrojowisk, skoro lepsze warunki można uzyskać gdziekolwiek na wsi, lub choćby i we własnym mieszkaniu.

Tu leży błąd zasadniczy, który musi być naprawiony. Inaczej nigdy nie ruszymy z miejsca. Zdrojowiska muszą wybrać, muszą wyraźnie powiedzieć, czy chcą być rajem dla zdrowych, czy też miejscem leczniczym dla chorych. Połączyć się te sprawy absolutnie nie dadzą w jednym miejscu, bo wtedy siłą rzeczy zdrowi zagarną dla siebie wszystko, a dla chorych zostaną ostatki, łaskawie im użyczone. A skoro które ze zdrojowisk — a powiem nawiasowo, że są już takie — oświadczy, że chce swoje naturalne, często olbrzymie walory dać do dyspozycji chorym i tylko chorym, wtedy dla tych chorych właśnie musi być wszystko urządzone, aby mogło osłodzić im cierpienia i wracać zdrowie. Muszą być dla nich stosowne rozrywki i imprezy, zawsze w dzień, nie w nocy i musi wszystko milknąć z uderzeniem godziny dziesiątej wieczorem i to bezapelacyjnie. Wtedy można mówić o celowej terapii, można wykazywać wyniki daleko lepsze, niż są dzisiaj, i coraz lepsze, i można na pewno liczyć, że każdy chory, zyskując z dnia na dzień zdrowie, nie tylko nie będzie żałował że wyjechał do zdrojowiska, ale wdzięczny będzie doń wracał i kierował tam wszystkich, potrzebujących pomocy. Powtarzam, że są już tak urządzone zdrojowiska i nie potrzebują tego żałować. Miejsc wolnych prawie nigdy w nich niema.

Proszę mi łaskawie darować te cierpkie może słowa. Nie mówię ich dla krytyki. Daleki jestem od tego. Ale mówię na podstawie wielu, wielu skarg moich chorych i na podstawie spostrzeżeń, jakie sam robiłem niejednokrotnie i nie w jednym miejscu. Mówię dla dobra nie tylko chorych, choć ci naturalnie są na pierwszym miejscu.

ale także dla dobra i opinii samych zdrojowisk i dla wskazania im, czem być muszą, jeżeli wogóle chcą mieć rację bytu.

Do zakresu działania zarządów zdrojowisk należy także rzecz druga, stanowiąca ciągle jeszcze bolączkę ogólnie podnoszoną, choć przyznać należy, że postęp zaznacza się tu w ostatnich czasach niebylejaki. Jest to sprawa łaźni, które jeszcze nie wystarczają i nie pozwalają na to, aby każdy chory mógł otrzymać kąpiel w czasie przepisany mu przez lekarza. Jak bowiem poniżej wyjaśnię, nie jest bynajmniej rzeczą obojętną, w jakim czasie i w jakich warunkach kąpiel ta się odbędzie. Wnosząc z wyraźnego już zrozumienia tej sprawy przez zarządy zdrojowisk, można przypuszczać, że w niedługim czasie postulat będzie spełniony.

Wreszcie bardzo ważne znaczenie ma i zawsze mieć będzie kwestja stosownego żywienia leczących się chorych. O ile szczegóły tej sprawy w zarządzeniach należą do świata lekarskiego, o tyle możliwość wykonania zarządzeń lekarskich, to jest dostarczanie chorym stosownego, szczegółowo dla nich określonego wikt, jest rzeczą administracji i stanowi tak pilny postulat, że wybija się on na plan prawie że pierwszy. Spełnić się go musi nie tylko ze względu na chorych, którzy prawie bez wyjątku zwracają nań bardzo poważną uwagę i skarżą się wielokrotnie, ale choćby nawet ze względu na własne interesy handlowe. Przykłady dobrej organizacji pod tym względem istnieją w niektórych naszych zdrojowiskach i wszechstronnie przynoszą plon obfity.

A teraz dział należący do świata lekarskiego. Byłoby niepodobieństwem chcieć ująć w karby szczegółowo całe postępowanie lekarskie w leczeniu spraw zapalnych, których pierwowzorem zawsze zostanie leczenie spraw zapalnych narządu rodniczego kobiety. Każda próba w wymienionym kierunku byłaby zaprzeczeniem wolności stosowania zabiegów leczniczych przez lekarza według jego najlepszej wiedzy i woli, ale prowadziłaby prostą drogą do najpotworniejszego szablonu, czego za każdą cenę należy unikać jako bodaj czy nie najgorszego sposobu prowadzenia terapii. Przeciwnie. Lekarz musi i powinien mieć najzupełniejszą swobodę w wyborze środków postępowania i w ich stosowaniu. Musi jednak równocześnie pamiętać, że niewolno mu nigdy chodzić śladami partaczy, lub nawet lekarzy, którzy, uzyskawszy dyplom zawodowy, przestali iść naprzód z postępem i zaskorupili się w zbiorze wiadomości, jaki nabyli podczas swoich studiów, albo bezpośrednio potem. W ten sposób bowiem nic byśmy zrobić nie potrafili, a skoro

nie można w nauce stać w miejscu, musielibyśmy się cofać z godziny na godzinę ze szkodą dla wszystkich. I nigdy lekarz, pamiętający swą przysięgę uniwersytecką, nie pójdzie tą drogą utartego szablonu. Zawsze będzie dążył do ulepszania swego postępowania i do coraz to lepszych wyników swojej działalności. A skoro powiedziałem powyżej, że w dziale leczenia spraw zapalnych głos pierwszy i najważniejszy przypada lekarzowi praktykującemu, w szczególności zaś balneologowi, dysponującemu całym arsenałem środków, niedostępnych dla klinicysty, przeto od niego właśnie wymagać się musi wyteżonej pracy w tym kierunku i przedstawiania swych wyników do powszechnej wiadomości. Olbrzymie działanie spełnić tu mogą miejscowe zdrojowiskowe towarzystwa lekarskie, które przede wszystkim są powołane do dawania kierunku zbiorowej pracy leczniczej, a powtórę ci właśnie specjaliści-terapeuci, o których wspomniałem na wstępie. Doprawdy, mam głębokie przekonanie, że leczenia nieoperacyjnych spraw zapalnych, zwłaszcza narządu rodnej kobiety, nie pchniemy inaczej naprzód i nie będziemy w stanie udoskonalić do tego stopnia, aby sprawy te przestały być plagą i postrachem ludzkości.

W tym stanie rzeczy naturalnie jestem daleki od dawania jakichś określonych wskazówek i przepisywania toku pracy. Byłoby to tylko jej skrzepowaniem. Ale wolno mi, jak to dotychczas czyniłem, wspomnieć o kilku drogach wytycznych.

Najpierw co do stosowania przetworów farmaceutycznych. W ich powodzi, jakiej jesteśmy świadkami w ostatnich czasach, właściwie coraz mniej jest środków, powszechnie uznawanych. Zależnie od własnych lub narzuconych zapatrywań każdy lekarz stosuje inne środki, a żaden nie może wykazać się dostateczną, rzeczową statystyką ich działania. Stwarza to niemożność porozumienia i nie prowadzi do celu, bo nawet najbardziej wzięty ginekolog w całym swym życiu nie zbierze wystarczających, bezstronnych zestawień swoich wyników, aby mógł ocenić napewno stosowany środek leczniczy. Na to trzeba bezwzględnie pracy zbiorowej, prowadzonej w identycznych warunkach i w jednakowym stosowaniu. Ocena bowiem działania środka leczniczego w przypadkach zapaleń ginekologicznych jest nadzwyczaj trudna wobec najrozmaitszych form przebiegu tych zapaleń i wobec faktu, że przecież niejednokrotnie leczą się one nawet bez żadnej terapii. Sądzę zatem, że miejscowe zrzeszenia lekarskie powinny co pewien czas stawiać pytania zbiorowe co do działalności danego środka farmaceutycznego,

przeprowadzać nad nim szczegółową ankietę i próby, do czego powołani będą wszyscy członkowie towarzystwa, i po upływie jakiegoś czasu szeregować otrzymane spostrzeżenia, wyciągnąć z nich wnioski i te podawać do wiadomości ogółu lekarzy. W ten tylko sposób będziemy mogli po upływie pewnego czasu oddzielić ziarno od plewy i odnaleźć szereg środków leczniczych, prawdziwie wartościowych, czego dotychczas doprawdy nie mamy. Jestem przekonany, że wydanie opinii o nowej postaci środka leczniczego, do czego przedewszystkiem powołane są kliniki uniwersyteckie, nie będzie nadal nigdy pozbawione podstawy spostrzeżeń terapeutów-balneologów, czego nam dziś bardzo brakuje i co z natury rzeczy znacznie osłabia wartość naszego przekonania. Samo się przez się rozumie, że gołosłowne indywidualne zapatrywania nie mogą tu mieć żadnej wartości, ale tylko zbiorowe, z marką miejscowych towarzystw lekarskich, opinie naszych kolegów, pracujących w zdrojowiskach, oparte na dostatecznym szeregu prób i doświadczeń, bezstronnie podanych.

Drugim postulatem niezmierniej wagi jest wprowadzenie i ścisłe przestrzeganie sposobu żywienia chorych kobiet, cierpiących na sprawy zapalne narządu rodnoego. Postulaty prowadzenia kuchni dietetycznej, wysuwane oddawna i z dużą mocą przez lekarzy chorób wewnętrznych, nie tylko muszą być w całości przyjęte, ale nawet, jeżeli to możliwe, jeszcze spotęgowane. Nie będę ich udowodniał, gdyż byłoby to tylko powtarzaniem argumentów, uznanych przez wszystkich za nadzwyczaj ważne; chcę tylko raz jeszcze zaznaczyć, że wobec bezpośredniego sąsiedztwa jelit z narządem rodnoym kobiety, każde zaburzenie ruchu jelit odbija się natychmiast na zapalnej sprawie ginekologicznej, a każde zaburzenie trawienia — na ogólnej sile odporności ustroju, której to siły maximum musimy wyzyskać dla celów wchłaniania się wysięków zapalnych. Znaczenie dietetycznego żywienia chorych już Rosner podnosił z całą mocą dla ginekologii i raz jeszcze pozwalam sobie położyć wybitny nacisk na jego wywody, odnosząc je tym razem zwłaszcza do leczenia spraw zapalnych narządu rodnoego kobiety.

Przechodząc do sprawy leczenia przewlekłych spraw zapalnych macicy i jej otoczenia, nie myślę bynajmniej szczegółowo omawiać oddzielnych zabiegów i ich wyników. Jest bowiem rzeczą łatwo zrozumiałą, że każdy z nich znajdzie swoje zastosowanie i przypadek, gdzie właśnie działa doskonale i każdy znajdzie inny przypadek, gdzie był bez znaczenia, ba — nawet nieostrożnie stoso-

wany, mógł przynieść szkodę. Chcę tylko postawić sprawę na ogólnym piedestale. Zarówno balneoterapii, jak mechanoterapii, elektroterapii i aktinoterapii, nie wolno stosować szablonowo. W każdym poszczególnym przypadku stosowanie ich musi być wynikiem poważnych badań całego ustroju i wynikiem szczegółowego planu postępowania, jaki u danej chorej chcemy przeprowadzić. Nie wystarczy zaordynować kąpiel o takiej i takiej ciepłocie i tylu a tylu minutach trwania. Trzeba jeszcze całkiem ściśle określić, w jakiej porze dnia ma być ta kąpiel stosowana, po jakim przygotowaniu organizmu, naczczo czy po jedzeniu, zrana czy popołudniu, wprost z łóżka czy po spacerze i t. d. A niejednokrotnie, zwłaszcza w początkach leczenia, nawet obecność lekarza podczas kąpeli wydaje mi się wprost konieczna. W ten sposób, zwłaszcza początkowo, każda kąpiel będzie specjalnie określona w swoich szczegółach aż do czasu, kiedy chora, przyzwyczajona już do jej działania, będzie mogła w całej pełni korzystać z jej dobroczynnego wpływu.

To samo, może nawet jeszcze w zwiększonej mierze, odnosi się do diatermji, lampy kwarcowej czy *Landekera*, do zabiegów hydropatycznych, spacerów, tamponów, czy kolumnizacji, jednym słowem — do wszystkich naszych poczynañ nietylko w gabinecie ordynacyjnym, ale także, i to przede wszystkim, do tych wszystkich możliwości, jakie daje dobrze urządzone i prowadzone zdrojowisko.

A ponad wszystkim góruje zawsze takie urządzenie całego życia chorej w zdrojowisku, aby się czuła dobrze, nie miała czasu na smutne rozmyślenia i aby nabrała wiary uzasadnionej, że jest właściwie leczona i dojdzie do zdrowia.

W ten sposób wyobrażam sobie rozwój nauki o leczeniu spraw zapalnych narządu rodnej kobiety i takie są, jak mi się wydaje, wytyczne dla tego rozwoju. Powtarzam raz jeszcze, że dużo pozostaje nam jeszcze do zrobienia i że w tym koniecznym rozwoju i w tem przystosowaniu się do nowych warunków życia specjaliści terapeutów-balneologów muszą wziąć w rękę pierwsze skrzypce. Od ich pracy rozwój ten będzie zależał napewno.

PROF. DR. J. ZUBRZYCKI.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.

ZASADY LECZENIA SPRAW ZAPALNYCH PRZYDATKÓW MACICY.

(Streszczenie.)

Cały szereg czynników spowodował, że kierunek leczniczy zapalnych spraw przydatków macicy uległ w ostatnich latach daleko idącym zmianom. Za czynniki te uważać należy zrozumienie istoty i poznanie przyczyn schorzenia, krytyczne i statystyczne ujęcie wyników, uzyskanych dotychczasowymi sposobami postępowania, oraz postęp i rozwój technicznych działów medycyny, które umożliwiły wprowadzenie do leczenia spraw zapalnych przydatków macicy nowoczesnych fizykalnych sposobów postępowania.

Zasadą dzisiejszego leczenia omawianych schorzeń jest poznanie faktu, że są to schorzenia miejscowe, powstałe wskutek zadziałania różnego rodzaju chorobotwórczych drobnoustrojów, a więc w pierwszym rzędzie dwoinki Neissera, różnego rodzaju paciorkowców, gronkowców, lasecznika okrężnicy i wreszcie gruźlicy. Postępowanie lecznicze w sprawach zapalnych przydatków, powstałych na tle wszystkich tych zarazków z wyjątkiem gruźlicy, jest do siebie nawet w szczegółach podobne. Zasady bowiem leczenia gruźlicy przydatków są odmienne. Ujmując sprawę ogólnie, z tych właśnie względów nie będę się zajmował w dzisiejszym wykładzie omawianiem leczenia gruźlicy przydatków, które stanowi do pewnego stopnia osobny rozdział w nauce o schorzeniach narządów rodnych.

Wychodząc z założenia, że sprawy zapalne przydatków macicy są cierpieniami miejscowymi, powstałymi przez zadziałanie drobnoustrojów, musimy dojść do wniosku, że, aby celowo postępować

w tych razach, należy przede wszystkim dążyć wszelkimi siłami do stawienia tamy rozprzestrzenianiu się ogniska zapalnego. W związku z tem powinno się unikać wszelkich czynników, któreby mogły przyczynić się do rozszerzenia się sprawy zapalnej. Za takie zaś czynniki uważać należy wszelkie nieuzasadnione rękoczyny, których stosowanie w ostatnich czasach uległo znacznemu ograniczeniu. Musimy się więc zgodzić także i z tem, że należy ograniczyć czynne chirurgiczne postępowanie i ująć ściśle i jak najkrytyczniej wskazania do niego. Zasada ta powinna być przestrzegana tem skrupulatniej, z im ostrzejszym okresem zapalnego schorzenia mamy do czynienia. Nie można jednak zapominać o niej i w schorzeniach o charakterze przewlekłym.

W leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy rozróżnić musimy ze względu na odmienne postępowanie w tych razach dwa zasadnicze okresy schorzenia: okres ostry i okres przewlekły. Przedstawię poniżej w ogólnych zarysach zasady postępowania w obu tych okresach schorzenia, jakie obowiązują w Klinice Położniczej i Chórób Kobięcych U. J. w Krakowie.

Doświadczenie kliniczne pouczyło nas, że w ostrych okresach zapalenia przydatków przyjść może do rozszerzenia się sprawy na otoczenie. Z tych też względów unikamy wszystkich czynników, któreby mogły przyczynić się do tego, zalecając w postępowaniu jak najskrajniejszy konserwatyzm i jak najbardziej wyczekujące stanowisko. Ograniczamy bezpośrednie miejscowe zadziałanie na ognisko chorobowe i unikamy go tak długo, jak długo istniejące objawy wskazują na to, że proces, toczący się w narządach rodnych, jest czynny. W ocenie zaś tego opieramy się poza innemi na podniesieniu ciepłoty, zachowaniu się tętna, silnych bólach oraz na wynikach badania krwi. Wychodząc z założenia, że w tym okresie schorzenia odgrywają najważniejszą rolę leczniczą siły ochronne miejscowe i ogólne ustroju, staramy się nie osłabiać ich działania, a dążymy raczej do ich wzmożenia i uczynnienia. Obok więc czynników, wzmagających ogólną odporność ustroju, stosujemy środki, mające na celu wzmożenie krążenia w sąsiedztwie ogniska schorzenia. Wzmożenie krążenia bowiem powoduje zwiększenie dopływu krwi i soków ustroju, wzmagając ten samą odporność miejscową tkanek i przyczyniając się równocześnie do szybszego wessania obrzeków zapalnych.

W pierwszym rzędzie zalecamy bezwzględny spokój i w związku z tem przestrzegamy ułożenia chorej w łóżku nieraz

i na przeciąg tygodni, aż do momentu ustania ostrych objawów schorzenia. Spostrzeganie niezliczonej liczby przypadków pouczyło nas bezpośrednio, a w odnośnym piśmiennictwie znaleźliśmy potwierdzenie tego, że zachowanie bezwzględnej spokoju w tych razach już samo przez się wpływa na leczenie sprawy. Pozatem uciekamy się do sposobów postępowania, które mają na celu spowodowanie przyśpieszenia wessalności zapalnych nacieków i cofnięcia się objawów. Z tych sposobów leczenia wymienić należy przede wszystkim ciepło, oraz słabe naświetlania promieniami Roentgena. Ciepło stosujemy na okolicę zapalnie zmienionych przydatków w rozmaitej formie i z pomocą rozmaitych urządzeń. Powodujemy tem czynne przekrwienie a tem samem i wzmożenie krążenia krwi w ich sąsiedztwie. Nie stosujemy zimnych okładów, które wywołują raczej niedokrwienie tkanek i, choć uśmierzają ból, przeciwdziałają do pewnego stopnia miejscowemu wzmożeniu leczniczych ochronnych czynników. Z tego względu posługujemy się szczególnie chętnie okładami wysychającymi, dołączając do nich w krótkim czasie źródło ciepła w postaci flaszek, worków z gorącą wodą lub odpowiednich gumowych termoforów. O ile decydujemy się na posługiwanie suchem ciepłem, to używamy termoforów elektrycznych, które umożliwiają długotrwałe zastosowanie ciepła i regulowanie jego nasilenia.

W ostrych okresach schorzenia zalecają ostatnio niektórzy posługiwanie się promieniami Roentgena, które nawet w stanie gorączkowym nie powodują zaostrzenia sprawy. Działanie promieni Roentgena w tych wypadkach nie polega na wykluczeniu czynności jajnika. Czynniki lecznicze, wchodzące tutaj w grę, są zupełnie innej natury. Z tego też względu i dawki, stosowane w tych wypadkach, nie dosięgają dawek potrzebnych do wywołania chociażby nawet przejściowego wytrzebienia. Powszechnie polecają posługiwanie się dawkami niższymi wielokrotnie niż dawka rumieniowa. Temi to już małemi dawkami można bowiem uzyskać korzystne wyniki w zapalnych sprawach przydatków macicy. Mają one ponadto tę wyższość nad dawkami dużemi, że naświetlanie można powtarzać wielokrotnie, o ile zachodzi tego potrzeba, bez obawy spowodowania wytrzebienia.

Z pomocą wspomnianych czynników dążymy do uspokojenia się sprawy chorobowej. Oczywiście rzecz, że nie zawsze leczenie to doprowadza do pożądanego celu. Czasami przychodzi do zropienia ognisk zapalnych i wtedy zastosować musimy metody chirur-

gicznego leczenia spraw zapalnych przydatków, mające na celu opróżnienie ropni odpowiednią drogą, i tym podobne.

Jeżeli jednak ostre zapalne zmiany przydatków przejdą w okres przewlekłego schorzenia, to stosujemy w dalszym ciągu metody zachowawczego leczenia. Zasada, że im wcześniej i intensywniej rozpoczniemy i przeprowadzać będziemy leczenie, tem lepsze jego wyniki, obowiązuje i tutaj. Dlatego też kontynuujemy dalsze leczenie zaraz po spadku ciepłoty, dążąc w chronicznych okresach schorzenia do wyleczenia sprawy z pomocą postępowania, cechującego się mniej więcej temi samemi momentami leczniczemi, które wchodziły w grę w leczeniu spraw ostrych. Znowu więc staramy się o wzmożenie sił ochronnych ustroju i przyśpieszenia wessalności wysięków, powodując występowanie przekrwienia w okolicy ognisk zapalnych. Posługujemy się więc znowu w pierwszym rzędzie ciepłem, lecz w postaci źródeł cieplnych silniej działających niż poprzednio wspomniane. Zaliczamy do nich: kąpiele cieplne suche, gorącym powietrzem, lampy wytwarzające pozaróżowe promienie i diatermię. Przystępujemy do ich stosowania zazwyczaj dopiero wtedy, gdy łagodniej działające (okłady, termofory) nie powodują podniesienia ciepłoty i zaostrzenia sprawy. Niektórzy w ostatnich czasach nie uwzględniają w leczeniu spraw zapalnych tego momentu, używając źródeł cieplnych, energiczniej działających już wcześniej. Czas nagrzewania i rodzaj źródła uzależniamy od nasilenia odczynu miejscowego i ogólnego, potęgując je i przedłużając w miarę potrzeby. Wskaźnikiem najważniejszym jest bezwzględnie podniesienie ciepłoty, które częstokroć zmusza nas do zaniechania stosowania źródeł energiczniej działających.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje leczenie diatermią, zdaniem naszym najlepszy sposób leczniczy w przypadkach przewlekłych zapaleń przydatków macicy. Także i tu momentem działającym jest ciepło, lecz ponieważ jest ono wywoływane w tkankach w związku z przechodzeniem przez nie odpowiednich prądów elektrycznych, przeto działa daleko wydatniej. Leczenie diatermią rozpoczynamy niezmiernie ostrożnie, stosując ją początkowo przez krótki okres czasu i dopiero w braku objawów zaostrzenia sprawy przedłużamy posiedzenia powoli do minut trzydziestu. Stosujemy zazwyczaj kilka seryj nagrzewañ. W ogólnej liczbie nagrzewañ dochodzimy przeciętnie do stu. Elektrody początkowo aplikujemy od strony powłok zewnętrznych, później od strony pochwy i powłok zewnętrznych. Wystąpienie objawów, dowodzących

zaostrenia sprawy, a szczególnie podniesienia ciepłoty, nakazuje natychmiastowe przerwanie leczenia diatermją.

Jeszcze intensywniej niż diatermja działa na sprawy zapalne przydatków macicy przegrzewanie zapomocą aparatów, wytwarzających krótkie fale.

Można także stosować ciepło w postaci gorących przepłókiwań pochwy dużemi ilościami wody, używając odpowiednich tkanek lub też posługując się odpowiedniami aparatami elektrycznemi w postaci grzejących gruszek metalowych. Te ostatnie mają tę wyższość nad długotrwałemi przepłókiwaniami gorącemi, że pozwalają na zadziałanie ciepła przez długi okres czasu. Niechętnie podajemy ciepło od strony prostnicy, bo jest to dla chorych niemiłe, a w końcowym efekcie nie najlepsze.

W ostatnich czasach uległy ograniczeniu wskazania do stosowania w sprawach zapalnych przydatków środków resorbcyjnych drogą pochwową, a w szczególności tamponów z waty, napojonych niemi. Dzisiaj wiemy, że posługiwać się niemi należy tylko w okresie nieczynnym schorzenia i tylko w tych wypadkach, w których ognisko chorobowe znajduje się w najbliższym sąsiedztwie pochwy. W ostrych bowiem schorzeniach stosowanie tamponów grozi pogorszeniem sprawy, w toczących się zaś w pewnej odległości od sklepień środki resorbcyjne nie są w stanie wywrzeć działania leczniczego. Tak samo masaże i obciążenia w okresach ostrych schorzenia przynoszą chorej szkodę, w przewlekłych powodują najczęściej zaostrenia, a mogą jedynie znaleźć zastosowanie tam, gdzie chodzi o rozluźnienie zrostów narządów rodnych z otoczeniem, pozostałych jako zejście sprawy zapalnej.

Leczenie spraw zapalnych przydatków macicy zapomocą ciał białkowatych, podawanych obwodowo z pominięciem przewodu pokarmowego, przed kilku laty cieszyło się dużem powodzeniem. Dzisiaj cały szereg klinik, a między niemi i Klinika krakowska-leczeniem tem albo wogóle się nie posługuje, albo też stosuje je w wyjątkowych tylko przypadkach. Ogólnie nadmienić należy, że leczenie ciałami białkowatemi stosować można dopiero wtedy w danym przypadku, kiedy przeminie okres wysokiej ciepłoty, a jako objaw toczącej się sprawy pozostaną tylko podgorączkowe stany. Jednem słowem, proteinoterapia może, o ile kto jest jej zwolennikiem, znaleźć zastosowanie jedynie tylko w stanach podostrych i przewlekłych. Nie wdaję się tutaj zupełnie w rozważania teoretyczne, dotyczące mechanizmu zadziałania ciał białkowatych,

podanych parenteralnie w zajmującym nas schorzeniu. Zwrócę tylko uwagę na stronę kliniczną tego leczenia i nadmienię, że zwolennicy proteinoterapii polecają stosowanie najwyżej pięciu do sześciu zastrzyków w odstępach czasu, uzależnianych od spadku ciepłoty do normy. Zaznaczyć także należy, że omawiany rodzaj leczenia kryje w sobie duże niebezpieczeństwo, że obok pożądanego ogólnego odczynu ustroju może spowodować i powoduje rzeczywiście dosyć często zaostrzenie sprawy zapalnej w ognisku chorobowym. Wskaźnikiem, czy w tych razach nie przyszło do zaostrzenia spraw zapalnych w przydatkach, jest przedewszystkiem zachowanie się i przebieg ciepłoty w czasie stosowania proteinoterapii. Nadmiernie długie przeciąganie się stanów gorączkowych, występujących w związku z jednorazowym podniesieniem się ciepłoty jako następstwem zastrzyku powinno być dla nas wskazówką do przerywania dalszego leczenia ciałami białkowatymi. O ile bowiem jednorazowe krótkotrwałe podniesienie się ciepłoty po zastrzyku prowadzi wywołania spodziewanego odczynu ustroju, to nadmiernie jej długie utrzymywanie się przemawia raczej za zaostrzeniem sprawy.

Uwagi te dotyczą w ogólnych zarysach także i lecznictwa swoistemi szczepionkami, z wyjątkiem może szczepionek gonokokowych. Także i po nich nie należy się za wiele spodziewać w leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy.

Ze sposobów leczniczych, mających szerokie i powszechne zastosowanie w omawianem schorzeniu, wspomnieć należy jeszcze o leczeniu kąpielowem. Działanie jego polega bądźto na wywołaniu przekrwienia miejscowego w schorzałych tkankach, bądź też na wzmożeniu sił ochronnych ustroju. Przeprowadzać go można dopiero u chorych z chwilą tą, kiedy ostra sprawa zapalna w przydatkach dawno wygasła i przeszła w okres schorzenia przewlekłego. Za wcześnie zastosowane leczenie kąpieliskowe zamiast polepszenia sprawy może wywołać jej zaostrzenie i pogorszenie. Najlepiej więc przeto kierować chore do kąpielisk dopiero w kilka miesięcy po uspokojeniu się ostrej sprawy zapalnej. Nowoczesne kąpieliska, mające na celu leczenie spraw zapalnych przydatków macicy, powinny być pozatem wyposażone, o ile mają spełniać należycie swoje zadanie, we wszystkie najnowsze urządzenia lecznictwa fizykalnego, gdyż muszą liczyć się z tem, że jakkolwiek bądź ich przyrodzone warunki lecznicze mają doniosłe znaczenie w leczeniu omawianych schorzeń, to przecież nie we wszystkich przypad-

kach wyleczenie spraw zapalnych przydatków macicy da się uzyskać bez pomocy tych właśnie urządzeń.

Jak wspomniałem, tak w ostrym, jak i w przewlekłym okresie schorzenia pojawiają się częstokroć silne bóle, wzmagające się w czasie leczenia zachowawczego pod wpływem występującego przekrwienia w narządach rodnych. Należy im przeciwdziałać, podając środki, kojące ból.

Zachowawcze sposoby leczenia spraw zapalnych prowadzą w większości przypadków do wyniku korzystnego, jeżeli tylko odpowiednio długo, intensywnie i umiejętnie leczenie to jest przeprowadzone. Nie zawsze wprowadzić można uzyskać wyleczenie w ścisłym tego słowa, anatomicznym znaczeniu. W wielu przypadkach ograniczyć się musimy tylko do ustapienia dolegliwości, w innych do zmniejszenia guzów zapalnych. W większości uzyskujemy ustapienie nacieków, oporów zgrubień, a w niemałym odsetku także i zupełne wyleczenie pod względem anatomicznym i czynnościowym. Pewien nieznaczny procent spraw zapalnych przydatków macicy jest jednak niezmiernie oporny na leczenie zachowawcze, i w tych razach leczenie to nie odnosi skutku. Zaznaczam jednak, że ilość tych przypadków jest znikoma, i dlatego twierdzę, że bezwzględnie wszystkie sprawy zapalne przydatków macicy należy leczyć zachowawczo, zanim zdecydujemy się na wykonanie jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego w tych razach. Wogóle leczenie chirurgiczne ograniczyć należy jedynie do tych nielicznych zresztą przypadków, w których leczenie zachowawcze albo nie daje wyników, lub w których zmusza nas do wkroczenia jakaś niespodziewana okoliczność, lub wreszcie do tych, w których otwieramy jamę brzuszną celem usunięcia skutków przebytych spraw zapalnych. W wypadkach, w których przystępujemy do leczenia chirurgicznego skutkiem niepomyślnych wyników leczenia zachowawczego, zazwyczaj postępować musimy bardzo radykalnie. Zazwyczaj w tych razach do wyleczenia nie wystarczy usunięcie jednego lub nawet obu jajowodów, nawet obu jajników. Pozostawiona macica, nawet pozostawiona jej szyjka jest stałym źródłem nawrotów schorzenia, wysięków i dolegliwości takich samych, jak przed zabiegiem schorzałe jajowody i jajniki. O wiele częściej stosujemy zabiegi chirurgiczne w wypadkach zapaleń przydatków macicy, w których zmusza nas do wkroczenia jakaś niespodziewana okoliczność. Zabiegi, jakie stosujemy wtedy, są mniej radykalne. Najczęściej dążymy w nich do otwarcia ropni, zależnie od umiej-

scowienia tych ostatnich, otwieramy je albo przez tylne sklepienie pochwy, albo też od strony powłok brzusznych lub wreszcie ograniczone ropniaki, szczególnie jajników, staramy się wydobyć w całości, o ile w innych częściach przydatków zmian dalej posuniętych nie stwierdzimy. Rzecz jasna, że częstokroć w takich razach do leczenia chirurgicznego dołączyć musimy następowe leczenie zachowawcze. W celu usunięcia skutków spraw zapalnych natomiast stosujemy częstokroć rozmaite zabiegi, mające na celu bądźto przywrócenie prawidłowego położenia macicy, bądź też rozcięcie zrostów, stworzenie drożności jajowodów i tym podobne. Uznając jedynie tylko te trzy rodzaje wskazań do zastosowania leczenia chirurgicznego w sprawach zapalnych przydatków macicy, uważam, że każdy inny kaleczący zabieg, wykonany bez uprzedniego stosowania odpowiedniego i umiejętnego leczenia zachowawczego, jest nielogiczny i nie znajduje uzasadnienia w nowoczesnym stanie nauki.

Jakkolwiekby zapatrywały się kto na sprawę i rodzaj leczenia zapaleń przydatków macicy, to jedno w każdym razie nie ulega mojemu zdaniem żadnym dyskusjom, a mianowicie, że w leczeniu tych spraw dominującą rolę odgrywa ogólny stan ustroju. Z tych też względów na ten moment w leczeniu omawianych schorzeń szczególniejszą należy zwrócić uwagę, a wogóle lekarz, któryby nie uwzględniał tego, zajmując się tylko stanem narządów rodnych, zasługiwałby raczej na miano lekarza narządów, a zasłaniając sobie całokształt stanu organizmu obrazem zmian na małym jego odcinku, nigdy nie będzie mógł spełnić należycie swojego zadania.

DR. MED. ALEKSANDER KARNICKI,
dyrektor-profesor Państw. Szkoły Położnych w Wilnie.

KILKA UWAG W SPRAWIE LECZENIA PRZEWLEKŁYCH ZAPALEŃ PRZYDATKÓW MACICY.

Leczenie spraw zapalnych przydatków macicy, zwłaszcza postaci przewlekłych, może iść dwiema drogami. Jedną z nich będzie leczenie zachowawcze, drugą zabiegi operacyjne. Oba konkurujące sposoby postępowania przechodziły rozmaite koleje, w zależności od zmiany poglądów lekarzy na tę sprawę. W ciągu mojej pracy klinicznej niejednokrotnie byłem świadkiem, jak okresowo zmieniały się zapatrywania nasze i jak my od skalpela wracaliśmy do metody zachowawczej, i odwrotnie. Mam wrażenie, że w dobie obecnej, mimo znacznego udoskonalenia techniki operacyjnej, myśl ginekologa skłania się raczej do postępowania zachowawczego. Rzecz jasna, że i dzisiaj nie należy w czambuł wszystkie przypadki uważać za nadające się li tylko do leczenia zachowawczego, pewien odsetek przewlekłych zapaleń przydatków będzie wymagał zabiegów operacyjnych. Sprawa wymaga jak najdalej idącego indywidualizowania każdego przypadku, ponieważ zbyt duże znaczenie odgrywają wpływy postronne, jak to warunki materialne, społeczne, rodzaj pracy i t. p. Do ustalenia wyraźnej linii postępowania przede wszystkim należy sobie uświadomić, jakich wyników możemy się spodziewać przy postępowaniu zachowawczem, a jakich przy zachowaniu operacyjnem. Leczenie zachowawcze i jego wyniki będą uzależnione od warunków, w jakich się ono odbywa. Mojem zdaniem nie ulega żadnej wątpliwości, że najbardziej dodatnie wyniki daje leczenie szpitalne, które z jednej strony daje możliwość zastosowania w całej pełni wszystkich metod leczniczych, z drugiej zaś strony, odsuwając chorą od trosk domowych, pozwala jej na korzystanie z całkowitego spokoju, tak koniecznego zwłaszcza w schorzeniach przydatków. W razie jakichś powikłań lekarz obser-

wujący chorą może niezwłocznie zarządzić konieczne zmiany — coby było całkiem nie do pomyślenia w warunkach leczenia ambulatoryjnego i li tylko okresowego odwiedzania lekarza. Niestety właśnie leczenie szpitalne napotyka na największe trudności, jak ze strony chorych, tak i ze strony administracji szpitalnej. Chore, cierpiące na przewlekłe zapalenia przydatków, nie uważają siebie za ciężko chore, wobec czego nie są skłonne porzucić zarobkowanie względnie opiekę nad domem i rodziną. Szpital zaś zapelniony przez przypadki ostre i operacyjne nie jest w stanie udzielić odpowiedniej ilości miejsc dla przypadków przewlekłych i wobec tego chętnie się skłania do wczesnego opuszczenia szpitala, względnie do zezwolenia na leczenie ambulatoryjne. Ten stan rzeczy wpływa jak najgorzej na przebieg choroby; niedoleczone chore powracają do normalnych warunków życia, do pracy, nieraz ciężkiej, w wyniku czego po dłuższej lub krótszej przerwie następuje nawrót cierpienia, nieraz proces chorobowy robi znaczne postępy i sprawa, która mogłaby być zlikwidowana drogą zachowawczą, kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego.

Większość jednak chorych od razu decyduje się na leczenie ambulatoryjne, ponieważ ono najmniej zakłóca warunki normalnego trybu życia i pozwala na dalsze zarobkowanie, tak nieraz konieczne w dobie obecnej. Jakkolwiek i w warunkach leczenia ambulatoryjnego większość zabiegów możemy stosować, to jednak niewątpliwem jest, że na wynik dodatni będziemy zmuszeni czekać dłużej i całkowitą poprawę otrzymać trudniej.

Te same względy szybszego powrotu do pracy mogą zaważyć na powzięciu decyzji do operacyjnego zabiegu i niewątpliwie pewien odsetek operacyjną zawdzięczamy jedynie warunkom społecznym. To też uważając sprawę wskazań do tego lub innego rodzaju postępowania, należy mieć na uwadze, że część zabiegów operacyjnych winna iść na karb przyczyn, nie mających bezpośredniego stosunku do stanu chorej. Niemałe znaczenie w wyborze postępowania odgrywa etiologia danego przypadku.

Statystyki dawniejsze skłonne były większość stanów zapalnych uzależniać od spraw połogowych, uważając zwłaszcza za źródło infekcji poronienia. W dobie obecnej skłonni jesteśmy raczej na pierwsze miejsce jako moment etiologiczny wysunąć rzeżączkę. Ze swego materiału wyniosłem wrażenie, że właśnie sprawy porzeżączkowe wymagają par excellence leczenia zachowawczego, że właśnie w tego rodzaju przypadkach mamy pooperacyjne

nawroty, zwłaszcza o ile nie są dość radykalnie operowane. Natomiast dłuższa kuracja zachowawcza, ostrożnie prowadzona, stosowanie szczepionek nieraz daje nadspodziewanie dobre wyniki. Obustronne wyraźnie wyczuwalne guzy przydatków znakomicie się zmniejszają, ruchomość macicy powraca, bolesność znika. Wyniki są szybsze i pewniejsze w tych przypadkach, gdzie szczepionka wywołuje znaczną reakcję; tam, gdzie reakcja jest słaba lub całkiem jej niema — trudno się spodziewać wyników dodatnich.

Znany postacie przewlekłych zapaleń przydatków, w których zmiany obiektywne są nieznaczne, a które co pewien czas dają nawroty z podniesieniem ciepłoty, silnymi bólami i z objawami zapalenia otrzewnej. Tego rodzaju przypadki, powstałe również na tle rzeżączki, zawdzięczają nawroty zapalenia temu, jak wiadomo, że od czasu do czasu zawartość jajowodów poprzez lejek przedostaje się do otrzewnej, wywołując tem miejscowe zapalenie. Stosowanie szczepionek w podobnych przypadkach nie dawało mnie pożądaných wyników. Uważam, że raczej zabieg operacyjny w przerwie pomiędzy nawrotami, operacja na chłodno byłaby postępowaniem odpowiedniejszym. Operacja polegałaby na obustronnem najczęściej usunięciu jajowodów z dokładną peritonizacją kikutów w celu zabezpieczenia od nawrotów; niestety zabieg ten skazuje chorą na bezwzględną niepłodność.

Postacie zapaleń przydatków, powstałe na skutek infekcji położowych, już przy badaniu obiektywnem wykazują całkiem wygląd odmienny. Źródła tego rodzaju zapaleń należy szukać w śluzówce macicy, skąd infekcja przedostaje się albo bezpośrednio do jajowodów, albo też drogą naczyń chłonnych do przymacicza czy okołomacicza. Wobec wadliwej involutio macicy na skutek infekcji w położu obserwujemy zazwyczaj dużą macicę, miesiączkowanie obfite, krwawienie w okresie międzymiesiączkowym. Przydatki nieraz znacznie powiększone w kształcie guzów, częściej jednostronnych. Nierzadko możemy stwierdzić jednocześnie zapalenie przymacicza w postaci przewlekłej. Wygląd znacznego wykrwawienia i skargi na stałe tępe bóle są zwykłym objawem. Stosowanie proteinoterapii wraz z miejscowem leczeniem pozwalało mi często otrzymywać wyniki pomyślne. O ile w przypadkach, powstałych na tle rzeżączki, stosowanie ciepła daje bardzo niewyraźne wyniki, w postaciach wyżej opisanych jest ono środkiem niezawodnym. Ciepło stosuję w postaci najrozmaitszej, zaczynając od zwykłego kompresu, termofora, poduszek elektrycznych, solluxa, lampy Lan-

dekera i t. p. Pozwolę tu jednak zaznaczyć, że diatermja w mojem przeświadczeniu do pewnego stopnia zawiodła pokładane w niej nadzieje: jedynie w przewlekłych zapaleniach przymacicza może doprawdy zwycięsko konkurować z innemi sposobami leczenia.

Poza ciepłem chętnie stosuję tampony z gliceryną k. i. ichtyol i t. p., ale jedynie w postaci kolumnizacji. Niejednokrotnie sprawdziłem, jak wielkie znaczenie dla wyniku leczenia ma umiejętnie założony tampon gazowy, dostatecznie wypełniający odpowiednie sklepienia. Bardzo dobre wyniki mam od stosowania jonizacji z calcium jodat. i calcium chlorat.

Niestety po wyleczeniu przydatków po pewnym czasie, jakkolwiek rzadziej niż przy rzeżączce, napotykam nawroty, a to z tej prostej przyczyny, że źródło infekcji: śluzówka macicy pozostaje wciąż w stanie zapalnym; o tem należy pamiętać i przede wszystkim należy ją doprowadzić do porządku. Pozwolę tu sobie przypomnieć o sposobie leczenia dawno zapomnianym, przez bardzo wielu lekarzy odrzuconym, na skutek nawet badań doświadczalnych; a jednak często widzimy, że nie zawsze laboratorium i klinika idą w parze. Mam na myśli sposób Grammatikati, polegający na systematycznym codziennem wprowadzaniu po parę kropel 5% roztworu nalewki jodowej do wewnątrz macicy. W wielu tysiącach przypadków stosowany sposób ten zwykle mnie nie zawodził, odwrotnie wyniki miałem stale dobre. Nie przeczę, że wymaga on pewnej ostrożności, a przede wszystkim wprowadzenie nieznacznej ilości roztworu po dostatecznem rozszerzeniu kanału szyjki. W danym wypadku, wbrew wszelkim pracom, tysiące przypadków dodatnich same za siebie przemawiają. Mam przekonanie, że tym sposobem możemy usunąć źródło infekcji i zabezpieczyć chorą od późniejszych nawrotów. Niestety zawsze będziemy mieć pewien odsetek przypadków, gdzie pomimo najdokładniej przeprowadzonej kuracji wyleczenia kompletnego nie otrzymamy i będziemy zmuszeni uciekać się do zabiegu operacyjnego. Mojem zdaniem operacją wyboru w tego rodzaju przypadkach winno być klinowe wycięcie dna macicy z pozostawieniem jednego lub części przynajmniej jajnika; operacja ta, usuwając większą część chorej ścianki macicy, zabezpiecza od nawrotów, pozostawiając część macicy, a z tem możność miesiączkowania, co bezwzględnie ma ważne znaczenie zapobiegawcze przed powstawaniem zaburzeń równowagi gruczołów dokrewnych — nie mówiąc już o znaczeniu psychicznem dla młodych chorych. Co do leczenia zapalenia przydatków, powsta-

tego na tle gruźlicy, klimatyczne leczenie wysunąłbym na plan pierwszy. Nie jestem wielkim entuzjastą leczenia operacyjnego, pomimo że w kilku przypadkach widziałem wyniki, zachęcające do dalszych prób. W każdym razie należy przedewszystkiem mieć w sprawach gruźliczych znaczny umiar. Co do leczenia promieniami Roentgena własnego doświadczenia nie mam.

Omawiając sprawę leczenia przewlekłych zapaleń przydatków macicy, zdaniem mojem nie należy uważać, że leczenie zachowawcze a leczenie operacyjne są to dwie metody konkurujące; mam wrażenie, że raczej odwrotnie, obie metody siebie uzupełniają. Ze statystyki własnej za ostatnie siedem lat byłem zmuszony w 18% interwenjować czynnie, we wszystkich przypadkach po dłuższej zachowawczej kuracji. Rzecz jasna, że nie mam w danej chwili na myśli przypadków ropnych, wymagających natychmiastowego zabiegu. Jedynie tam, gdzie proces uporczywie nie ustępował, a nawroty były częste, decydowałem się na operację, w warunkach operowania na chłodno.

Mam wrażenie, że odsetek operowanych byłby jeszcze mniejszy, gdybym odrzucił operacje, wykonywane przezemnie w celu usunięcia niepłodności. Ulegając modzie, w pewnym okresie byłem skłonny tą drogą szukać możliwości usunięcia niepłodności. Niestety nadzieja mnie zawiodła i dziś bardzo sceptycznie na tę sprawę się zapatruję. Jedyne zabieg, który może mieć jakąś podstawę, byłby salpingolysis. Uważam, że przedewszystkiem zapalenia na tle rzeżączki winny być tylko w ostateczności operowane; zazwyczaj operacja nie daje pożądanego wyniku ani co do długotrwałej poprawy, ani tem mniej co do concipiendi. Lepsze wyniki miałem w przypadkach, powstałych na skutek infekcyj połogowych. Omawiając wyniki zabiegów operacyjnych, muszę się przyznać, że gorsze one były tam, gdzie operacja była przeprowadzona możliwie zachowawczo, w nadziei uzyskania pożądaney ciąży. Natomiast radykalna operacja, bądźto klinowe wycięcie, bądźto nadpochwowe usunięcie macicy z pozostawieniem chociażby części jajnika, prawie zawsze dawała stałą, długotrwałą poprawę. Pomimo tego, że nie straciłem żadnej chorej od operacji, dzisiaj jestem bardziej powściągliwy niż dawniej do stawiania wskazań do zabiegu. Jedną z przyczyn jest obawa przed koniecznością usunięcia w trakcie operacji obu jajników. Nawet usunięcie macicy w dużej mierze przyczynia się do zachwiania równowagi gruczołów, co dopiero usunięcie obu jajników. W tem leży właśnie przyczyna, że ja

chętniej się skłaniam do operacji Beutnera, po której nie widziałem objawów wypadania, z którymi pomimo ogromu środków leczniczych walka jest bardzo trudna. Tu nie mogę się zgodzić ze szkołą francuską, która tę sprawę całkowicie negliżuje.

Z wyżej wymienionego wypływa, że jeden z głównych celów, a mianowicie możliwość concipiendi po zabiegu operacyjnym, możemy osiągnąć tylko w przypadkach lżejszych, w których kto wie, czyby nie było również dobrego wyniku przy leczeniu zachowawczem. Natomiast nawet w ciężkich obustronnych sprawach przy długotrwałej systematycznej kuracji nieraz dochodzi do całkowitej poprawy, a nawet i ciąży.

Wszystko, co miałem zaszczyt dzisiaj Państwu przedstawić, — są to moje osobiste poglądy, oparte na przeszło 35-letniej pracy klinicznej, w wyniku której po kolejnych zmianach gwooli panującej mody przyszedłem do przekonania, że zasadniczem leczeniem przewlekłych zapaleń przydatków macicy winno być leczenie zachowawcze, że tylko raczej wyjątki nadają się do zabiegu operacyjnego. Mówiąc o leczeniu postaci przewlekłych, muszę tu zaznaczyć, że poza leczeniem zachowawczem i operacyjnem posiadamy czynnik leczniczy ogromnego znaczenia, jakim jest leczenie balneologiczne; właśnie w najbardziej beznadziejnych przypadkach długotrwałych schorzeń przydatków działanie borowiny będzie tem, co ruszy z martwego punktu przestarzałą chorobę i przez to umożliwi dalszą kurację, a nawet zabieg operacyjny. Uważam, że lecnictwo balneologiczne jest tem, co powinno łączyć leczenie zachowawcze z operacyjnem. Należy jednak leczenie kąpielowe jednocześnie uzupełniać wszystkimi odpowiednimi zabiegami, jak również nie ograniczać się do jednorazowo przeprowadzonej kuracji, lecz doprowadzać do całkowitej poprawy.

BOLESŁAW KOWALSKI.

Z Wojewódzkiej i Uniwersyteckiej Kliniki ginekologiczno-położniczej Uniwersytetu Poznańskiego. (Dyrektor: prof. dr. Bolesław Kowalski.)

KILKA UWAG O ZNACZENIU LECZENIA ZDROJOWEGO W GINEKOLOGJI, A W SZCZEGÓLNOŚCI W LECZENIU ZAPALNYCH SPRAW PRZYDATKÓW MACICY.

W latach świetnego rozwoju ginekologicznej techniki operacyjnej nie docenialiśmy znaczenia leczenia zachowawczego, a w szczególności zdrojowiskowego, w terapii ginekologicznej. Poza to wpływał na fakt ten szereg innych, rozmaitych czynników. Dziś odgrywa obok wszystkiego ważną rolę trudna sytuacja gospodarcza, która niestety tylko jednostkom na tak kosztowną kurację pozwala.

Jeszcze dziś spotykamy się nieraz z nieuzasadnionem i nierozumnym zdaniem, że leczenie zdrojowiskowe można tylko zagranicą przeprowadzić skutecznie, ponieważ zdrojowiska nasze nie są odpowiednio urządzone, a poza to brakuje nam niektórych ważnych zdrojowisk. Sprawa ta poprawiła się już znacznie w latach ostatnich dzięki nieco intensywniejszej propagandzie ze strony czynników miarodajnych. Naturalnie nie mamy zdrojowisk w rodzaju Marienbadu i Karlsbadu, ani riwjerę włoskiej czy francuskiej, ale poza to posiadamy wszystko, co nam potrzeba. Przedewszystkiem powinny zdrojowiska same zwalczać wszelkie mylne a dla nas tak bardzo szkodliwe zapatrywania tego rodzaju przez polepszenie swych urządzeń, ich zmodernizowanie i dołożenie wogóle wszelkich starań celem uzyskania zadowolenia ze strony chorych. Tutaj czeka nas jeszcze dużo pracy. Nasze krajowe zdrojowiska są tak bogate i różnorodne, jak rzadko w którymkolwiek kraju Europy. Pod tym względem otrzymaliśmy naprawdę ogromny skarb, któ-

rego wielkości dziś dokładnie jeszcze nie znamy i nie doceniamy. W każdym razie możemy pod względem ilości, a przedewszystkiem jakości naszych zdrojowisk śmiało konkurować z zagranicą.

Chcąc uzyskać jak najlepszy wynik leczenia zdrojowiskowego, musimy się przy wysyłaniu chorych kierować pewnymi zasadami, różniami naturalnie w poszczególnych przypadkach. Nie decyduje zatem o wysłaniu chęć i ochota chorej do wyjazdu, tylko ścisłe wskazanie lekarskie, odgrywające tutaj taką samą rolę, jak przy wszystkich naszych decyzjach. Nie można naprzykład chorej krwawiącej lub mającej jeszcze ostre zapalenie przydatków macicy polecić kąpiele morskie lub borowinowe. Takie błędy mogą łatwo zdyskredytować leczenie zdrojowiskowe.

Następnie pamiętajmy o tem, że chorej nie wysyłamy do zdrojowiska na dalsze leczenie kliniczne, które w chwili wyjazdu powinno być ukończone, tylko na kurację, która ma nasze leczenie kliniczne uzupełnić, osiągnięte wyniki ustalić, zabezpieczyć, jednym słowem — pracę rozpoczętą w klinice dokończyć i quasi ukoronować. I tutaj zwracam uwagę na fakt nieco częściej może spotykany w czasach ostatnich, mianowicie na pewien rodzaj polipragmazji, którą niektórzy lekarze zdrojowi uprawiają. Widocznie dzieje się tak samo zagranicą. Przynajmniej pisze o tem także Laqueur w wielkim, nowym podręczniku Stoeckela. Trzeba przyznać rację autorowi twierdzącemu, że w leczeniu zdrojowiskowym należy unikać stosowania wszystkich środków i zabiegów, nie należących do właściwego leczenia zdrojowiskowego. Pozatem jest rzeczą taktu obu lekarzy, zdrojowiskowego i klinicznego, uzgodnić między sobą sprawę sposobu leczenia.

Dalej musimy chorej przed wyjazdem i rozpoczęciem kuracji wyraźnie zaznaczyć, że każde leczenie zdrojowiskowe ma tylko wówczas jakiś sens, jeżeli je przeprowadzimy nie przez 14 dni, tylko przez odpowiedni czas, i to nie za krótki. Zwykle chodzić będzie o 4—6 tygodni. Kto nie ma czasu i pieniędzy na tak długą kurację, niech pozostanie może lepiej w domu. Jeden z ważnych czynników leczenia zdrojowiskowego polega bowiem właśnie na tem, że warunki, otaczające chorą w zdrojowisku, są zupełnie odrębne od tych, w których ona dotychczas przebywała, że ma tam więcej spokoju i odpoczynku tak cielesnego, jak duchowego i że w takim otoczeniu może się naturalnie psychiczny wpływ lekarza leczącego o wiele lepiej zaznaczyć. Na to wszystko potrzebujemy jednak czasu.

Pozatem trzeba chorej zwrócić uwagę na ewentualną konieczność powtórzenia kuracji w odpowiednich odstępach czasu. Zwłaszcza zapalenia przydatków macicy ze swym nieraz bardzo uporczywym charakterem wymagają często powtórzenia kuracji, jeżeli ona ma być skuteczna.

Wreszcie widzimy, że chore, wyjeżdżające do zdrojowiska, popełniają często wielki błąd, zabierając z sobą całą rodzinę, a zwłaszcza większą lub mniejszą ilość dzieci, które jeszcze potrzebują ich opieki. Wyłączając niektóre szczególne przypadki, w których chora potrzebuje opieki osoby drugiej — będzie to lepiej osoba obca niż mąż — jest to zawsze niekorzystne, bo krępuje chorą. Kuracja zdrojowa wymaga, jak już u góry zaznaczyłem, dużo czasu, przede wszystkim spokoju cielesnego i duchowego. Nie może być mowy o skutecznem leczeniu, jeżeli chora, zmuszona liczyć się z zwiększonym kosztem pobytu przez zabranie rodziny, skraca czas kuracji i w dodatku jeszcze krępowana jest opieką zabranych dzieci, jeżeli jednym słowem nie wyszła z swego zwykłego otoczenia, nie ma swobody i możności zapomnienia o ciężkich godzinach choroby i nie pozbyła się swych domowych, rodzinnych, wielkich i małych kłopotów i trosk. W otoczeniu chorej powinien ile możności zapanować nastrój swobodny i wesoły, powinna ona zapomnieć o wszystkim niemiłym, co leży za nią, i pozwolić oddziaływać na siebie nie tylko odmiennym warunkom klimatycznym, ale także odmiennemu życiu wokoło siebie z jego radością, wesołością i słońcem.

Po tych kilku zdaniach wstępnych chcę odpowiedzieć na pytanie: które przypadki zapalenia przydatków macicy należy wysłać do zdrojowiska i jakimi drogami powinno iść leczenie zdrojowskie?

Otóż — najchętniej wysłałbym na dalsze leczenie do zdrojowiska wszystkie chore po przebytem zapaleniu, o ile się na to nadawają. Niestety — jest to niewykonalne. Zmiany płucne, jak rozedma i gruźlica, schorzenia sercowe i naczyniowe, przede wszystkim arterioskleroza i neurozy naczyniowe, ciąża, silne nerwowe podrażnienie i t. d. — wszystko to sprzeciwia się takiemu leczeniu. Pozatem odpadają zazwyczaj członkowie kasy chorych, która nie łatwo się decyduje na tak kosztowne leczenie. Pomimo to powinniśmy do tego dążyć. Tak samo jak w leczeniu raka macicy uważa jeszcze dziś większość autorów za konieczne stosować leczenie kombinowane, t. zn. oprócz operacji naświetlać chorą promieniami Roentgena i radu, tak samo, uważam, powinniśmy dążyć

do takiego quasi kombinowanego leczenia kliniczno-zdrowiskowego zapaleń przydatków macicy i uprzystępnić ten rodzaj leczenia wszystkim chorym.

Warunkiem kardynalnym wysłania powinien być fakt, że wszystkie objawy zapalenia ostrego i podostrego minęły już od dłuższego czasu, najlepiej od kilku miesięcy (3—4). Chora nie powinna zatem już mieć żadnych dolegliwości i boleści, zwłaszcza na ucisk, ciepłota musi być normalna od dłuższego czasu. Ilość leukocytów we krwi i czas opadania czerwonych krwinek powinny być normalne lub do normy zbliżone, a prowokacyjne przeplókanie gorące pochwy, jak je opisywałem na ostatnim kongresie w Poznaniu, lub inne sposoby podrażnienia nie powinny już dać żadnej reakcji. Ostrożność nasza pod tym względem powinna być bardzo wielka, inaczej nie ochronimy się od niemiłych niespodzianek. Intensywne leczenie zdrojowiskowe może bowiem łatwo doprowadzić do ponownego zaognienia sprawy nawet od dłuższego czasu już spokojnej i niby wyleczonej. Wówczas musimy naturalnie zaprzestać dalszej kuracji, a chora pozostaje w łóżku, stosując leczenie zachowawcze. Jest to sprawa tem przykrejsza, że chora jest na miejscu obcem, w hotelu lub w pensjonacie, gdzie leczenia nie można tak dobrze i wygodnie przeprowadzić, jak w domu lub w klinice. Do tego dochodzi zwykle w takich przypadkach zdenerwowanie chorej, które wpływa niekorzystnie na sprawę samą i ja nawet ewent. wybitnie pogarsza.

Nie potrzebuję podkreślać, że z wysłania chorej rezygnujemy, skoro nie możemy się liczyć ze skutecznością leczenia zdrojowiskowego, t. zn. w przypadkach, gdzie mamy na przykład ropniaki lub wogóle sytuacje, wymagające interwencji chirurgicznej. Leczenie zachowawcze, a zatem i zdrojowiskowe, nie wchodzi tutaj wogóle w rachubę. Lepiej taką chorą wysłać do zdrojowiska po operacji i ukończonej rekonwalescencji celem wzmocnienia i uzyskania sił i zdrowia.

Do dziś nie mamy pewności i nie umiemy sobie dokładnie wytłumaczyć, w jaki sposób uzyskujemy nasze dobre wyniki przez leczenie zdrojowiskowe. Niewątpliwym wydaje się jednak być fakt, że skuteczność takiego leczenia zależy od bardzo licznych i bardzo różnych czynników chemicznych, elektrycznych, mechanicznych, termicznych, od chemiczno-fizykalnego składu wód borowiny i t. d. To wszystko działa głównie drogą skóry i wegetatywnego ustroju nerwowego, co ze swej strony znowu wywołuje ogólną przemianę

organizmu całego i daleko idące zmiany w poszczególnych narządach. Niektórzy porównują działanie leczenia zdrojowiskowego z działaniem niespecyficznej terapii bodźcowej, aczkolwiek zachodzą tutaj znaczne różnice. Nie mamy bowiem tak ostrego działania, jak przy poszczególnych zastrzykach, tylko łagodny wpływ zsumowanych, drobnych, delikatnych bodźców. Pozatem jest naturalnie każdy z poszczególnych bodźców balneologicznych czemś zupełnie innem od zastrzyków. W dalsze szczegóły nie wchodzę, ponieważ mogą je Panowie łatwo znaleźć w każdym większym podręczniku balneologicznym.

Aczkolwiek nie można zaprzeczyć, że powyższe sprawy odgrywają w leczeniu zdrojowiskowem wybitną rolę, to jednak uważam, że poza niemi są jeszcze inne czynniki, których rola nie jest mniejsza, a możliwe nawet, że jeszcze większa, i pytanie, czy działanie powyższych bodźców bez ich współudziału nie byłoby bardzo osłabione. Mam na myśli zmianę zewnętrznych warunków, wśród których chora się znajduje podczas swego pobytu w zdrojowisku. Wpływ tej zmiany jest bardzo wielki, bo oddziałuje na szereg czynników najróżniejszych, przyczem jest może najważniejszem ich działanie na ustrój psychiczny, a tą drogą wogóle na cały organizm chorej. Na część tych czynników nie mamy żadnego bezpośredniego wpływu, są to: zmiana ciśnienia powietrza i naświetlenia słonecznego, klimatu. Tem większy jest zato nasz wpływ na czynniki drugie o doniosłem znaczeniu, jak: oderwanie chorej od obowiązków i pracy, od walki o byt z jej kłopotami i troskami, zmiana otoczenia, sposobu odżywienia, jak wogóle wszystkich warunków życiowych. To dopiero umożliwia chorej oddanie się całkowicie kuracji i pielęgnowanie się. Takim sposobem tworzymy warunki dla spokoju zewnętrznego i wewnętrznego, tak niezbędnego dla uzyskania dobrego efektu leczenia zdrojowiskowego. O warunki te powinniśmy dbać przynajmniej tak dalece, jak to od nas zależy. Zresztą widzimy także często w klinikach i poliklinikach naszych, jak ważnym jest ten czynnik. Aczkolwiek mamy tam niekiedy bardzo dogodne warunki dla przeprowadzenia takiej samej lub podobnej kuracji, jak w zdrojowiskach, to jednak wyniki są o wiele gorsze. Jest to naturalnie następstwem faktu, że chora pozostała między swemi kłopotami i troskami, że nie ma odpowiedniego spokoju dla przeprowadzenia kuracji. To utrudnia jej wyzdrowienie.

W niektórych przypadkach odgrywają powyższe sprawy specjalnie wielką rolę, mianowicie wówczas, jeżeli z powodu długiego

schorzenia ustrój nerwowy chorej ucierpiał. To samo widzimy dalej przy schorzeniach, wywołanych zmianami konstytucjonalnymi. Tutaj trzeba więc szczególny nacisk kłaść na powyższe czynniki i ile możliwości stworzyć odpowiednie warunki dla korzystnego przeprowadzenia kuracji. W takich przypadkach uważam specjalnie za wskazane, żeby się chora nie leczyła w godzinie ordynacyjnej lekarza kąpielowego lub — co jeszcze gorsza — na własną rękę, tylko żeby pozostała pod opieką lekarza w sanatorium.

Sanatorium daje większą pewność dokładnego przeprowadzenia przepisanej kuracji, bo mamy tutaj stałą kontrolę lekarską, która zwłaszcza w tych przypadkach jest ważna, a nieraz nawet decyduje o wyniku kuracji. Poza tem możemy niektóre zabiegi lecznicze przeprowadzić tylko w sanatorium ze względów na to, że wymagają one osobnych urządzeń, albo z powodu tego, że przemęczają chora, narażają ją na przeziębienie i t. d. Wreszcie mamy wogóle w sanatorium zawsze lepszą kontrolę chorej podczas kuracji. Jest to punkt ważny, bo niejedna niestety pacjentka, zwłaszcza młoda, grzeszy pod tym względem, spędzając po wyczerpanej kuracji podczas dnia noce całe na dancjach i zabawach, przez co wynik leczenia naraża. Szczególne znaczenie mają grzechy in Baccho et Venere.

Do tego wszystkiego dochodzi dalszy czynnik doniosły, mianowicie psychiczny wpływ leczącego lekarza. Odgrywa on szczególnie ważną rolę u kobiet nerwowo wrażliwych, psychicznie złamanych i przy zmianach konstytucjonalnych może specjalnie wrażliwych na jego oddziaływanie. Wpływ taki musi się naturalnie w sanatorium, w jego zamkniętem kole ze ścisłym dozorem, zupełnie inaczej zaznaczyć, niż w krótkim kwadransie rozmowy w godzinie ordynacyjnej lekarza. Dlatego powinniśmy wszystkim chorym tego rodzaju szczególnie radzić odbycie kuracji zdrojowiskowej w sanatorium.

Niestety nasze zdrojowiska nie posiadają jeszcze dostatecznej ilości lecznic ze stałym dozorem lekarskim, gdzie można przeprowadzić powyżej opisany sposób kuracji. Brak ten sprawia, że pacjentki nasze tłoczą się podczas sezonu w godzinach ordynacyjnych lekarzy kąpielowych, odbierając od nich dłuższe lub krótsze wskazówki, które później w hotelu lub w pensjonacie mniej lub więcej sumiennie przeprowadzają. Kontrola lekarska takiej kuracji nie zawsze jest ścisła i dostateczna, bo lekarze są zazwyczaj tak zajęci, że nie mają często wprost czasu oddać się w takiej mierze

chorym swym, jakby tego wymagały względy na skuteczne leczenie. Sytuacja polepszyła się już nieco przez to, że liczne zdrojowiska pozostają i zimą otwarte, wobec czego napływ chorych w sezonie letnim może się nieco zmniejszyć, lecz nie w tej mierze, jakby to ze względów na skuteczność leczenia było pożądanem.

W naszych domach kąpielowych nie zawsze możemy chorych pomieścić, a ilość kąpeli wydanych nieraz nie wystarcza dla nich, pozatem urządzenia kąpielowe są niekiedy przestarzałe, brak wygody i t. d. Całą energią powinniśmy dążyć do naprawy tego wszystkiego, jeżeli chcemy sprostać zadaniom i wytrzymać konkurencję z zagranicą. Przedewszystkiem musimy stworzyć większą ilość lecznic, urządzonych na wzór zagranicznych i wyposażonych w wszystkie urządzenia potrzebne dla przeprowadzenia leczenia. Pozatem powinniśmy także rozszerzyć nasze domy kąpielowe i wyposażać należycie, ułatwić chorym dostęp do nich i dbać więcej o ich wygodę. Wówczas stanimy na wysokości zadania i nie usłyszymy już skarg pod tym względem z ust naszych chorych, niestety nieraz naprawdę uzasadnionych.

Co do samego sposobu leczenia zaznaczam, że aczkolwiek ważne są dla lekarza kąpielowego wskazówki i obserwacje lekarza domowego czy klinicznego, który dotychczas przeprowadzał leczenie, to jednak nie powinniśmy go zbyt krępować, ponieważ jego doświadczenie pod tym względem jest większe, a zatem miarodajne. Możemy więc tylko w ogólnych zarysach podać kierunek terapii; szczegóły i sposób przeprowadzenia jej musi jednak wyłącznie on sam wyznaczyć. Pożądanem pozostanie naturalnie, żeby podczas leczenia zdrojowiskowego kontakt z lekarzem pierwszym nie został zerwany i żeby lekarz kąpielowy od czasu do czasu powiadamiał lekarza domowego o sposobie i wynikach leczenia. Taka współpraca wyda napewno najlepsze wyniki. Lekarz zdrojowiskowy zaś nie powinien zapomnieć o obserwacjach i wskazówkach lekarza domowego i nie iść odrębnymi, własnymi drogami. Dlatego polecam, żeby lekarze kliniczni wzgl. domowi ułatwiali swym kolegom pracę, wysyłając chore do zdrojowiska z krótkim zarysem historii choroby ewent. ze spisem temperatury, a w każdym razie z dokładnym wynikiem ostatniego badania wewnętrznego i z notatkami chociażby tylko krótkimi co do wrażliwości i stanu nerwowego chorej. To wszystko ułatwi lekarzowi kąpielowemu orientację i decyzję co do dalszego sposobu leczenia. Przytem powinien się on jednak — jak już wspominałem — wystrzegać polipragmazji, chociażby go

do tego chora sama pchała. Widzimy to zwłaszcza wówczas, jeżeli chora, nie mająca zbyt wiele czasu i ograniczona w środkach swych, chce swój pobyt w zdrojowisku jak najwięcej wykorzystać. Takie chore mogą się nieraz naleganiem i prośbami swemi uprzykrzyć lekarzowi. Potrzeba niekiedy dużo energii i twardej woli, żeby się takim prośbom przeciwstawić. Kto im ulega, szkodzi nieraz więcej, niż pomoże.

DOC. DR. TADEUSZ ŻURAŁSKI.

LECZENIE SPRAW ZAPALNYCH PRZYDATKÓW MACICZ- NYCH A KASY CHORYCH.

Sprawy zapalne przydatków macicznych przedstawiają bodaj największy odsetek wszystkich przypadków leczonych w klinikach lub w gabinetach lekarskich i zdawałoby się, że doszliśmy już do raz na zawsze ustalonych metod leczniczych. Że daleko jeszcze jesteśmy od jednolitego, ogólnie uznanego sposobu leczenia, dowodzi fakt, że na ostatnie dwa zjazdy lekarskie w Poznaniu i w Krynicy jako główny temat wyznaczono temat: leczenie spraw zapalnych przydatków macicy.

Jeżeli dziś zabieram głos w tej sprawie, to czynię to w przeświadczeniu, że każde, a zwłaszcza kliniczne doświadczenie może się przyczynić do ujednolajnienia metod leczniczych, tem więcej, że opierając się na materiale szpitala ginekologicznego Kasy Chorych w Poznaniu, dysponuję dużym materiałem przypadków zapalnych.

Pozwolę sobie sprawę oświecić z punktu widzenia lekarza kasowego. Nie mam naturalnie na myśli, że leczenie kasowych pacjentek powinno lub jest inne od prywatnych pacjentek, lecz lekarze kasowi w leczeniu swem są krępowani ustawą o ubezpieczeniu społecznem, która daje prawo ubezpieczonym do pomocy leczniczej nie dłużej jak przez 26 tygodni (art. 95), a członkom rodziny nawet w ciągu najwyżej 13 tygodni w roku kalendarzowym (art. 110).

Ten stosunkowo krótki przeciąg czasu musimy więc wyzyskać w pełni na racjonalne leczenie i radykalne wyleczenie spraw zapalnych u kobiety. Należy się więc zastanowić, czy obecne metody lecznicze wystarczają, aby zadość uczynić wymaganiom ustawy, innemi słowy, czy zdołamy zabezpieczyć ubezpieczonym wyleczenie w przepisowym okresie, a po drugie, jak najlepiej to uczynić.

Każdy przyzna mi rację, że najłatwiej leczyć można sprawy zapalne przydatków macicznych w okresie ostrym. Ten okres powinien być przede wszystkim brany pod uwagę w racjonalnem leczeniu spraw zapalnych. Jest to zresztą okres, w którym wstrzymujemy się od wszelkich aktywnych zabiegów, okres, który wymaga największego konserwatyzmu ze strony lekarza, a zachowanie największego spokoju ze strony chorej. A właśnie w tym okresie najczęściej błędów popełniają i lekarze i chore, nie dotrzymując kardynalnego warunku leczenia, to jest spokoju, lekarze przez zawczesne przepisywanie zabiegów leczniczych, chore przez niezachowanie spokoju, szczególnie niełożenie w łóżku, po większej części dlatego, że warunki domowe na to nie pozwalają, że w domu nie mają i nie mogą mieć odpowiedniej pielęgnacji, a nawet po większej części brak osoby, któraby zastąpiła chorą w obowiązkach domowych.

Dlatego też wysuwam pierwszy mój postulat w leczeniu spraw zapalnych u pacjentek kasowych: każdy przypadek ostrego zapalenia przydatków macicy należy bezwzględnie do szpitala, i to w jak najwcześniejszym okresie choroby, bez obserwacji domowej, a nawet bez dokładniejszego ustalania rozpoznania. Korzyści z leczenia szpitalnego wynikają i dla chorej, i dla władzy ubezpieczeniowej, dla chorej zagwarantowanie odpowiedniej opieki, dla Kasy Chorych znaczne skrócenie czasu trwania choroby i zmniejszenie wydatku zasiłkowego dla niezdolnych do pracy.

Leczenie szpitalne skreślę tylko w kilku słowach: przez cały czas trwania ostrego okresu choroby nie pozwalamy chorej wstać, zmuszamy ją do leżenia nawznak, okładamy podbrzusze lodem, uśmierzamy bóle narkotykami i stosujemy odpowiednią dietę, dbając przytem o regularne wypróżnienie stolca. W odpowiednich przypadkach, zależnie od badania leukocytów i odczynu Biernackiego, stosujemy proteinoterapię, najchętniej oleum terebenthii w odstępach indywidualizujących, to znaczy, że dajemy następny zastrzyk dopiero po minionej reakcji poprzedniego zastrzyku. Równie chętnie stosujemy w odpowiednich przypadkach promienie Roentgena w dawkach minimalnych. Wstrzymujemy się natomiast od wszelkich zabiegów aktywnych. Operacyjnie załatwiamy tylko duże ropniaki w małej miednicy, które wypuklają wybitnie tylne lub boczne sklepienia pochwowe lub okazują tendencję przebicia się

przez powłoki brzuszne. Pierwsze podlegają otwarciu drogą pochwową (colpotomia) i drenowaniu, ostatnie zwykłej incyzji i drenowaniu. W rzadkich przypadkach operujemy duże ropniaki przydatków macicznych per laparatomją, a mianowicie są to przypadki, w których gorączka trwa miesiącami, a ropniaki niszczą chore.

Z chwilą uspokojenia się procesu ostrego zapaleń przydatków macicznych lekarz stoi przed nowem zagadnieniem i poważną decyzją, a mianowicie przed zmianą terapii. Przechodzimy bowiem w tym drugim okresie z zupełnego konserwatyzmu do więcej aktywnych metod, to znaczy do t. zw. metod resorbcyjnych. Jest to okres, w którym nieodpowiednie postępowanie lekarza i chorej może poprzednio osiągnięte dobre wyniki w zupełności zniweczyć, reaktywować proces zapalny, a czas leczenia przedłużyć o kilka tygodni, a niekiedy miesięcy.

Dlatego w tym okresie, nazywam go pierwszym okresem obserwacyjnym i próbnego leczenia, wymagamy bezwzględnie leczenia szpitalnego. Nie wystarczy bynajmniej, jak to często się dzieje, badanie ginekologiczne w gabinecie lekarskim, jednorazowe stwierdzenie temperatury i już zapisywanie diatermy, płókania, kąpieli i t. d. Ile to procesów nieomal już na wyleczeniu przez takie postępowanie znacznie znowu się pogarsza, ile to pacjentek przez to wogóle zniechęca się do leczenia i traci przez to zaufanie do lekarza, zaczynając wędrówkę od lekarza do lekarza, kończąc niekiedy na znachorach.

Zdaniem mojem jest to okres najważniejszy leczenia spraw zapalnych przydatków macicy, decydujący zależnie od postępowania a całym dalszym przebiegu sprawy, okres, który wymaga dużo badań cytologicznych, dużo próbnych zabiegów leczniczych i zupełnie indywidualnego traktowania chorej, wszystko niemożliwe do przeprowadzenia ambulatoryjnie, zwłaszcza w masowem załatwieniu chorych kasowych. Dlatego też wymagamy dla tego okresu obserwacji szpitalnej.

W szpitalu postępowanie jest następujące: Zasadniczy warunek u każdej chorej z zapaleniem przydatków macicznych w pierwszym okresie próbnym jest leżenie w łóżku. Przez szereg dni obserwujemy gorączkę, kilkakrotnie badamy leukocyty i odczyn Biernackiego i wyznaczamy krw. naczczo. Następnie dajemy próbny zastrzyk terpentyny. Przy prawidłowej ciepłocie ciała, to znaczy do 37° pod pachą, i przy

prawidłowych warunkach we krwi rozpoczynamy leczenie resorbcyjne próbnem gorącym płókaniem pochwy (5 l o ciepłocie 45°). Następuje dokładna kontrola ciepłoty w tym dniu, mierzona co dwie godziny. Wrazie niepodniesienia się temperatury ciała dajemy w następnym dniu próbną diatermię przez 10 minut z następową kontrolą ciepłoty ciała. Począwszy od trzeciego dnia obciążamy chorą zabiegami coraz to silniejszymi, które są: 10 do 20 l gorące płókanie pochwy, nasiadówki z soli, diaterma, pelvitherm, tampony ichtjolowe zakładane do pochwy, borowinowe okłady i rosultra, przyczem stosujemy co najmniej 4 zabiegi dziennie.

Chore, które reagują na zabiegi podniesioną temperaturą chociaż tylko o 2—3 kreski, leczymy nadal konserwatywnie, próbując co kilka dni ponownie zabiegi resorbcyjne.

Chore, które wykazały prawidłową reakcję ciepłoty ciała i prawidłowy wynik badania krwi, zwalniamy ze szpitala i leczymy je nadal ambulatoryjnie temi samemi zabiegami w specjalnie stworzonym ambulatorjum, które się łączy ściśle ze szpitalem i pozostaje pod kierownictwem jednego ze starszych asystentów szpitala. Kontrola tych ambulatoryjnie leczonych chorych odbywa się co tydzień badaniem ginekologicznem i badaniem leukocytów i odczynu Bierneckiego. Bardzo mały odsetek tych pacjentek udaje nam się wysłać na koszt Kasy Chorych do uzdrowisk niestety na stanowczo za krótki przeciąg czasu (przeważnie 3—4 tygodnie).

Maksimum leczenia ambulatoryjnego uważamy trzy miesiące, przyczem jednakże wymagamy regularnego uczęszczania chorej do zabiegów. Kontrola ze strony szpitala jest ułatwiona, ponieważ są to pacjentki Kasy Chorych, które na zmianę lekarza potrzebują zgodę lekarza leczącego, a w razie nieleczenia się tracą prawo do ewtl. zasiłku dla niezdolnych do pracy, o którym w każdym przypadku ginekologicznym decyduje komisja, urzędująca w szpitalu ginekologicznym Kasy Chorych.

O ile w tych trzech miesiącach leczenia ambulatoryjnego nie nastąpiła znaczna poprawa obiektywna stanu zapalnego przydatków macicy, następuje ponowne przyjęcie do szpitala. Cel przyjęcia jest w tym przypadku wybór chorych do operacji i dlatego nazywam ten okres drugim okresem obserwacji.

O operacji rozstrzygają ostatecznie następujące czynniki:

1. Istotne wskazania do operacji, które widzimy w bardzo silnych bólach, zatruwających chorej życie i w stałej niezdolności chorej do pracy. To ostatnie wskazanie odgrywa

w dzisiejszych czasach coraz to większe znaczenie u osób, skazanych na utrzymanie siebie i rodziny z pracy rąk.

2. Okres zapalenia przydatków macicznych. Podkreślam na tem miejscu jeszcze raz, że operujemy tylko takie przypadki, które oddawna znajdują się w okresie przewlekłym, to znaczy, że albo wogóle już niema ropy w guzach zapalnych, a mamy do czynienia tylko jeszcze z guzami wypełnionymi płynem surowicznym (hydrosalpinx), albo istnieje ropa już dawno jałowa. Do stwierdzenia tych faktycznych danych służy właśnie drugi okres obserwacji w szpitalu. Obserwujemy jeszcze raz dokładnie ciepłotę ciała. Badamy opad białych krwinek i ilość białych krwinek. Stosujemy próbną proteinoterapię i obciążamy silnie chorą metodami resorbcyjnemi przez szereg dni.

3. Istotne zmiany chorobowe w przydatkach macicznych i z tem związany wybór rodzaju operacji. Zasadą naszą jest: konserwatyzm operacyjny u kobiet w młodszym wieku, daleko idący radykalizm u kobiet, znajdujących się blisko klimakterjum. Innemi słowy, u młodych kobiet poświęcamy gorszą stronę przydatków, ratując chociaż resztkę trąbki i jajnik drugiej strony; u starszych osobników wyjmujemy zasadniczo przydatki w całości, poświęcając niekiedy nawet macicę. Operujemy bez wyjątku drogą brzuszną. Zamykamy jamę brzuszną bez sączkowania i staramy się o dokładną perytonizację pola operacyjnego.

Przedstawiłem w głównych zarysach leczenie spraw zapalnych przydatków macicznych u kasowych pacjentek. Główny nacisk kładłem na okresowe leczenie w szpitalu, przedewszystkiem celem ustalenia okresu choroby i wyboru leczenia. Wyniki, które osiągnęliśmy, postępując w myśl tych zasad, potwierdzają nasze zdanie. Przedewszystkiem mamy w Poznaniu nikły odsetek niezdolnych do pracy leczących się na zapalenie przydatków macicy, a nie przebywających w szpitalu, fakt, który oznacza znaczną oszczędność dla Kasy Chorych. W większości przypadków udało nam się w przepisowym terminie doprowadzić chore do wyleczenia i do zdolności do pracy.

Operowaliśmy około 15% naszego materiału zapalnego w szpitalu. Z tych operowanych pacjentek 73% opuściło szpital w stanie wyleczonym, nie wymagającym dalszego leczenia. 12% z tych pacjentek zaszło później w ciążę. 26% operowanych pacjentek wymagało jeszcze krótkiego, dodatkowego leczenia resorbcyjnego, śmiertelności było mniej więcej 1%.

PROF. DR. J. ZUBRZYCKI.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobietych U. J. w Krakowie. (Dyrektor:
prof. dr. J. Zubrzycki.)

TAK ZWANA „ENDOMETRIOSIS“ PRZYDATKÓW MACICY.

Wszechstronne i wyczerpujące opracowanie leczenia zmian zapalnych przydatków macicy w licznych referatach, zgłoszonych na dzisiejszy Zjazd, skłoniło mnie do zajęcia się sprawą, nieco odbiegającą od głównego tematu, lecz pozostającą pomimo to do pewnego stopnia w związku z nim, chociażby ze względu na rozpoznawcze różnicowanie schorzeń zapalnych przydatków macicy. Sprawa, nad którą mam zamiar się zastanowić, cechuje się bowiem w badaniu ginekologicznym wyglądem obrazu chorobowego, przypominającego w wielu szczegółach obraz chorobowy, z jakim przyzwyczajeni jesteśmy spotykać się w zapalnych zmianach przydatków macicy i z tego to względu może stać się przyczyną pomyłek rozpoznawczych. Mam na myśli schorzenie występujące między innymi w przydatkach macicy, a niezmiernie ciekawe tak pod względem etiologicznym, biologicznym, jak i anatomicznym, dla którego właściwie polskiej nazwy dotychczas nie mamy, a które po łacinie określamy „endometriosis“, odpowiadające nazwaniu polskiemu „ś r ó d m a c i c z e n i e“.

Ta to postać chorobowa cechuje się pod względem anatomicznym pojawieniem się i bujaniem utkania, podobnego do utkania błony śluzowej trzonu macicy w miejscach, w których prawidłowo nie powinno się ono w ustroju znajdować. Miejsca te rozsiane są w tkankach i narządach dolnej części jamy brzusznej i miednicy. Badając pod drobnowidem, znajdujemy w samym utkaniu obecność tak charakterystycznej dla błony śluzowej trzonu tkanki łącznej, jak i obecność cechującego ją nabłonka wraz z typowymi gruczołami. Zazwyczaj jednak przeważa w bujaniu ilościowo część gru-

czołowa. Schorzenie to pojawia się dopiero u kobiety dojrzałej płciowo i występuje u niej najwcześniej około trzydziestego roku życia. Wcześniejsze wypadki śródmaciczenia przydatków należą do niezmiernie rzadkości. Dowodzi tego odnośne piśmiennictwo, w którym zaledwie kilka podobnych omówiono (A l b r e c h t). Najczęściej zaś spotykamy się z niem w okresie przekwitania płciowego. Niezmiernie ciekawie kształtują się biologiczne własności utkanka, stanowiącego istotę schorzenia. Zachowuje się ono bowiem zupełnie tak samo, jak śluzówka trzonu macicy. Oddziałuje więc na bodźce hormonalne, wychodzące z jajnika, i pod wpływem hormonu rujowego oraz hormonu ciała żółtego przechodzi zmiany okresowe zupełnie takie same i tak samo, jak błona śluzowa trzonu macicy. W związku z tem możemy więc, zależnie od momentu badania, stwierdzić w utkaniu śródmaciczenia rozmaity obraz anatomiczny, odpowiadający bądźto obrazowi okresu wzrostowego, bądź też wydzielniczego, bądź też okresowi złuszczenia, czyli miesiączki. Zmiany te uwidaczniają się tak w łączno-tkankowej, jak i nabłonkowej części utkanka. W okresie miesiączki występuje złuszczenie części nabłonkowej, nierzadko połączone z krwawieniem. Spostrzegamy w niem także typowy obraz dla przemiany doczesnowej w wypadkach zajścia w ciążę (M e y e r i L a h m) oraz obraz zaniku w okresie ustania czynności wydzielniczej jajników, taki sam, jaki spotykamy w śluzówce trzonu w tym okresie życia kobiety (S a m p s o n). Rozległość samego bujania jest względna i zależy między innemi od czasu trwania schorzenia. Objawy kliniczne pozatem, związane ściśle z umiejscowieniem śródmaciczenia, przedstawiają się rozmaicie, zależnie od tego, w jakich tkankach lub narządach umiejscowiło się schorzenie.

Jednolitego tłumaczenia, wyjaśniającego powstawanie tej sprawy chorobowej, nie mamy dotychczas. Istnieje bowiem cały szereg zapatrywań i teoryj, któremi starano się uzasadnić przyczynowość śródmaciczenia rozmaitych narządów i tkanek. Nadmienić należy, że ze względu na rozmaitą topografię śródmaciczenia przyjmują niektórzy słuszność jednych tłumaczeń dla tych, drugich dla innych jej postaci, chociaż trudno znowu przypuścić wobec bardzo częstej wielokrotności umiejscowienia śródmaciczenia u jednego i tego samego osobnika, by w różnych miejscach ustroju równocześnie powstałe, takie same i te same ogniska chorobowe miały mieć różne przyczyny. W odniesieniu do powstawania śródmaciczenia jajowodów i jajników, które nas w dzisiejszym wykładzie zajmują,

przyjąłoby należało dwa tłumaczenia jako najbardziej prawdopodobne, a mianowicie tłumaczenie Sampsona i tłumaczenie Roberta Mayera. Pierwszy z nich twierdzi, że śródmaciczenie jajowodów i jajników dochodzi do skutku jako wynik przeszczepienia się w ich tkanki złuszczonych w czasie miesiączki resztek śródmacicza, które mogą się dostać do tych narządów wskutek wstecznego przeniesienia się — tutaj zaszcześcić i rozwijać. Drugi uważa, że śródmaciczenie jajowodów i jajnika dochodzi do skutku w związku z metaplastją nabłonka, wyścielającego w życiu płodowem jamę ciała, a więc w odniesieniu do zajmujących nas narządów z przewodu Müllera i nabłonka otrzewnowego. Zdaniem Roberta Mayera ten bowiem rodzaj nabłonków ma posiadać zdolność wytwarzania u kobiety utkania o charakterze śródmacicza. W ostatnich czasach duże znaczenie w powstawaniu śródmaciczeń w ogólności przypisuje się także hormonalnym czynnikom, a przede wszystkim bliżej nie określönemu działaniu hormonu rujowego (Lauche). Nadmienić także należy że w wypadkach istniejącego śródmaciczenia macicy lub jajników może się przenieść schorzenie bezpośrednio z jednej lub drugiej na jajowody (Neumann, Nowak), jak naodwrot z jajowodów na jajnik (Neumann).

Nietylko z punktu widzenia teoretycznego stanowią śródmaciczenia ciekawe zagadnienie, lecz także z punktu widzenia praktycznego dla klinicysty i lekarza przedstawiają się jako bardzo zajmujące schorzenie. Stanowią one bowiem jednostkę chorobową, która zaciekawiać musi każdego tak ze względu na towarzyszące jej objawy, momenty wchodzące w grę w jej rozpoznawaniu, jako też i stosowane w niej sposoby lecznicze.

Zasadnicze objawy chorobowe, z jakimi spotykamy się w śródmaciczeniu jajowodów i jajników, związane są, rzecz jasna, z rozwojem, rozprzestrzenieniem i długotrwałością schorzenia, a zależne w pierwszym rzędzie od nasilenia i obecności biologicznych własności śródmaciczenia, jako tkanki, ulegającej przemianom okresowym pod wpływem czynności rozrodczej i wydzielniczej jajnika. W związku z tem śródmaciczenie, umiejscowione na nieznacznej przestrzeni we wnętrzu jajowodów lub jajników, nie będzie dawało początkowo żadnych objawów klinicznych. Pojawia się one dopiero wtedy, kiedy schorzenie obejmuje znaczniejsze przestrzenie czyto śluzówki jajowodów, czy też utkania jajnikowego, lub wtedy, kiedy w schorzeniu, trwającym dłuższy okres czasu, zsumują się skutki miesięcznej przemiany utkania śródmaciczenia.

W tych razach w wypadkach śródmaciczenia jajowodów spotykamy powiększenie ich objętości, zgrubienie albo nawet jedno lub obustronne guzy o względnej średnicy i rozmiarach, przypominające w czasie badania ginekologicznego na pierwszy rzut oka zmiany zapalne przydatków, i to nie tylko ze względu na swój kształt, ale także ze względu na to, że są one częstokroć silnie zrosłe z otoczeniem. Opisane zmiany, spostrzegane w jajowodach, powstają w związku z nagromadzeniem się w ich wnętrzu krwi, wylanej w czasie łuszczenia się powierzchniowych warstw śródmaciczenia w chwili miesiączki. Krew w nich zazwyczaj jest zmieniona, przypominająca wejrzeniem brunatnoczekoladową, gęstą, lecz przecież płynną masę. W odniesieniu do sprawy miesiączkowania śródmaciczenia w jajowodach nadmienić należy, że prawidłowa błona śluzowa jajowodów zasadniczo nie posiada zdolności do miesiączkowania i nigdy w fizjologicznych warunkach nie miesiączkuje. W wypadkach pojawienia się w niej bujania śródmacicznego zmienia o tyle swoje biologiczne zachowanie się, że patologicznie zmienione w niej przestrzenie, pokryte utkaniem zbliżonem pod względem swoich anatomicznych i fizjologicznych własności do błony śluzowej trzonu, ulegają przemianom okresowym i w związku z tem wykazują także objawy złuszczenia i krwawienia miesięcznego. Nadmienić należy, że własności te posiadają tylko te przestrzenie śluzówki jajowodów, które są pokryte omawianym rodzajem bujania. Niezmieniona błona śluzowa jajowodów, jak i niezmienione jej przestrzenie, pokrywające resztę wnętrza jajowodów, nie objęte śródmaciczeniem, nie posiadają tych własności. Lecz wskutek tego, że już nawet pewne części wnętrza jajowodów mogą w wypadkach ich śródmaciczenia w niektórych okresach, zależnie od czynności jajników, ulegać nagłemu złuszczeniu, któremu towarzyszy przerwanie naczyń i wylewanie się krwi, może przyjść do nagromadzenia się tej krwi w świetle jajowodów. To zaś powodować może podrażnienia i stany zapalne, doprowadzające do zamknięcia ujść jajowodów i zrostów z otoczeniem. W związku z tem spotykać się możemy w danem schorzeniu, w czasie badania ginekologicznego, nie tylko z powiększeniem objętości jajowodów, o charakterystycznym kolbowatym kształcie, nie tylko ze zrostami, częstokroć unieruchamiającymi w zupełności przydatki, lecz także z podniesieniami ciepłoty, ze wzmożeniem ilości ciałek białych we krwi, ze zmianą czasu opadania krwinek i tym podobnemi objawami, które pozostają w przyczynowej zależności właśnie od

wspomnianych, następnie się dołączających stanów zapalnych, towarzyszących śródmacicznemu jajowodów. Tak jednak obraz uzyskany w czasie badania, jako też i inne wspomniane objawy zależą w wysokim stopniu od nasilenia schorzenia i jego przestrzennej rozciągłości, jak również od czasu jego trwania i wieku danej kobiety. To ostatnie obowiązuje ze względu na to, że śródmaciczne daje objawy kliniczne tylko u kobiety, będącej w okresie czynności wydzielniczej jajnika.

Obraz chorobowy, z jakim spotykamy się w wypadkach śródmacicznia jajników, również pozostaje w związku z biologicznymi własnościami utkania śródmacicznia, które i w tych razach odpowiada na bodźce jajnikowe znanymi przemianami. W porównaniu z innymi umiejscowieniami śródmacicznia umiejscowienie jego w jajnikach zaliczyć należy do jednych z najczęstszych. Pod względem anatomicznym cechuje się ono powstawaniem tak zwanych torbieli smołowych lub czekoladowych jajnika. Są one następstwem wylanej krwi w związku z przerwaniem naczyń krwionośnych w czasie łuszczenia się powierzchownych warstw śródmacicznia, rozwijającego się w utkaniu jajnikowym. Torbiele te częstokroć pękają skutkiem kruchości ich ścian, jak również pod wpływem zwiększenia ciśnienia w ich wnętrzu w związku z nowowylaniami ilościami krwi w czasie miesiączki. Doprowadza to do wystąpienia objawów miejscowego zapalenia otrzewnej, powstawania zrostów z otoczeniem i tworzenia się guzów przydatków, podobnie wyglądających w badaniu ginekologicznym, jak guzy pochodzenia zapalnego. Pozatem pęknięcie torbieli, powstałych na tle śródmacicznia, grozi przeszczepieniem się schorzenia w różne miejsca otrzewnej w postaci wielokrotnych ognisk. Czy i o ile śródmacicznia jajników usposabia do powstania ciąży pozamacicznej jajnikowej, jak to twierdzi Neumann, dotychczas nie wiadomo.

Po tych ogólnych uwagach, dotyczących anatomicznego wyglądu, przebiegu i objawów klinicznych omawianego schorzenia, łatwo zrozumiemy, że zróżnicowanie śródmacicznia do spraw zapalnych przydatków macicy natrafia na znaczniejsze trudności. Rozróżnienie zaś obu tych rodzajów schorzeń od siebie jest nie zmiernie ważne ze względu na odrębne sposoby ich leczenia i dlatego też z kolei rzeczy zastanowię się pokrótce nad tem zagadnieniem.

Wszystkie momenty, wchodzące w grę w rozróżnieniu obu tych rodzajów schorzeń, związane są ściśle z biologicznymi

własnościami utkania śródmaciczenia a spowodowane nagromadzeniem się i stałym zwiększaniem ilości wylanej krwi w czasie miesiączki do jajowodów lub też do wnętrza utkania jajnikowego, w związku ze złuszczeniem powierzchownych warstw nabłonkowych śródmaciczenia. W następstwie tego zauważyć będziemy mogli u każdej chorej z rzędu w okresie miesiączki: występowanie i zwiększanie się bólów, umiejscawiających się w dolnych częściach jamy brzusznej, a po miesiączce z reguły powiększanie się objętości istniejących guzów przydatkowych. Momentem, ułatwiającym pozatem rozpoznanie, jest niezmniejszanie się objawów chorobowych w czasie leczenia zachowawczego, a więc niecofanie się bólów, nacieków i guzów, a natomiast zwiększanie się ich w czasie tegoż, i to z każdą nowowystępującą miesiączką. Opierając się na tych danych oraz biorąc równocześnie pod uwagę obraz, uzyskany w czasie badania, możemy do pewnego stopnia rozstrzygnąć sprawę i przechylić nasze rozpoznanie w jednym lub drugim kierunku.

W razie przewagi przesłanek naszego logicznego rozumowania w kierunku istnienia w danym wypadku śródmaciczenia przydatków należy też i na odpowiednie tory skierować nasze postępowanie lecznicze. Może ono w tych wypadkach być dwojakie: chirurgiczne, dążące do usunięcia schorzałych narządów, i zachowawcze, mające na celu nie usunięcie ogniska chorobowego, lecz spowodowanie ustania biologicznych czynności, powodujących występowanie i zwiększanie się opisanych objawów chorobowych. Jednym i drugim sposobem leczniczym uzyskać możemy dobre wyniki.

Leczenie chirurgiczne polega na wykonaniu zabiegu, mającego na celu usunięcie schorzałych części narządu rodnoego. Zabieg taki powinien ograniczać się li tylko do usunięcia patologicznie zmienionych części jajowodów względnie jajników. Nadmienić należy, że skrajny konserwatyzm w odniesieniu do tych ostatnich, szczególnie u kobiet młodych, jest bezwzględnie wskazany. Śródmaciczenie bowiem nie jest sprawą chorobową o charakterze złośliwym. W myśl powyższego powinniśmy więc dążyć w zabiegach chirurgicznych do pozostawienia, jeżeli już nie drugiego, zdrowego jajnika, to w każdym razie części chorobowe niezmienionego utkania jajnikowego, a zadowolić się tylko usunięciem tych jego odcinków, w których usadowiło się śródmaciczenie. Nie wchodzi tu bowiem w grę obawy, z jakimi liczymy się w przypadkach zabiegów, dokonywanych z tych nielicznych wskazań w sprawach zapalnych przydatków macicy, jak również nie potrzebujemy się obawiać nawro-

tów śródmaciczenia, o ile operujemy w granicach zdrowych (Seitz). Pomimo wszystko w każdym jednak zabiegu chirurgicznym, dokonywanym z powodu śródmaciczenia, i to bez względu na jego umiejscowienie, obowiązuje zasada radykalnego postępowania. Należy więc usuwać narządy i tkanki w granicach zdrowych, zwracając pozatem uwagę na to, by przez rozsianie utkania śródmaciczenia, w związku z rozerwaniem jego ciągłości, nie wszczepić go w zadane przez nas rany i nie spowodować nowego bujania w bliźnie lub w innych miejscach ustroju. Że takie przeszczepienie w czasie zabiegu jest możliwe, dowodzi umiejscowienie śródmaciczenia w bliznach pooperacyjnych (Haselhorst, Kranzfeld) oraz doświadczenia, przeprowadzone w tym kierunku na zwierzętach (Fayot, Guillert, Cannata). Zabiegi chirurgiczne, dokonywane z powodu śródmaciczenia przydatków, kształtują się pod względem technicznym przeważnie w stosunkowo ciężkie z powodu zrostów schorzałych przydatków z otoczeniem. Częstokroć zmuszeni jesteśmy wraz z przydatkami usunąć i macicę, i to nie tylko ze względów technicznych, lecz także ze względu na to, że bardzo często śródmaciczeniu przydatków towarzyszą zmiany macicy, które określamy mianem endometriosis uteri, po polsku śródmaciczenie macicy. Zabiegi te wikłają też częstokroć znaczne krwawienia, powstające z powierzchni rannych z porozrywanych nacieków i zrostów. Krwawienia te zmuszają nas częstokroć do sączkowania jamy brzusznej, które najlepiej uskutecznić drogą pochwową.

Drugim sposobem leczenia śródmaciczenia, to leczenie bezkrwawe, polegające na zastosowaniu energii promiennej w postaci naświetlań Roentgenem. W ścisłym tego słowa znaczeniu jest to postępowanie lecznicze raczej objawowe, nie leczące bezpośrednio śródmaciczenia, a usuwające objawy chorobowe jedynie tylko przez wykluczenie wpływów czynności wydzielniczej jajników na samą tkankę śródmaciczenia. Pod wpływem zadziaływania promieni Roentgena, które u kobiet starszych stosujemy zawsze w tych razach w dawkach wytrzebających, ustaje czynność wydzielnicza jajnika. W związku z tem znika więc z ustroju bodziec, działający i powodujący biologiczne przemiany w utkaniu śródmaciczenia, ustaje więc także i przyczyna, wywołująca powstawanie objawów chorobowych, pozostających w ścisłym związku z czynnością wydzielniczą jajnika. Naświetlanie promieniami Roentgena w dawce wytrzebiającej w wypadkach śródmaciczenia daje naogół dobre wyniki

i jest polecenia godnem, szczególnie u kobiet starszych, u których czynność wydzielnicza jajnika znajduje się już na wygaśnięciu. Po leczeniu tem objawy chorobowe znikają, cofają się guzy i nacieki, podobnie zresztą jak u kobiet, u których samoistnie wygasła czynność wydzielnicza jajników. U kobiet jednak młodych stosowanie naświetlania Roentgenem w dawkach wytrzebiających nie jest wskazanem i z tych też względów polecają niektórzy w tych razach posługiwanie się dawkami czasowo wytrzebiającemi (H e y m a n n, A l b r e c h t). Wychodzą oni z założenia, że czasowe wytrzebiecie energią promienną powoduje zanik utkania śródmaciczenia zupełnie tak samo, jak powoduje zanik śluzówki trzonu, a zatem prowadzić może do wyleczenia schorzenia. Nie jest jednak wykluczone, że z chwilą, gdy pojawi się zpowrotem czynność wydzielnicza jajnika, wytworzy się znowu w tych razach nawrót schorzenia. Z tych to względów u osób młodych zabieg operacyjny znajduje szersze zastosowanie w wypadkach śródmaciczenia przydatków, niż u osób starszych.

Na tem kończę ogólne uwagi kliniczne, dotyczące schorzenia, określanego mianem endometriosi adnexorum, co odpowiada nazwaniu polskiemu śródmaciczenie przydatków. Schorzenie to, jak Państwo sami mogliście zauważyć, jest bardzo ciekawe pod względem klinicznego przebiegu, głównie z powodu zjawisk biologicznych, jakie w nim spostrzegamy. Zajmuje ono nas dzisiaj ze względu na to, iż w związku z trudnością odróżnienia go od zmian zapalnych przydatków macicy dostaje się częstokroć, mylnie skierowane, do leczenia zdrojowiskowego, które, jak z powyższego widać, w przypadkach śródmaciczenia nie może odnieść, rzecz jasna, żadnego skutku leczniczego.

DR. HENRYK BRAND.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobięcych U. J. w Krakowie. (Dyrektor.
Prof. dr. January Zubrzycki.)

LECZENIE ZDROJOWISKOWE PRZEWLEKŁYCH ZMIAN ZAPALNYCH PRZYDATKÓW MACICY.

Leczenie zdrojowiskowe posiada większe znaczenie w leczeniu chorób kobiecych aniżeli by się to pozornie zdawać mogło w związku ze stosunkowo krótkimi wzmiankami dotyczącymi tych spraw, spotykanymi w podręcznikach oraz podanymi w odnośnem piśmiennictwie. Z natury rzeczy leczenie to posługiwać się musi w swych poczynaniach leczniczych sposobami zachowawczemi, które w ostatnich czasach uległy znacznemu rozwojowi i pewnej zmianie kierunku, wywołanym poznaniem i zrozumieniem biologicznego działania leczenia kąpielowego wogóle. Łatwo zrozumiała rzecz, że te nowe zdobycze nie mogły pozostać bez wpływu i na leczenie zdrojowiskowe chorób kobiecych. Słuszność tego twierdzenia rzuca się w oczy w każdym dziale schorzeń narządów rodnych kobiety, który dostępny jest dla leczenia zdrojowiskowego. Uwidacznia się też i w leczeniu przewlekłych zmian zapalnych przydatków macicy, które dotychczas stanowią domenę leczenia zachowawczego, a więc i zdrojowiskowego.

Może jednak jedną z najważniejszych zdobyczy nowoczesnego kierunku postępowania w zachowawczym sposobie traktowania spraw zapalnych przydatków macicy jest zrozumienie, że racjonalne spostrzeganie i osądzanie schorzeń organów rodnych kobiety jest możliwe tylko w związku ze spostrzeganiem stanu całego ustroju. Doświadczenie kliniczne pouczyło nas, że polepszenie stanu chorobowego miejscowego w omawianem przez nas schorzeniu następuje równolegle z polepszeniem stanu ogólnego zdrowia chorej. Wiemy zaś równocześnie, że mało które leczenie tak działa korzyst-

nie na stan ogólny, jak leczenie zdrojowiskowe. Z tego wynika, że moment polepszenia ogólnego stanu zdrowia musi między innymi odgrywać i odgrywa także rolę w leczeniu zajmujących nas schorzeń. Przez leczenie kąpielowe stwarzamy przestrojenie ustroju w kierunku dodatnim, t. j. zmieniamy sumę procesów fizyko-chemicznych zachodzących w sokach i tkankach ustrojowych i w ten sposób częstokroć usuwamy czynniki stojące na przeszkodzie wyleczeniu. Tą drogą też wzmagamy odporność ogólną ustroju i uzyskujemy lepsze warunki dla leczenia schorzenia. Nasze wyobrażenie takiej zmiany ustroju będzie bardziej zrozumiałe, jeśli również wspomniemy o t. zw. odczynie kąpielowym, który sumuje się z cech odczynu ogólnego i cech odczynu miejscowego schorzałego ogniska. Podobnym on jest do odczynu spotykanego po pozajelitowym podaniu obcogatunkowego białka, stosowanego dla uzyskania nieswoistego, ogólnego odczynu w pojęciu Biera, Weicharda i t. d. Odczyn kąpielowy powoduje bowiem też przejściowe zaostrenie się sprawy w ognisku chorobowym. Także i stan ogólny zostaje chwilowo zaburzony, a w schorzeniach podostrych może się nawet zjawić podwyższenie ciepłoty ciała. Skutkiem tego po pierwszych paru kąpielach mogą się zjawić w schorzeniach organów miednicy małej kobiety wzmożona bolesność, miejscowy niepokój, ciągnięcie, wzmożenie upławów ewent. zwiększenie krwawienia. Podwyższenie ciepłoty ciała, pojawiające się w początkach leczenia zdrojowiskowego, dowodzi nawet zaostrenia procesu w ognisku chorobowym i jest wskazaniem, o ile utrzymuje się za długo, do przerwania leczenia.

Że przestrojenie ustroju spowodowane leczeniem kąpielowym rzeczywiście istnieje, świadczą za tem spostrzeżenia lekarzy zdrojowych, stwierdzające, że stosowane przypadkowo równocześnie z leczeniem kąpielowym środki, jak arsen, wapń i t. d. inaczej działają, jak zwykle. To odnosi się również i do wszelkich zabiegów fizykalnych w zdrojowiskach, które dają wtedy odczyn dużo silniejszy, aniżeli przed leczeniem kąpielowym (Kisch, Mom m). Miałem sam wielokrotnie sposobność zaobserwować to, porównując wpływ tych środków leczniczych stosowanych w czasie leczenia spraw zapalnych i u nas w klinice, jak również tutaj w Krynicy w toku leczenia kąpielowego.

Z powyższego widać, że zaistniał w nowszych czasach cały szereg momentów, które zmuszają nas do rewizji naszego stanowiska względem przyczynowości korzystnych skutków leczenia

kąpielowego. Do nich zaliczam między innymi najnowsze zdobycze fizyko-chemiczne, a pozatem trias pojęć: konstytucja, gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu i leczenie powodujące wzmożenie odporności. Wogóle widzimy w zadziałaniach balneologicznych więcej aniżeli, jak dotychczas, tylko różnice ilościowe w porównaniu z różnemi postaciami wodolecznictwa, przede wszystkim więcej, aniżeli, mające i tak pewne znaczenie czynniki, takie jak np. zmiana klimatu, środowiska i t. p. Jesteśmy więc zmuszeni wyciągnąć konsekwencje z tego dla naszego działania leczniczego.

Podstawowem prawidłem obowiązującym w leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy jest zasada, że do leczenia zdrojowiskowego nadają się tylko przewlekłe sprawy zapalne jajników i jajowodów, przy- i okołomacicza, zupełnie jednak niezależnie od swego pochodzenia. A więc bez względu na to, czy są one następstwem porodu lub porodu, czyto zakażenia wiewiórowego, czy też wreszcie innej przyczyny, powodującej sprawy zapalne, nieżytowe lub wysiękowe. Zapalenia przydatków macicy mogą być leczone w zdrojowisku, o ile więc przejdą już swój ostry okres, a pozatem jeśli nie towarzyszą im nadmierne krwawienia, spotykane często jako powikłanie tej jednostki chorobowej. Chora taka, wysyłana do zdrojowiska, nie powinna mieć więc podniesionej ciepłoty ciała, znacznej bolesności i nie powinna, jak już wspomniałem, krwawić. Objawy te bowiem są przeciwwskazaniem do leczenia zdrojowo-kąpielowego. Przeciwwskazanie do leczenia zdrojowo-kąpielowego stanowią także i inne sprawy ogólniejszej natury, jak przede wszystkim gruźlica płuc, szczególnie gdy towarzyszy jej podwyższenie ciepłoty ciała, pewne zmiany w sercu i t. d. Wogóle, chore wysyłane do zdrojowiska głównie dla leczenia przewlekłych zmian zapalnych przydatków muszą posiadać pewne minimum odporności fizycznej, która nawet czasami, np. jeśli chodzi o stosowanie kąpeli borowinowych, winna być dość znaczną. Ciężka masa borowiny, jej wysoka ciepłota, która i słusznie warunkuje efekt leczniczy i właściwości borowiny, stawiają takie wymagania od serca, naczyń i systemu nerwowego, że tylko zupełnie zdrowe — abstrahując od schorzenia miejscowego — chore możemy poddawać procedurom leczenia kąpielowego, bądź co bądź wyczerpującym ustrój. Dotyczy to i innych rodzajów kąpeli, chociaż może w mniejszym stopniu, niż w porównaniu z kąpielami borowinowemi.

Leczenie zdrojowiskowe przewlekłych zmian zapalnych przydatków macicy rozpada się w zasadzie na leczenie pitne i leczenie

kąpielowe. Możemy je kombinować z leczeniem fizykalnem, to jest z diatermją, kąpielami elektrycznymi, lampą kwarcową i t. d.

W przewlekłych zapaleniach kobiecych narządów rodnych, którym towarzyszą częstokroć rozmaite dolegliwości, wynikające z miejscowego zaburzenia krążenia i przekrwienia żylnego, dalej u kobiet, których czynność trawienia jest upośledzona, wskazaną jest kilkutygodniowa kuracja pitna, głównie wód mineralnych, zawierających siarczan sodu i magnezu. To picie wód wywiera odciągający wpływ na jelita, przez co naczynia brzuszne zostają odciążone. Składniki mineralne wody, działającej lekko czyszczaco, usuwają też masy kałowe nagromadzone w jelitach, wywierając mechaniczny ucisk na narządy płciowe. Temu należy przypisać dobry wpływ na samopoczucie chorej i zmniejszenie nasilenia miejscowych objawów chorobowych w czasie tego leczenia.

Druga część leczenia zdrojowiskowego spraw zapalnych przydatków macicy, to leczenie kąpielowe. Działanie ich w przewlekłych zapaleniach przydatków macicy i ich następstwach (wysięki, blizny) należy sobie wyobrazić w ten sposób, że przez poprawę krążenia otrzymujemy lepsze przekrwienie narządów rodnych, lepsze odżywienie poszczególnych tkanek oraz lepsze odprowadzenie produktów zapalnych. Uzyskujemy przez to zmniejszenie się obrzęku tkanek, ustępuje ucisk na nerwy miednicy. Bóle zupełnie ustają, a sama sprawa chorobowa pod względem anatomicznych zmian ulega poplepszeniu w związku ze wspomnianem przekrwieniem.

Nadmienić jeszcze raz należy, że przypadki z gorączką lub też u których w czasie leczenia pojawi się podwyższenie ciepłoty ciała, utrzymujące się kilka dni, należy natychmiast wykluczyć z leczenia zdrojowiskowego. Dowodzi to bowiem niekorzystnego wpływu na samą sprawę chorobową, która zamiast polepszać się ulega pogorszeniu, zaostrzając się. Może się naprzykład zdarzyć, że w ropnych, otorbionych wysiękach zamknięte bakterje mogą zostać uruchomione i sprowadzić nowe ropienie. Opisane więc leczenie, jak każde leczenie kąpielowe, odbywać się winno bezwzględnie, chociażby już z tych względów, zawsze pod ciągłą kontrolą lekarską i to na miejscu, a nie, jak się to obecnie często zdarza, że lekarz domowy daje chorej w domu przepisy co do leczenia w zdrojowisku i z tem ją z domu wysyła. Niejednokrotnie bowiem się zdarza w zdrojowiskach, że nie zawsze dostatecznie uświadomiona publiczność wie cośnietoś o odczynie kąpielowym, a zjawiające się w danych razach podwyższenie ciepłoty ciała uważa za czynnik korzystny. Chora

taka kąpie się wtedy dalej — i w wyniku wraca do domu w stanie gorszym, aniżeli przybyła do zdrojowiska, czyniąc za to odpowiedzialnem najzupełniej niesłusznie samo zdrojowisko. Pozatem wspomnieć należy, że w czasie leczenia zdrojowiskowego mogą ujawnić się rozmaite sprawy ogólniejszej natury i ulegać pogorszeniu, np. wady serca. O ile więc na czas w toku leczenia nie zostanie to zauważone, może przynieść nieodwracalne ogólne skutki. Obowiązkiem lekarza zdrojowiskowego jest więc śledzić i ogólny stan zdrowia; nie może tego czynić lekarz-ordynator poza zdrojowiskiem.

Przechodząc do omówienia sposobów leczenia kąpielowego, nadmienić należy, że możemy stosować w przewlekłych zmianach zapalnych przydatków, jako najłżejsze zabiegi, ciepłe kąpiele nasiadowe o ciepłocie 33—36° przez 15—20 minut, zalecane bardzo często i w innych schorzeniach narządów rodnych. Pobudzają one szybkość wessania wysięków w narządach rodnych, ułatwiają rozluźnienie zrostów i wogóle korzystnie wpływają na przebieg wszelkich przewlekłych spraw zapalnych. Często dla wzmożenia tego działania zaleca się dodatki do kąpeli w postaci soli jodowo-bromowej, soli kuchennej i t. d.

Uspakajająco i kojąco na ból działają pełne kąpiele o ciepłocie 35—37—40° przez 15—20 minut. Obok przekrwienia skóry następuje w kąpeli nawet letniej, szczególnie dłużej trwającej, i przekrwienie głębiej leżących narządów tak, że kąpiele te, stosowane przez dłuższy okres czasu, znacznie się przyczyniają do wchłonięcia wysięków. Dlatego też stosować je możemy w przewlekłych zapaleniach przydatków macicy.

Zastosowanie kąpeli solankowych w schorzeniach zapalnych organów rodnych kobiety uzasadnione jest przede wszystkim przez ich działanie, wzmagające zdolność resorbcyjną. Ciepłota kąpeli solankowej winna wynosić 33—35°, a czas jej trwania 15—20—30 minut. Stosować je należy 3—4 razy w tygodniu, łączna ilość kąpeli nie powinna przekraczać 15—20. Wszędzie tam, gdzie konieczne jest wzmożenie wessalności, w podostrych i przewlekłych zapaleniach przydatków można stosować solanki. Działają one pozatem wzmacniająco na ustrój, wywierając tem samem pośrednio korzystny wpływ na samo ognisko chorobowe. Że czynnik ten bardziej się zaznacza w zdrojowisku z naturalnemi kąpielami solankowemi, aniżeli w domowem leczeniu, nie potrzeba bliższego wyjaśnienia. Co się tyczy mocy kąpeli, to słabsze solanki stosuje się u chorych

wrażliwszych i bardziej pobudliwych, oraz w względnie świeżych procesach chorobowych; w starszych schorzeniach, gdy brak jest przewrażliwości nerwowej oraz ogólnej astenji, zastosować można kąpiele zawierające więcej soli, o ile nie są wskazane jeszcze silniej działające resorbcyjnie kąpiele borowinowe. W kuracji pitnej solanek ma też swoje znaczenie zawarty w tych wodach jod i brom.

Dla leczenia przewlekłych zmian zapalnych przydatków korzystamy też często w zdrojowiskach z naturalnych kąpeli mineralnych, zawierających obok bezwodnika kwasu węglowego również i żelazo. Żelazo to gra główną rolę w kuracji pitnej, posiada ono jednak i znaczenie przez to, że zawiera ją i borowina, znajdującą się przeważnie w zdrojowiskach posiadających kąpiele szczawne. Kombinowanie kąpeli CO_2 z kąpielami borowinowymi posiada swój cel w tem, że przez pobudzenie krążenia wzmagają one czynność resorbcyjną naczyń i przez to znacznie wspomagają swoiste do pewnego stopnia działanie kąpeli borowinowych. Kąpiele szczawne stosuje się 2—3 razy w tygodniu, o ciepłocie 33—35°, przez 10—15 minut.

Najgłówniejszą jednak rolę w leczeniu zdrojowiskowem przewlekłych zmian zapalnych przydatków odgrywają bezsprzecznie kąpiele borowinowe, stosowane jako kąpiele pełne, półpełne lub nasiadowe, oraz jako okłady, zależnie od stanu ogólnego ustroju, a przede wszystkim wydolności serca. Kąpiele borowinowe stosujemy głównie w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z rozległemi i uporczywemi procesami chorobowemi, przeciwstawiającemi się każdemu łagodniejszemu leczeniu. Że procesy te muszą znajdować się w okresie bezgorączkowym i zupełnej niewrażliwości — tego nie potrzeba podkreślać. Galaretowata masa borowiny, jako nadzwyczaj skomplikowane koloidalne środowisko kąpielowe, przedstawia kompleks najróżnorodniejszych balneodynamicznych czynników drażniących. Główny wpływ kąpeli borowinowych polega na możliwości stosowania wysokich ciepłot, bo do 45°, a nawet 55° przy stosowaniu okładów. Nagromadzenie się ciepła w borowinie i działanie jego głębokie jest większe, aniżeli w zwykłej kąpeli wodnej, w związku z jej sprawą przewodnictwa ciepła. Wskutek swego wysokiego ciężaru wywiera poza tem borowina ucisk na naczynia i powoduje żywsze krążenie krwi i chłonki. Nie bez znaczenia w jej działaniu jest też czynnik mechaniczny, ssący, wreszcie wpływ chemiczny drażniący i resorbcyjny. Kąpiele borowinowe należy ordynować 2—3 razy w tygodniu. Inne dni powinny zostać

wolne od leczenia borowiną lub najwyżej należy je wypełnić krótkimi kąpielami solankowymi albo kwaso-węglowymi. Po kąpeli wskazany jest bezwzględny wypoczynek, trwający 1—2 godzin. Większych i połączonych z wysiłkiem fizycznym spacerów należy w czasie leczenia zabronić, tak samo i uprawiania męczących sportów.

Prócz ogólnych kąpieli borowinowych poleca Scheffitzow z Kijowa pochwowe i prośtnicowe leczenie borowiną w przewlekłych zmianach zapalnych przydatków macicy. Leczenie to jest proste i tanie i napewno, wprowadzone i w naszych zdrojowiskach, cieszyłoby się dużym zastosowaniem. Technika pochwowa polega na tem, że 100—200 g ogrzanej w kąpeli wodnej od 70 do 80° borowiny wypełnia się ebonitowy wziernik pochwy i po ostudzeniu do około 50° wprowadza się ją do pochwy, przez przepchanie tłokiem aż do sklepień. Po godzinnem leżeniu chorej nawznak usuwa się borowinę palcem i wypłukuje się obficie pochwę gotowaną wodą o ciepłocie 40—50°. W ten sposób Scheffitzow stosuje borowinę 20 do 25 razy. Podobnie aplikuje się borowinę do kiszki stolcowej, nie więcej jak 10 do 15 razy. Technika jest tu już nieco zawilsza i dla chorej przykrzejsza. Twierdzi on, że tak postępując uzyskiwał w dużym odsetku przypadków polepszenie spraw chorobowych; macica stawała się ruchomą, nacieki i wysięki ulegały wessaniu, nadżerki wyleczeniu, bóle znikały, miesiączki stawały się prawidłowe, chociaż z drugiej strony upławy przejściowo się zwiększały.

Wybitnie resorbcyjnie i masujaco działają także gorące, długotrwałe przestrzykiwania pochwy. Każde nowoczesne zdrojowisko, leczące sprawy chorobowe narządów rodnych kobiety, posiada odpowiednie do tego celu urządzenia, umożliwiające przepływanie kilkudziesięciu litrom wody zwykłej lub mineralnej o ciepłocie 35—50° w 10 do 15 minutach. Zbudowane odpowiednio kanki Pinkusa, z przewodem dopływowym i odpływowym, ochraniają srom i jego okolice — co umożliwia zastosowanie zabiegu.

Obok powyższych sposobów leczenia, których dobór zależy w równej mierze od lekarza wysyłającego chorą do odpowiedniego zdrojowiska, jak i do lekarza leczącego w zdrojowisku, stosuje się często w czasie leczenia zdrojowiskowego i leczenie miejscowe, głównie tamponami. Tylko tam, gdzie ognisko chorobowe znajduje się w najbliższem sąsiedztwie pochwy, stosowanie tamponów, przepojonowych środkami resorbcyjnemi, może być celowe. Oczywiście

rzecz, że nie w okresie ostrym schorzenia, lecz w okresie nieczynnym (Zubrzycki). Wbrew temu, co piszą różni wybitni autorzy, że nie należy leczyć miejscowo w czasie leczenia zdrojowiskowego, bywa zmuszony często lekarz zdrojowy do zastosowania tego, a to ze względu na to, że w czasie tego leczenia, jak poucza doświadczenie, występuje znaczna poprawa stanu chorobowego, o ile stosuje się równocześnie leczenie zdrojowiskowe. Zjawiska tego, jak wogóle większości działań balneologicznych, teoretycznie uzasadnić się nie da, ale doświadczenie uczy, że np. odczyn po kąpielach borowinowych w postaci bólów mija wprost natychmiast po równoczesnem zastosowaniu leczenia tamponami i nie zmusza tem samem do przerywania kąpieli, podczas gdy podobne przypadki, u których zaniechano nawet zupełnie stosowania kąpieli, opuszczały zdrojowisko z bólami temi po czterech a nawet sześciu tygodniach pobytu w niem. Wystąpienie bowiem bólów w czasie intensywnego leczenia zachowawczego, silnie działającemi źródłami ciepła, bez równoczesnego podniesienia ciepłoty, nie wskazuje na zaostrenie sprawy, lecz dowodzi raczej zwiększenia dopływu krwi w schorzałych narządach i stanowi tem samem dowód celowości naszego leczenia (Zubrzycki). Zakładanie tamponów w podobnych przypadkach zmniejsza nieco, jak poucza doświadczenie, ten zwiększony dopływ krwi i łagodzi tem samem bóle. Należy więc i to stanowisko większości lekarzy-praktyków poddać rewizji i nie uważać nadal leczenia miejscowego, w czasie leczenia zdrojowiskowego przewlekłych zmian zapalnych, jako noli me tangere. Mam wrażenie, że dużą rolę odgrywa tutaj dobór odpowiednich przypadków. Leczenie kąpielowe wspomagają też i inne zabiegi fizykalne, głównie diatermja, którą często zalecamy w odpowiednio dobranych przypadkach.

Krajowych uzdrowisk, w których leczy się przewlekłe zmiany zapalne przydatków, mamy cały szereg. Dobór zdrojowiska dla każdej chorej należy do lekarza domowego, a powinien on dokładnie, powtarzam, dokładnie znać wszelkie urządzenia lecznicze danego zdrojowiska, by nie powodować konfliktu chorej z lekarzem zdrojowiskowym. Dla dobra chorej wielce wskazaną i konieczną wprost jest ta współpraca lekarza domowego z lekarzem zdrojowiskowym. Tylko wtedy może nastąpić ścisła wymiana doświadczeń klinicysty i balneologa z dużą korzyścią dla chorych i nauki.

DR. KAZIMIERZ JABŁONSKI.

Z Kliniki położn.-gin. U. J. K. we Lwowie. (Dyr.: Prof. dr. Bocheński.)

OPADANIE KRWINEK W SPRAWACH ZAPALNYCH NARZĄDU RODNEGO.

Oznaczenie szybkości opadania ciałek czerwonych krwi należy dziś do stałego repertuaru klinicznych badań pomocniczych, zwłaszcza od czasu poznania ścisłej jej zależności od zmian w osoczu krwi i niezupełnie jeszcze, choć już dość szczegółowej znajomości tych zmian. Obserwowane przez *Fahreus*, *Linzenmaiera* i innych różnice szybkości opadania w różnych odstępach czasu nie były przez nich w metodach ich uwzględnione, to też dla metod tych, jako zbyt ogólnych, po okresie entuzjazmu zapanowała w dziedzinie wszystkich prawie schorzeń z wyjątkiem gruźlicy obojętność. Jednak oznaczanie szybkości opadania c. cz. dla poszczególnych następujących po sobie 6-u kwadransów i analiza ułożonych z tych wartości wykresów, wprowadzone naprzód w gruźlicy przez *Epsteina*, *Kaczenkę* i *Worobjewa*, wykazały ścisłą ich zależność od rodzaju zmian anatomo-patologicznych, co zatem idzie, duże diagnostyczne, a zwłaszcza prognostyczne znaczenie. To też od czasu wprowadzenia tej modyfikacji w ginekologii przez *Mandelhena* i *Didalewicza*, oznaczenie szybkości opadania c. cz. daje coraz cenniejsze wyniki, zwłaszcza jeżeli się je łączy z badaniem cytologicznem krwi, z którym się wzajemnie uzupełniają, mając razem wzięte wartość o wiele większą. Należy się jednak zastrzec, że opierać się na nich można tylko wtedy, kiedy się wie, co dają i co dać mogą, i że traktować się je musi bezwzględnie łącznie z wywiadami, wynikiem badania fizykalnego i ginekologicznego. Kilka słów o metodzie. Jeżeli w układzie współrzędnych na ramieniu poziomem oznaczymy kwadransy od I—VI, na pionowym szybkość opadania w milimetrach

dla poszczególnych kwadransów we krwi kobiety zdrowej, to otrzymamy krzywą, która posiadać będzie pewne cechy charakterystyczne. I tak u kobiet poza okresem miesięczkowym i ciążą cechami temi są: szczyt krzywej, odpowiadający największemu nasileniu szybkości opadania, wypada w V—VI kwadransie, ta zaś nie przekracza 3-ch mm. Zestawiając krzywą tą, która oznacza normę, inne uzyskane w stanach chorobowych lub fizjologicznych, połączonych ze znacznymi zaburzeniami w organizmie, jak np. ciążą, widzimy, że różnica polegać może na wysokości szczytu przekraczającej 3 mm, choć ten wypada w kwadransie V-ym, lub przesunięciu szczytu na lewo do IV-go lub I-go kwadransa przy równoczesnem przybraniu na wysokości mniejszem lub większem. Mimo że szybkość opadania nie jest zupełnie zjawiskiem specyficznem dla jakichś zmian fizjo- czy patologicznych, to jednak te krzywe opadania są dla pewnych schorzeń, jak np. zapalnych, zupełnie charakterystyczne. Właśnie w stanach zapalnych analiza krzywych opadania daje najsztudniejsze wyniki, pod względem diagnostycznym i prognostycznym niezastąpione, wykazując np. stare ogniska ropne tam, gdzie ani temperatura ciała, ani ilość ciałek białych nie odbiegają od normy, a Schilling okazuje nieznaczna względną leukocytozę obojętnochłonna. Zwykle znaczenie opadu po 1^h i 2^h czyto wedł. Linzenmaiera, nigdy nam tego nie wykaże, bo mniejsze lub większe przyspieszenie jest wspólne dla b. wielu schorzeń.

Jeżeli podzielić zapalenia na ostre, podostre i przewlekłe według przyjętej normy objawów klinicznych przed- i podmiotowych, to krzywe opadania przypadków, należących do tych grup, zachowywać się będą różnorodnie. Jeżeli zaś ułożymy krzywe w odpowiednie grupy zależnie od wystąpienia szczytu w kwadransie I—V, to zobaczymy, że aczkolwiek pod względem objawów klinicznych należą one do różnych z tych trzech grup, to jednak odpowiadają ściśle miejscowym zmianom anatomo-patologicznym. Największe przyspieszenie w kwadransie I dają prawie wyłącznie ogólne zakażenia w połogu, związane z nim ropowice, ropienia i ostre stany wysiękowe. Sprawy ropne i wysiękowe poza okresem porodu i połogu dają szczyt krzywej w II kwadransie. Czy to będzie jakiegokolwiek rodzaju zapalenie przydatków przymacicza, okołomacicza i t. d., jak długo sprawa będzie czynna, niezależnie od ustąpienia ostrych objawów klinicznych charakter krzywej pozostanie niezmienny. Ta też właściwość jest nieocenioną, jeżeli cho-

dzi o przystąpienie do zabiegu operacyjnego. Jeżeli przed operacją wykonana krzywa opadania wykaże szczyt w IV—V kwadr., możemy mieć pewność, że nie spotkamy się z ogniskiem ropnym lub jadowitych, acz nieczynnych drobnoustrojów w polu operacyjnem. Dotychczasowe w tym kierunku kryterjum, przez niektórych chętnie stosowane, wielkość szybkości opadania w jednej godzinie może niepotrzebnie wstrzymać zabieg w przypadkach, w których mógłby być spokojnie wykonany, np. mięśniakach, przy których zwłaszcza większych opadanie jest znacznie przyspieszone lub przewlekłych zaburzeniach przewodu pokarmowego. Stany zapalne przewlekłe, jako zejścia stanów ostrych lub podostrych, krzywą opadania albo nie odbiegają od normy, albo wykazują nieznaczne podwyższenie szczytów w momencie IV—V. Niemniejsze znaczenie jak w rozpoznawaniu ma oznaczanie szybkości opadania krwinek wykonywane systematycznie co pewien czas dla rokowania o ich przebiegu i dla sposobu leczenia. W miarę cofania się procesu zapalnego szczyt krzywej przesuwają się na prawo do kwadr. III—IV. To też kiedy po ustąpieniu wszystkich objawów klinicznych szczyt krzywej utrzymuje się w man. II, każdej chwili możemy się liczyć z zaostreniem się sprawy spontanicznem, czy po zastosowaniu np. diatermji, a w każdym razie z jej znacznie przedłużonym przebiegiem. Natomiast przesunięcie się szczytu krzywej na prawo przy utrzymujących się jeszcze prawie w pełni objawach klinicznych daje z reguły rokowanie bardzo pomyślne. Tych kilka danych wyników przeprowadzonych badań świadczy, mam wrażenie, dowodnie, że zasługują one na jak najszersze zastosowanie pod warunkiem, że wykonywane będą z zachowaniem tych wszystkich wymogów, jakie się należą badaniom ścisłym, i komentowane ze świadomością, że są to tylko badania dodatkowe, wymagające ścisłej poprzedniej oceny przypadku, a co najważniejsze, ze znajomością wyników, jakie dają i jakie dać mogą.

DR. MARJA MIKOŁAJEWSKA, ASYSTENT SZPITALA.

Ze Szpitala Ginekologicznego Kasy Chorych w Poznaniu. (Dyrektor:
doc. dr. Zurański.)

ZNACZENIE ROZPOZNAWCZE BADAŃ CYTOLOGICZNYCH KRWI I OPADANIA KRwinek W SPRAWACH ZAPALNYCH PRZYDATKÓW MACICY.

Badania cytologiczne krwi, jak i opadanie krwinek zajmuje dzisiaj bardzo poczesne miejsce we wszystkich działach medycyny. Powiedzieć można, że badania te są nierniej ważne dla obserwacji klinicznej, jak mierzenie temperatury. Nim zacznę rozpatrywać stosunki zależnościowe w ściśle ginekologicznej sprawie zapaleń przydatków macicy, muszę uwzględnić przeciętną normalną u zdrowej kobiety po wykluczeniu wszelkich innych, nawet ukrytych stanów zapalnych w organizmie. Ponieważ obecnie utarła się niepodzielnie nomenklatura i odnośne dane stałe Arnet ha - Schilling a, przeto według tego autora będę traktowała poszczególne odchylenia od normy w obrazie krwi, w zastosowaniu do tematu. Badania zaś opadania krwinek przeprowadzaliśmy metodą Linzenmaiera.

U zdrowej kobiety obraz krwi oraz opadanie krwinek wygląda następująco:

opad krwinek				Hgb.	ilość leuk.		
180—300'				70—80%	5—8000		
B.	E.	My.	Mł.	P.	S.	L.	Mon.
0—1	2—4	—	0—1	3—5	51—67	21—35	4—8
65—70							

W zakres referatu wejść musi ocena wyników badań cytologicznych i opadania krwinek we wszystkich stadiach procesów zapalnych przydatków macicy, to jest ostrem, podostrem i prze-

wlekłem. Co się zaś tyczy procesu przewlekłego, musimy mieć możność jak najściślejszej oceny wskazań lub przeciwwskazań do operowania.

Niemniej jednak trzeba również uwzględnić znaczenie tych badań przy diagnozie różniczkowej w stosunku do cierpień takiej natury, które klinicznie przypominają ostre zapalenie przydatków macicy, jak *appendicitis acuta*, *graviditas extrauterina* i tumory w miednicy małej.

A więc: przy ostrych zapaleniach przydatków macicy, którym z reguły towarzyszy podrażnienie otrzewnej, opadanie krwinek, jak wykazały nasze badania na materiale 826 przypadków w czasie mojej pracy w szpitalu, bywa bardzo prędkie, niekiedy 10 minut. Leukocytoza dochodzi w niektórych przypadkach powyżej 20 tysięcy. W hemogramie daje się zauważyć relatywnie zwiększona ilość ciałek obojętnochłonnych, duże przesunięcie w lewo tych ciałek, brak kwasochłonnych, zmniejszona ilość limfocytów na korzyść obojętnochłonnych i naogół normalna ilość monocytów. Wzajemny stosunek poszczególnych ciałek w hemogramie pozwala nam w ostrych sprawach na rokowania co do nasilenia sprawy.

Gdy objawy podrażnienia otrzewnej w miednicy małej znikną, a temperatura wykaże wyłącznie stany podgorączkowe ze stosunkowo jeszcze wysoką reakcją na terapię proteinową względnie preparaty terpentyny, i bóleści zlokalizują się, słowem gdy stan zapalny przejdzie z ostrego w podostry, wtedy proporcjonalnie opadanie krwinek staje się wolniejsze (od 35 do 60 minut), leukocytoza zmniejsza się od 15 tysięcy do 10 tysięcy, w białym obrazie krwi zauważa się formy regeneracyjne i zjawianie się ciałek kwasochłonnych oraz relatywne zmniejszenie się ciałek obojętnochłonnych na korzyść limfocytów.

Sprawy chroniczne w przydatkach, jak guzy zapalne, *retroflexio uteri fixata*, sprawiają niekiedy wielkie trudności, jeżeli chodzi o ustalenie, czy proces nie jest za świeży i czy sprawa nadaje się już do operacji, czy też do dalszego konserwatywnego traktowania. Musimy ustalić, czy bakterie chorobotwórcze przestały być jadowite, czy możemy operować bez obawy wywołania zapalenia otrzewnej względnie zaostrenia sprawy już istniejącej, czy też gojenia się rany *per secundam*. Wielokrotnie mimo normalnej temperatury, trwającej od dłuższego już czasu, mogą istnieć bakterie w tkance zapalnej, które, zmobilizowane operacją, stają się znowu wirulentne. W tychże chronicznych sprawach zapalnych stosowa-

nie podrażnień zapomocą terpentyny, gorącego płókania i obserwowania reakcyj temperatury wymaga dłuższego czasu i nie daje tak dokładnych rezultatów, jak badanie krwi. Hemogram skróci bezsprzecznie czas obserwacji klinicznej, niemniej już sam wynik badania opadania krwinek i hemogramu może stać się przeciw-wskazaniem do operacji.

Jeżeli w obrazie krwi mamy relatywnie zmniejszoną ilość leukocytów, opadanie krwinek poniżej 100 minut, w hemogramie obraz przesunięty w prawo, znaczną limfocytozę (powyżej 35 procent) oraz normalną ilość kwasochłonnych i monocytów, to dopiero w wyniku dokładnej oceny całego organizmu, a więc badania roentgenologicznego płuc, bakterjologicznego płwociny i t. d., w kierunku wykluczenia zmian specyficznych, mamy prawo uważać proces w przydatkach za swoisty. Nie bez poważnego znaczenia pozostaje w tym ostatnim przypadku anamneza, która, jeżeli pacjentka nie rodziła, nie roniła i nie przechodziła rzeżączki, pozwala nam nieomal ze 100-procentową pewnością określić proces jako swoisty.

Nasze doświadczenia wykazują, że wynik operacji przydatków macicznych będzie negatywny, jeżeli opadanie krwinek będzie trwało poniżej 60 minut, a poniżej 35 minut grozi zapalenie otrzewnej. Pomyślnego wyniku operacji możemy się spodziewać jedynie w tych przypadkach, w których opadanie krwinek trwa przynajmniej 150 minut i powyżej.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia znaczenie badania krwi, jeżeli chodzi o rozpoznanie różniczkowe między stanem zapalnym przydatków macicznych a ciążą pozamaciczną, nowotworami do-brotliwymi i zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Jako pierwszy zwrócił uwagę Gragert, że w przypadkach świeżo pękniętej ciąży pozamacicznej ze znacznym krwotokiem do jamy brzusznej opadanie krwinek jest bardzo szybkie, niekiedy 10 minut, ilość leukocytów 5 do 8 tysięcy, Hbg. 50 procent i niżej, jednakże w związku z całokształtem obrazu klinicznego przypadki te nie sprawiają naogół trudności rozpoznawczych.

Przy poronieniu jajowodowem opad krwinek jest przyśpieszony zależnie od ilości wylanej krwi, leukocytoza z początku normalna, po kilku dniach stopniowo zwiększa się z powodu resorbcji krwaka. Natomiast hemogram nie wykazuje przesunięcia w lewo, czem zasadniczo różni się od sprawy zapalnej w przydatkach macicy, czy też od wysięków ropnych w Douglasie.

Żadnych odchyleń od normy nie dają hemogramy przy nowotworach dobrotliwych, jak cystach jajnikowych, mięśniakach nie krwawiących względnie mało krwawiących. Opadanie krwinek i ilość leukocytów jest również normalna. Natomiast cysty okręcone, rozpadające się i krwawiące mięśniaki dają bardzo przyspieszony opad krwinek przy normalnej leukocytozie i niezmienionym hemogramie.

Jeżeli chodzi o rozpoznanie różniczkowe między ostrem zapaleniem przydatków macicy a wyrostkiem robaczkowym, to według Josepha i Wolfringa w ostrem zapaleniu przydatków mamy od początku silnie przyspieszony opad krwinek, natomiast przy appendicitis acuta dopiero po upływie 30 godzin następuje przyspieszenie opadania krwinek. Leukocytoza tak tu, jak tam będzie zwiększona, hemogram zaś przesunięty w lewo.

Wyciągając z powyższego praktyczne wnioski, mogące mieć zastosowanie przy łóżku chorej, należy stwierdzić konieczność wykonywania obrazów we wszystkich przypadkach ginekologicznych, które nasuwają jakiejkolwiek trudności rozpoznawcze. Konieczność obowiązuje również we wszystkich ustalonych sprawach zapalnych w przydatkach macicy, przyczem w tych ostatnich w trakcie leczenia obowiązuje kontrola obrazów krwi. Błędem zasadniczym byłoby podjęcie zabiegu operacyjnego przydatków przed zorientowaniem się w opadzie krwinek w zestawieniu z ilością leukocytów. Jeżeli zaś mamy najmniejsze chociażby podejrzenie w kierunku sprawy specyficznej gruźliczej w przydatkach, to przez pominięcie oceny hemogramu, leukocytozy i opadania krwinek, rezygnujemy z najpomocniejszego czynnika rozpoznawczego.

DR. WOJCIECH STARZEWSKI.

Z Kliniki Półożniczej i Chorób Kobięcych Uniw. Jag. w Krakowie.
(Dyrektor: prof. dr. J. Zubrzycki.)

UPLAWY JAKO OBJAW CHOROBY.

Białe upławy, tak zwany fluor albus gynaecologicus, nie są jakąś ściśle określoną jednostką chorobową, lecz tylko objawem różnych stanów patologicznych, i to nie tylko miejscowych, ale także ogólnych. Zachodziłoby więc pytanie, dlaczego mimo to traktuje się je w osobnym rozdziale nauki o chorobach kobiecych, a nie raczej przy sposobności omawiania poszczególnych schorzeń, którym ten objaw towarzyszy, — jak się to dzieje z reguły w systematycznej nauce medycyny.

Powody tego są raczej praktyczne, aniżeli naukowe.

Jak stwierdził Wenge na podstawie obszernej statystyki własnej i obcej, na sto pacjentek, zgłaszających się o poradę do lekarza-ginekologa, przeszło 50% skarży się na białe upławy i żąda uleczenia przedewszystkiem z tej dolegliwości.

Jak z powyższego wynika, zakres problemu białych upławów nie da się systematycznie ściśle określić — i, co za tem idzie — wy-czerpać bez reszty w ramach jednego krótkiego wykładu, a nawet i wogóle zmieścić w ramach jednego rozdziału nauki o schorzeniach narządu rodnej kobiety. Narząd rodny kobiecy, kształtujący się w szereg jam i przewodów, komunikujących bezpośrednio z jednej strony ze światem zewnętrznym przez srom, a z drugiej przez jajowody z jamą otrzewną, pokryty jest wilgotnie połyskującą wyściółką. Już więc w stanie normalnym wytwarza pewną ilość płynnej wydzieliny. Jeżeli przypatrzymy się bliżej tej wydzielinie, to przekonamy się, że w różnych odcinkach przewodu rodnej kobiecego jest ona różna i że powodem tych różnic jest nie tylko budowa samej wyściółki i jej podłoża, ale także różnica w proce-

sach biochemicznych, które się tamże rozgrywają. Z tego stanowiska wychodząc, możemy podzielić cały przewód rodny kobiecy na trzy różne odcinki. A mianowicie: na przedsionek, którego wydzielina jest już w stanie normalnym podłożem dla różnorodnych zanieczyszczeń zewnętrznych i pożywką dla różnych drobnoustrojów, na pochwę, której wydzielina jest jakby biochemicznym filtrem, nieprzepuszczającym drobnoustrojów do dalszych odcinków kanału rodniego, oraz macicę i jajowody, których prawidłowa wydzielina jest zupełnie jałową.

Już samo topograficzne położenie przedsionka, komunikującego swobodnie przez szparę sromową ze światem zewnętrznym, jego bliskie sąsiedztwo z otworem stolcowym, stałe zanieczyszczanie wszelkimi odchodami pochodzenia pochwowego, częste zwilżanie moczem i wydzieliną uchodzących tam gruczołów Bartholiniego — dostatecznie tłumaczy, dlaczego wydzielina przedsionkowa, nawet normalna, nie może być jakąś jednostką stałą. Jeżeli dodamy do tego, że wyściółka przedsionka jest worem przejściowym między błoną śluzową a skórą, gdyż równocześnie zawiera czynne gruczoły i łojowe, i śluzowe, że posiada budowę delikatną, mało odporną na urazy wszelkiego rodzaju i że wreszcie z powodu wielkiej ilości zakończeń nerwów czuciowych łatwo i silnie reaguje zwiększoną wydzieliną na wszelkie bodźce, szczególnie seksualne, — to będziemy mieli wyjaśnienie, dlaczego fluor vestibularny już w warunkach zwykłych musi być jednostką zmienną i stanowić dobre podłoże dla osiedlania się różnorodnych drobnoustrojów, także i chorobotwórczych.

Pomimo to przedsionek nie jest zazwyczaj źródłem białych upławów w ściślejszym tego słowa znaczeniu. Ogółem upławy, o ile są pochodzenia przedsionkowego, powstają skutkiem zakażenia jego powierzchni lub są wynikiem stanu zapalnego, powstałego pod wpływem zadrażnienia upławami, spływającymi po nim z wyższych odcinków dróg rodnych. Ponieważ jednak srom jest jedynym siedliskiem subiektywnego odczuwania upławów, jest więc — z punktu widzenia naszego tematu — rzeczą niezmiernie ważną wykluczenie wszelkich innych przyczyn tej sensacji, zanim przypiszemy ją białym upławom. Przytem musimy pamiętać, że u niektórych osób może istnieć subiektywne uczucie upławów, bez dającej się stwierdzić miejscowej przyczyny.

Wygląd upławów, spływających do przedsionka z pochwy, stosunki anatomiczne tej okolicy, na przykład wypadnięcie pochwy,

rozdarcie krocza i tym podobne, mogą dawać ważne wskazówki co do przyczyn powstawania białych upławów z następnego odcinka dróg rodnych, to jest pochwy.

W przeciwieństwie do przedstonka jest pochwa bardzo częstem źródłem białych upławów w ściślejszem tego słowa znaczeniu, to znaczy nie wywołanych jakimś swoistem zakażeniem, np. rzeżączką.

Po rozsunięciu wziernikiem płasko przylegających do siebie ścian pochwy odsłania się jej jasno-różowa, lśniąca wyściółka poprzecznie pofałdowana. W załkach tych fałdów znajduje się niewielka ilość białawej masy, podobnej do świeżo skisłego mleka. Konstytucja jej staje się więcej spoistą i grudkowatą, im bliżej jest wchodu do pochwy. Posuwanie się jej ku przedstonkowi odbywa się bardzo wolno i niewidocznie. Całą masę tej substancji obliczył Menge w warunkach prawidłowych na pół do jednego grama. Kwasota jej wedle Mengego wynosi pH 3,8—4 i pochodzi od wolnego kwasu mlekowego. Papierek lakmusowy niebieski zabarwia wyraźnie na czerwono. Mikroskopowo znajdujemy, prócz złuszczo-nych płaskich komórek nabłonkowych śluzówki pochwy w różnych stadjach autolizy, także liczne drobnoustroje, charakterystyczne dla wydzieliny pochwowej, pośród których dominuje albo wyłącznie panuje *bacillus acidophilus* Döderleini. Badania wykazały jednak, że wydzielina pochwowa nie zawsze musi mieć tak ściśle określony skład i wygląd i, co ważniejsze, że nie zawsze te nieprawidłowości muszą iść równolegle, a nawet w parze ze zmianami klinicznymi. Wyjaśnienie przyczyn tego zjawisko, podane przez Döderleina w roku 1892, stały się podstawą do zrozumienia istoty białych upławów pochwowych w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Wedle Döderleina odbywa się w pochwie nieustannie następujący proces biochemiczny. Wielowarstwowy, płaski, nierogowaciejący nabłonek powierzchni pochwy, pozbawiony wszelkich gruczołów, łuszczy się powierzchownie. Złuszczone komórki zawierają znaczne zapasy glikogenu. Pod wpływem autolizy tych komórek, glikogen się uwalnia i prawdopodobnie z pomocą fermentów pochodzenia komórkowego przemienia się w sacharydy. Na tak stworzoną pożywkę, zmieszaną w nieznaczonej mierze z śluzową, lekko alkaliczną wydzieliną szyjki macicznej, wysiewają się różnego rodzaju drobnoustroje już zaraz po urodzeniu się noworodka. Między nimi znajduje się także *bacillus acidophilus*. Do pochwy dostaje się on prawdopodobnie z otworu stolcowego noworodka.

Prątek ten w ciągu dwudziestu czterech godzin wypiera z pochwy wszystkie inne drobnoustroje i stwarza prawie czystą własną kulturę. *Bacillus acidophilus* przemienia saccharydy na kwas mlekowy, dający pożywcę odczyn stale kwaśny, w granicach między pH 3,8—4. Na tem silnie kwaśnem podłożu giną wszystkie inne drobnoustroje. Pozostaje sam *bacillus acidophilus*. Zjawisko to zostało stwierdzone przez Döderleina także in vitro na sztucznych pożywkach. W ten sposób zostaje stworzona biologiczna oczyszczalnia pochwy i zaporą przeciw inwazji do macicy drobnoustrojów, prócz — jak się później pokazało — dwoinki Neissera. Ten proces samooczyszczania pochwy zależnie od tego, jak daleko został w danym przypadku posunięty, podzielił Döderlein na trzy stopnie czystości. Pierwszym stopniem czystości określa on ten stan wydzieliny pochwowej, której treść jest silnie kwaśna i okazuje pod drobnowidem czystą kulturę *bacillus acidophilus*; drugim stopniem czystości — stan, w którym odczyn jest słabo kwaśny albo obojętny, a pod drobnowidem prócz *bacillus acidophilus* pojawiają się nieliczne inne drobnoustroje i sporadycznie ciała białe. Wreszcie trzecim stopniem czystości oznaczył on treść pochwową, oddziaływującą obojętnie albo alkalicznie, a pod drobnowidem wykazującą pstrokaciznę przeróżnych drobnoustrojów i znaczniejszą ilość ciałek białych.

Prace Döderleina zapoczątkowały późniejsze bardzo liczne prace naukowe i doświadczenia fizyczne. Powstała w ciągu lat cała, bardzo obszerna literatura o upławach pochwowych. Wyniki tych badań potwierdziły tezy, postawione przez Döderleina, że zawartość pochwy jest wynikiem współżycia flory pochwowej ze ścianami pochwy i że z chwilą, gdy to współżycie zostaje zakłócone, powstają białe upławy pochwowe o charakterze mniej lub więcej patologicznym. O to, gdzie należy się dopatrywać pierwszej przyczyny tego zakłócenia, toczy się jeszcze spór, mający doniosłe znaczenie dla naszego tematu.

W związku z wynikiem badań Döderleina i opierając się na swoich spostrzeżeniach w pracy, ogłoszonej w roku 1921, wyjaśnia Schröder powód powstawania nieprawidłowych upławów. Uważa on mianowicie, że między florą drobnoustrojową, wegetującą w pochwie, a ścianami pochwy istnieje harmonijna symbioza. Mikroflora pochwowa może rozwijać się tylko na pożywcę, dostarczonej przez ściany pochwy, w której to pożywcę ważną rolę odgrywa glikogen. Bakterje pochwowe przez przetwarzanie gliko-

genu na kwas mlekowy i wytwarzanie własnych produktów życia bronią wstępu chorobotwórczym zarazkom do pochwy. Ściany pochwy są idealnie przystosowane do tego biochemicznego procesu, odbywającego się w jej wnętrzu. Jeżeli powstaną zaburzenia w tej równowadze, czy przez to, że pożywka uległa zmianie, czy też przez zbyt silne zneutralizowanie kwasoty albo niedostateczne wytwarzanie kwasoty z substancji macierzystej, i jeżeli z drugiej strony nastąpi silny i trwały import obcych zarodków, — to może i musi odporność bakteryj pochwowych osłabnąć, mogą one nawet zupełnie wyginać, a na ich miejsce osiedlą się inne drobnoustroje. Mogą wprowadzić te obce drobnoustroje wytwarzać kwas mlekowy, nie żyją jednak w harmonijnej symbiozie ze ścianą pochwy. Rzuca się to w oczy w drugim stopniu czystości, w którym prócz bakteryj pochwowych i nielicznych niepatogenicznych drobnoustrojów znajdują się też nieliczne leukocyty. Im więcej znikają swoiste bakterje pochwowe, tem liczniej występują leukocyty, jako znak coraz większego podrażnienia ściany pochwy i coraz energiczniejszej obrony. Zdarzają się jednak pochwy o trzecim stopniu czystości, które wykazują tylko niewielką ilość leukocytów. W tych wypadkach musimy przyjąć: albo szczególną niewrażliwość ścian pochwy, albo małą zdolność wywołania podrażnienia ścian pochwy przez zarazki w niej się znajdujące, a nie odpowiadające fizjologicznym. W zasadzie jednak znajduje się w trzecim stopniu czystości zwykle wielka ilość leukocytów, chociaż drobnowidowo nie musi ona mieć wyglądu ropnego. Charakter ropny występuje bowiem dopiero wówczas, gdy uszkodzenie pochwy jest także makroskopowo widoczne. W przeciwnym razie upławy gołym okiem oglądane mają wygląd biały, a nie ropny.

Okres przejściowy, nie ostro się odgraniczający pomiędzy wydzieliną o charakterze upławów białych i ropnych, w którym drobnowidowo już wykazać można podrażnienie ścian pochwy, nazwał Schroeder stadium prefluoralem. Tem pojęciem obejmuje on wszystkie okresy przejściowe schorzeń, aż do widocznych gołym okiem zmian, cechujących t. zw. kolpitis. W tych wypadkach, jak z powyższego wynika, nie chodzi o wtargnięcie nowych drobnoustrojów o zwiększonej wirulencji, lecz o zmniejszenie się odporności ściany pochwy na szkodliwe działanie zarazków, znajdujących się już prawidłowo w pochwie.

Wyjątki od tego opisanego mechanizmu powolnego przemieniania się harmonijnej symbiozy między ścianą pochwy a mieszkańca-

mi pochwy, w zwiększającą się nieprzyjaźń i obopólną obronę stanowią tylko te nieliczne przypadki, w których osiedla się w pochwie zarazek, cechujący się wybitną jadowitością, który, o ile dotąd ściana pochwy była zdrowa, napotyka na silny opór. Jeżeli jednak pochwa przy trzecim stopniu czystości jest już lekko uszkodzona i ma chociażby niewidoczne makroskopowo zniszczenia, to powstają ostre sprawy, występujące nagle, trudne do wyleczenia, mające przebieg długotrwały, jak na przykład: vaginitis streptococciaca u starszych kobiet, zapalenie pneumokokowe, vaginitis gonokokowa, u dzieci i młodych dziewcząt kolpitis, wywołane soorem, i inne rzadkie formy zakażeń pochwy.

Nauka Schroedera, poparta pracami Lössera o roli glikogenu w biochemji pochwy, została poddana obszernej dyskusji, dotąd jeszcze nie ukończonej. Rezultaty jej zreasumował Jaschke w następujących słowach:

„Upławy pochwowe powstają wtedy, gdy którykolwiek z czynników biologicznych z sobą zestrojonych, to jest: ściana pochwy, flora lub kwasota zawiedzie, albo całkiem odpadnie. Zasadnicze zagadnienie, czy mikrobiologia, czy biochemja pochwy, czy też, niezależnie od obydwu, ogólny stan ścian pochwy ma znaczenie rozstrzygające przy rozważaniach upławów pochodzenia pochwowego, nie zostało dotąd ostatecznie rozwiązane.“

Prościej, aniżeli stwierdzenie przyczyny, przedstawia się sprawa rozpoznania upławów pochwowych.

Lekko obrzękła, zaczerwieniona ogólnie lub wysepkowato wyściółka pochwy, wydzielina pochwowa ropiasta, o oddziaływaniu obojętnem albo alkalicznem; flora pochwowa pstra z licznymi leukocytami; brak oznak jakiejś infekcji specyficznej, np. rzeżączkowej, pozwala rozpoznawać ostry lub podostry stan zapalny w pochwie, którego jednym ze symptomów są upławy pochwowe. W wypadkach, gdy badaniem wziernikowem nie znajdujemy widocznych zmian ściany pochwy, posługujemy się w celach rozpoznawczych zabiegiem, podanym przez Mengego. Polega ona na tem, że we wzierniku Trelata, jako najmniej zasłaniającym ściany pochwy, zmywa się dokładnie wacikiem, napojonym 2% azotanem srebra, całą pochwę. Pod wpływem tej kąpieli prawidłowa błona śluzowa pochwy szarzeje jednostajnie. Jeżeli śluzówka pochwy ma gdziekolwiek, choćby najdrobniejsze niewidzialne ubytki, powstają na tych miejscach widoczne białe plamki, są to źródła upławów pochwowych.

Rozpoznawcze znaczenie kąpieli lapisowych Mengego nie ogranicza się tylko na uwidocznieniu inaczej niedostrzegalnych ubytków na wyściółce pochwy. Jest ona bowiem także często ważnym czynnikiem leczniczo-diagnostycznym w wypadkach, w których niema żadnych ubytków śluzówki. Okazało się bowiem, że niekiedy już po jednorazowej kąpieli Mengego upławy pochwowe albo maleją, albo nawet znikają zupełnie, na dowód, że przecież miały swe źródło w pozornie zdrowej śluzówce pochwy. Ma ona bowiem także znaczenie lecznicze.

Upławy pochwowe, w których nie można wykazać żadnych zmian miejscowych i w których próbne leczenie miejscowe nie daje wyników pomyślnych — są uważane za skutek zmian ogólnych ustroju. A więc: zaburzenia w krążeniu w chorobach serca albo w schorzeniach nerek, nieprawidłowości w przemianie materji, jak: cukrzyca, skaza wysiękowa, niedokrwistość, złe odżywianie, wyczerpanie fizyczne i psychiczne; stan wegetatywny ustroju, przy którym zazwyczaj są także i inne hipersekrecje, na przykład soku żołądkowego, a wreszcie neurastenja i hysterja, albo jako jeden z objawów zaburzeń hormonalnych.

Przy rozpoznawaniu upławów pochwowych należy pamiętać, że bardzo często powstają z nimi w związku przyczynowym upławy szyjkowe lub nadżerki na części pochwowej macicy.

Następna kolei, wrzecionowata jama, mieszcząca się w szyjce macicy, jest szczelnie wypełniona szklaną, gęstą, lepłą, ciągnącą się, śluzową masą, o słabo zasadowym oddziaływaniu.

Produkcja wydzieliny szyjki macicy odbywa się bardzo powoli. Wedle Schroedera spływa jej do pochwy przez ujście zewnętrzne macicy w ciągu 24 godzin około $\frac{1}{2}$ grama. Badania Mengego wykazały, że wydzielina szyjkowa jest prawidłowo zawsze jałowa, mimo, że styka się stale w ujściu zewnętrznym macicy z pochwą, zawsze pełną drobnoustrojów. Również wykazał Menge, że sztucznie wprowadzane do szyjki macicy zarazki, jak gronkowce, paciorkowce i inne, ginęły już w ciągu 24 godzin w śluzie szyjkowym. Przyczyna tej bakterjobjęczości śluzu szyjkowego nie została dotąd dostatecznie zbadana mimo prac Buchnera, Mengego, Schroedera, Heinrichsa i Kesslera. Prócz tej biologicznej zapory stanowi śluz szyjki przez swą gęstość i lepkość także mechaniczną przeszkodę w drodze do jamy macicy. Zabiegi, które tę zaporę nieopatrznie przełamują, szczególnie różne sondowania macicy, mogą zniszczyć tę rogatkę, broniącą wstępu

do wyższych odcinków kanału rodneg o i do otrzewnej. Jednym z najczęstszych powodów powstawania upławów zapalnych szyjki jest rzeżączka. Wedle Mengego jest przy ostrym wiewiórze zajęta szyjka w 95%, przy chronicznym w 30%. Musimy więc, zanim rozpoczynamy jakąkolwiek inną przyczynę zapalnych upławów z szyjki, wykluczyć zakażenie dwóinką Neissera, dla której, jak się okazało, śluzowata wydzielina szyjki niestety nie stanowi zapory.

Zapalne stany szyjki mogą także powstawać po poronieniach, porodach, w czasie miesiączki, gdy fizjologiczne zamknięcie szyjki szwankuje i mogą do niej wtargnąć różne zarazki. Upławy zawierają w takich razach liczne ciała białe.

Zapalne upławy szyjki powodują nierzadko powstawanie nadżerek części pochwowej, będącej także źródłem upławów. Zdarzają się jednak wypadki niezapalnych nadżerek części pochwowej, dających również powód do upławów. Są one widoczne we wznierniku w kształcie wąskiej obrączki, okalającej ujście szyjki. Pochodzenie ich jest wedle Meyera wrodzone. Wedle Martiusa mogą takie nadżerki imitować, szczególnie u dziewic, uporczywe upławy natury konstytucjonalnej.

Przyczyny zapalnych upławów szyjkowych leżą często także w nieprawidłowościach anatomicznych, w pęknięciach szyjki, powstałych często po porodach, czy też po nieumiejętnie wykonanych zabiegach leczniczych. W tych razach wywinięta do pochwy śluzówka szyjki ulega stanom zapalnym. Powstają upławy ropiaste, które znów, tak jak i inne upławy szyjkowe, mieszając się z treścią pochwy, wywołują biochemiczne zaburzenia w pochwie i — co za tem idzie — upławy pochwowe. Operacyjne usunięcie tych uszkodzeń anatomicznych leczy zwykle szybko upławy tego pochodzenia.

Częściej niż wszystkie inne odcinki kanału rodneg o kobiety jest szyjka źródłem upławów, dla których nie możemy znaleźć absolutnie żadnej przyczyny lokalnej. Upławy takie zwykle, prócz większej płynności, niewiele się różnią od normalnej wydzieliny. Tylko wyjątkowo spotykamy w nich leukocyty i zarazki. Charakterystyczną ich cechą jest ich niestałość, pozostająca zdaje się wyłącznie w związku z zachwianiem równowagi układu wegetatywnego, którego wpływowi podlega czynność także i gruczołów śluzowych. Osoby autosugestywne, nerwowe podlegają też tej nieprawidłowości. Alkaliczne oddziaływanie większych ilości upławów szyjkowych, spły-

wających do pochwy, jest często także powodem zaburzeń biochemji pochwowej z jej następstwami.

Jama trzonu macicy w stanie normalnym jest prawie suchą. Jej wydzielina wystarcza zaledwie, aby wyściółce nadać wygląd połyskująco szklisty. Także podczas miesiączki wydzielina w zasadzie niewiele się zwiększa, z wyjątkiem chwili, w której złuszczona śluzówka odchodzi z warstwą miesiączki. Zanim wytworzy się nowy pokład warstwy czynnej, sączy się z obnażonych tkanek nieco więcej płynu surowiczego, jako tak zwane upławy pomiesiączkowe, trwające zwykle tylko kilka godzin.

Wedle Schrödera jest jama trzonu macicy wyjątkowo źródłem upławów patologicznych, w znaczeniu upławów białych.

Upławy ropne z jamy macicy są zwykle objawem jakiegoś procesu nowotworowego, toczącego się w trzonie macicy, albo wrzodów gruzliczych na jej śluzówce, albo — rzadziej — rzeżączki. Zwykle w takich razach są upławy wyraźnie z krwią zmieszane i często cuchnące. Ropny wyciek z jamy, także często cuchnący, występuje po poronieniach albo porodach, jeżeli pozostały w macicy resztki jaja płodowego. Odrębną postać upławów, mających źródło w trzonie, połączonych najczęściej równocześnie z upławami pochwowymi, stanowią ropne upławy staruszek, które w cięższych przypadkach mogą się wikłać z starczym ropniakiem macicy. Przyczyny tych upławów są starcze, degeneratywne zmiany w wyściółce jamy macicy i pochwy.

Jeszcze rzadsze niż upławy z jamy macicy są upławy jajowodowe. Z powodu niedostępności dla bezpośredniego badania tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach można rozpoznawać, że źródłem upławów są jajowody, i to tylko w tych wypadkach, w których w jajowodach nagromadzony płyn wydziela się do światła macicy okresowo (hydrops tubae profluens). Charakterystyczną cechą tego cierpienia jest znikanie obrzęku jajowodu i równocześnie z pojawieniem się upławów.

Staralem się w powyższym wykładzie zebrać pokrótce najważniejsze postacie upławów, których źródłem są różne odcinki narządu rodnego. Rzecz jasna, że nie mogłem i nie wyczerpałem tematu, a ująłem całą sprawę z konieczności pobieżnie, schematycznie, poglądowo. Nadmienić pozatem muszę, że w ostatnich latach, co już zresztą zaznaczyłem we wstępie, zagadnienie przyczynowości, a co zatem idzie, i leczenia białych upławów, skierowane zostało na zupełnie nowe tory, i to głównie dzięki badaniom Döderleina.

Końcowe wyniki jego doświadczeń znalazły pozatem potwierdzenie poniekąd i w analogicznych badaniach innych przewodów i jam ustroju ludzkiego, a przede wszystkim przewodu pokarmowego, i potwierdziły w całej pełni, że i tutaj, podobnie jak w pochwie, obowiązuje prawo koniecznej i harmonijnej symbiozy ustroju ludzkiego z pasorzytującą na nim swoistą mikroflorą.

DOC. DR. BAJONSKI.

Z Uniwersyteckiej i Wojewódzkiej Kliniki dla Kobiet w Poznaniu.
(Dyrektor: Prof. Kowalski.)

STOSUNEK WYROSTKA ROBACZKOWEGO DO NARZĄDÓW RODNYCH KOBIETY.

Wpływ stanów zapalnych wyrostka robaczkowego na narządy rozrodcze, zwłaszcza przydatki maciczne, nie jest tak bezspornie wyjaśniony, jakby to naogół przypuszczać można. Dla ginekologa nastroczają się trudności pod względem oceny tego stosunku z tej przyczyny, że przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego oraz jego skutków zazwyczaj przekazywane bywają chirurgom nieginekologom. Ale i chirurg, wykazujący zainteresowanie dla omawianej sprawy, widzi się skrzepowany w dociekaniu tego zagadnienia przez samo założenie ciecia przy wyjmowaniu wyrostka, nie sprzyjające autopsji przydatków, a poza tem powoduje się on zrozumiałem dążeniem nierozszerzania ogniska zapalnego na sąsiednie partje otrzewnej, co byłoby nieuniknione przy dokładnych oględzinach przydatków. Stąd widzimy rozbieżność w zapytrywaniach, gdyż jedni przypisują wyrostkowi wielki wpływ na narządy kobiece, inni natomiast zapytrywania tego nie dzielają lub stoją na stanowisku wręcz odwrotnem.

Ruchliwość ślepej kiszki, jak i zmienna, jak wiadomo, długość wyrostka robaczkowego, powoduje często ściśle i trwale zetknięcie się wyrostka zwłaszcza z prawymi przydatkami, niekiedy z pęcherzem moczowym, z macicą, a nawet z lewymi przydatkami. Nie ulega wątpliwości, że wzajemne zakażenie na drodze bezpośredniej poprzez otrzewną jest możliwe, natomiast przeczy większość autorów istnieniu oddzielnego więzadła jajnikowo-wyrostkowego (Clado, Durand), zawierającego naczynia chłonne i krwionośne, ułatwiające zakażenie (Novak).

Wzajemny stosunek wyrostka i przydatków uwydatnia się w częstem powstawaniu ostrej appendicitis w okresie przedmiesiączkowym, jak i w potęgowaniu się dolegliwości w przypadkach przewlekłego zachorzenia wyrostka w czasie perjodu. Schickele mówi wprost o miesiączkowej pseudoappendicitis, przez co rozumie wzmożoną bolesność w okolicy wyrostka w czasie perjodu, przebiegająca bez podniesienia tętna i ciepłoty.

Podkreślić należy, że tego rodzaju rozpoznanie i określenie stanu chorobowego brać trzeba z wielką rezerwą, wziąwszy pod uwagę niezwykle często powtarzającą się atypowość w przebiegu ostrej appendicitis.

Naogół za mało poświęca się uwagi wpływowi zapalenia wyrostka na cykl, nasilenie i jakość menstruacji. Nie może podlegać wątpliwości że wciągnięcie wtórne przydatków przez zaogniony wyrostek w sprawę zapalną odbić się może na miesiączkowaniu. Perjody mogą być nieregularne, obfite, a zwłaszcza bolesne. Znane są bowiem przypadki, w których przez usunięcie wyrostka korzystnie wpłynięto na miesiączkowanie.

Specjalnego znaczenia nabiera zagadnienie zapalenia wyrostka robaczkowego w czasie ciąży. Jeżeli już poza ciążą rozpoznanie „appendicitis” sprawiać może niekiedy bardzo wielkie trudności, to w stanie ciąży trudności piętrzyć mogą się jeszcze znacznie. Podsuniecie ślepej kiszki wraz z wyrostkiem przez ciężarną macicę ku górze i wynikająca stąd nietypowość miejsca bolesności uciskowej wyrostka, dalej spotykana bardzo często w zwykłej ciąży wrażliwość w dolnych odcinkach brzucha, a mianowicie w czasie normalnej akcji porodowej, ciążowe zaparcie stolca, wymioty, leukocytoza, a nawet podniesienie ciepłoty, spotykane przy zwykłym porodzie — wszystko to stawia położnika przed zagadnieniem różniczkowym w stosunku do appendicitis niełatwem a wielce w skutkach odpowiedzialnem, gdyż śmiertelność wynosi z powodu appendicitis w ciąży 25,3%, podczas gdy ogólna śmiertelność z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego obraca się między 5,8 a 9,6% (Novak). Wkońcu nadmienić należy, że otorbione okołowyrostkowe ropniaki w czasie porodu ulec mogą pęknięciu i wywołać rozlane zapalenie otrzewnej. Na szczęście przyjąć można dziś na podstawie wielu statystyk jako pewnik, że appendicitis w ciąży nie zachodzi częściej aniżeli poza ciążą, co potwierdzić mogą na podstawie obszernego materiału z Kliniki poznańskiej. Z pewnością niesłuszne jest twierdzenie, jakoby ciąża specjalnie

usposabiała do powstania zapalenia wyrostka. Jedynie w przypadkach już istniejącej appendicitis może ciąża przyczynić się do wznowienia drzemiącej sprawy zapalnej. Jest zrozumiałem, że przyczyny nawrotów w tych razach upatrywać należy w znacznych i bezwzględnych przemieszczeniach treści w jamie brzusznej oraz w wywoływanych stąd zmianach w ułożeniu mało ruchomego często wyrostka robaczkowego. Prowadzi to do rozrywania zrostów i rozprzestrzenienia sprawy zapalnej. Skutki ujemne jeszcze więcej dają się we znaki w chwili porodu. W pierwszych miesiącach ciąży atoli jest wpływ powiększającej się macicy na wyrostek znikomy, z wyjątkiem tych przypadków, w których sięga on do małej miednicy.

Powyżej zaznaczyłem, że ciężarna macica z chwilą, gdy w miarę rozwijającej się ciąży wychodzi ponad płaszczyznę wchodową małej miednicy, podsuwa ślepą kışkę, a wraz z nią i wyrostek robaczkowy ku górze. Objaw ten tłumaczy do pewnego stopnia złe rokowania w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka w ciąży. Wiadomo bowiem, że niebezpieczeństwo zapalenia otrzewnej potęguje się tem znacznie, im wyżej znajduje się ognisko zapalne. Ropniaki w małej miednicy wykazują, jak wiemy, wielką skłonność do otorbienia, ogniska ułożone wyżej szczególnie łatwo powodują zapalenie rozlane, tem więcej, że duża macica, wykazująca w zależności od pozycji chorej zmienne ułożenie, niezmiernie utrudnia wytworzenie się zlepow, albo nawet powoduje ich rozerwanie. Pozatem widzimy, że od czwartego miesiąca ciąży, kiedy macica wypełnia małą miednicę, zbieranie się w niej większej ilości ropy jest niemożliwe, skutkiem czego górny poziom sięga wyżej aniżeli poza ciążą, potęgując groźne niebezpieczeństwo. Sprawa zapalna udziela się często macicy, skutkiem czego powstają bóle i skurcze, co znowu sprzyja rozprzestrzenieniu się zapalenia. Skurcze macicy, zapowiadające poronienie lub poród, prowadzą bardzo często do mylnej oceny sytuacji i do katastrofalnego przecoczenia podatnej dla zabiegu chwili.

Lekkie przypadki zapalenia wyrostka podczas ciąży mogą się samoistnie uspokoić i pozostać bez wpływu na ciążę. Tam jednak, gdzie utworzyły się już ropniaki, albo nawet powstało rozlane zapalenie otrzewnej, bardzo często następuje przerwanie ciąży, potęgujące tak już groźną sytuację. Podrażnieniu błony surowiczej, pokrywającej trzon macicy, pozatem podniesionej ciepłocie oraz ogólnej intoksykacji przypisywać należy wywołanie skurczów macicznych.

Treść macicy najczęściej pozostaje jałową, atoli zdarzają się przypadki zakażenia łożyska i płodu drogą naczyń krwionośnych.

Rokowanie w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego ciążą, zależy więc, daleko więcej jeszcze aniżeli w stanie nieciążowym, od wczesnego rozpoznania i operacyjnego leczenia. Rozpoznanie niestety napotyka na wielkie trudności. Wymacanie okolicy wyrostka ułatwić sobie możemy przez ułożenie osoby ciężarnej na lewy bok, przez co odsuwamy macicę od ogniska zapalnego; wykonać można również badanie w uśpieniu. Obie te metody nie są atoli pozbawione stron ujemnych, łatwo bowiem przerwać możemy zlepy i torebki ropniaków.

Główne zadanie lekarza polega przedewszystkiem na tem, by nie lekceważył przypadku i by uświadamiał sobie grozę niebezpieczeństwa. Podawanie środków kojących (eukodal, morfina) zaciemnia obraz pod względem leczniczym, jest bezcelowe, a dalszemu lekarzowi utrudnia ocenę. Uwzględniając trudności diagnostyczne, będziemy często zmuszeni „per exclusionem“ dojść do należytego rozpoznania. Jakie stany chorobowe będziemy musieli zatem wziąć pod uwagę? Są one następujące:

- a) zapalenie miedniczki nerkowej (pyelitis),
- b) ciąża zamaciczna,
- c) ropniak jajowodu (pyosalpinx),
- d) skręt przydatków, zwłaszcza guza jajnikowego,
- e) zapalenie woreczka żółciowego,
- f) skręt jelita.

Pyelitis należy w ciąży do powikłań częstych. Zatem w pierwszym rzędzie myśleć trzeba o tem schorzeniu, tem więcej, że powstaje ono zwykle nagle i wśród burzliwych objawów, jak wzniesienia ciepłoty, dreszczów, wymiotów i boleści. Boleści ujawniają się wyżej niż przy appendicitis, mianowicie na grzbiecie w okolicy nerki. Badanie moczu współ z lokalizacją największej bolesności, zwłaszcza dotykowej, naprowadzi na należyte rozpoznanie.

Mylne rozpoznanie ciąży zamacicznej lub ropniaka jajowodu albo jajnika w przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego w ciąży nie pociąga przykrych następstw, gdyż w każdym z tych przypadków należy bezwzględnie operować. Ostre objawy niedokrwistości, zapad, mniejsza bolesność i wrażliwość uciskowa, a ostatecznie wynik nakłucia tylnej zatoki Douglasa pozwolą ustalić

lub wykluczyć ciążę zamaciczną. Trudniejsze mamy zadanie w przypadkach pęknięcia zropiałej trąbki. O tem trzeba myśleć, gdyż już przed objawami zapalenia otrzewnej wy badać mogliśmy guz przymaciczny.

Skręt guza jajnikowego objawiać się będzie w stosunku do appendicitis pod postacią gwałtownych początkowych boleści, które atoli szybciej mijają, powłoki brzuszne wykazują mniejsze napięcie, tętno bywa niskie, ciepłota również niska, a guz zwykle dobrze odgraniczalny. I tutaj najlepiej jest nie zwlekać z zabiegiem.

Zapalenie woreczka żółciowego może również, zwłaszcza w drugiej połowie ciąży, pod względem rozpoznania różniczkowego sprawiać trudności. Promieniowanie boleści w kierunku prawej łopatki, bolesność w okolicy woreczka, a ostatecznie żółtaczka dadzą odpowiednie wskazówki. Skręt jelit odznaczać się będzie niską ciepłotą, perjodycznie występującą bolesnością oraz stężeniem jelita.

W rzadkich przypadkach zdarzyć się może mylne rozpoznanie na podstawie pęknięcia macicy (nagle ustanie bólów porodowych!), uwięzionej przepukliny, guzów jelitowych lub ostrych chorób zakaźnych, jak zapalenia płuc, duru lub zimnicy.

Wkońcu należy zwrócić uwagę na trudności rozpoznawcze w przypadkach przedziurawienia macicy podczas zabiegów występczych celem przerwania ciąży. Lekarz bywa tutaj często w błąd wprowadzony, co utrudnia diagnozę. Krwawienie maciczne bez wyraźnych bólów i wywiady naprowadzą na należytą drogę rozpoznawczą.

Naogół należy w ciąży w przypadkach podrażnienia otrzewnej, podejrzanych o zapalenie wyrostka robaczkowego, nie dających się należycie wyświecić, jak najwcześniej zdecydować się na laparotomię. Postępowanie takie przedstawia mniejsze zło aniżeli zgubne często wyczekiwanie. Wielkie niebezpieczeństwo, jakie powoduje ostra appendicitis dla kobiety w stanie ciążowym, nakazuje operować w każdym stanie ostrego zapalenia. O ile możliwości ciąży nie należy przerywać. Jedynie tam, gdzie poronienie lub poród są już w toku, trzeba macicę od strony pochwy opróżnić.

W położu spotykamy zapalenie wyrostka nie częściej niż w ciąży. I tutaj jest w przypadkach ciężkich rokowanie niepomyślne. Zasady postępowania obowiązują te same, jak w ciąży. Źródło mylnych rozpoznań stanowią w położu bóle poporodowe oraz zapalenie przydatków.

Korzystny wpływ wykazały w niektórych przewlekłych przypadkach zapalenia wyrostka usunięcie go przy wymiotach ciężowych niepowściągliwych (*hyperemesis gravidarum*). Trudno jednak ocenić, czy zapalenie wyrostka było istotną przyczyną wspomnianych wymiotów. Sugestywny często, jak wiemy, ich charakter odpowiada dodatnio na rozmaite bodźce. Takim bodźcem może być tutaj zwykła appendektomia.

Daleko częściej, aniżeli w dziedzinie położnictwa, dostaje się lekarz w dziedzinie ginekologii w położenie różniczkowego rozpoznawania między cierpieniem kobiecym a zapaleniem wyrostka robaczkowego. Według *Novaka* zdarza się zapalenie wyrostka robaczkowego u kobiet nie rzadziej aniżeli u mężczyzny. Statystyki wykazują atoli w tym względzie wielką rozbieżność. Przypuszczać należałoby, że odsetek ten u kobiet będzie nieco wyższy ze względu na kontakt przydatków z wyrostkiem. Ze zrozumiałych powodów często trudno będzie na podstawie anatomicznego preparatu rozstrzygnąć, której sprawie chorobowej przypisać należy pierwszeństwo. Wywiady będą w takich wątpliwych przypadkach musiały niekiedy decydować, wiemy jednak z doświadczenia, jak często w takich zagadnieniach zawodzi anamneza.

Jako znamiona przebytej pierwotnej *appendicitis* podał *Aschoff* następujące zmiany: miejscowy lub rozległy zanik światła wyrostka, ubytki w ciągłości mięśniówki oraz zgrubienia w tkance podsurowiczej. Tych zmian musimy się domagać przy rozstrzyganiu, czy w danym przypadku zachodzi pierwotna *appendicitis*, czy *adnexitis*. Jeżeli zapalenie wyrostka udzieliło się trąbce, wtedy spotykamy w jajowodzie łącznotkankowy przerost w warstwie podsurowiczej i mięśniowej, czyli że zmian w śluzówce brak lub schodzą one jako minimalne na plan drugi. Podobne zmiany znajdujemy w wyrostku, jeżeli ten wtórnie uległ zakażeniu przez przydatki. Innemi słowy bodziec zapalny, idący od zewnątrz, powoduje w pierwszym rzędzie zmiany w warstwach zewnętrznych tak trąbki, jak i wyrostka. Przyznać musimy, że takie rozgraniczenie przydatków często będzie miało raczej znaczenie tylko teoretyczne, zdarzać się jednak będą przypadki, wprowadzie nieczęste, gdzie zmiany powyżej naszkicowane praktycznie dla ustalenia pierwszeństwa pozytywne oddadzą usługi. Tych cech i wytycznych musimy się trzymać jako podstawy, by nie schodzić na manowce indywidualnej spekulacji, jako źródła tylu błędów naukowych. Na podstawie tych rozważań i wytycznych okazało się, że wtórne zacho-

zenie przydatków, wywołane zapaleniem wyrostka, jest rzeczą rzadką. Nie znam żadnego przypadku z Kliniki poznańskiej, w którym, operując z powodu zachorzenia przydatków, stwierdzilibyśmy jedynie appendicitis, natomiast nierzadko zdarzało się, że obok zapalenia przydatków zachodziło również zapalenie wyrostka. To spostrzeżenie potwierdza zapatrywanie Novaka, że wtórne zakażenie wyrostka w związku z zachorzeniem pierwotnym przydatków jest wydarzeniem niewątpliwie częstszym niż odwrotnie. Atoli zdarzają się niewątpliwie przypadki, chociaż rare, przejścia zapalenia wyrostka wtórnie na trąbki, za czym przemawiają charakterystyczne przypadki z Kliniki poznańskiej. Otóż w trzech przypadkach zachorzeń przydatków stwierdziliśmy powikłania z wyrostkiem, w jednym zawierał zaogniony wyrostek pestkę jabłka, w dwóch dalszych grupki zbitego kału — corpora delicti, pozwalające przypuszczać pierwotne zachorzenie wyrostka.

Że wtórne zachorzenie przydatków na podstawie pierwotnej appendicitis jest wydarzeniem rzadkiem, za tem przemawiają spostrzeżenia, że bezsporne zmiany w przydatkach klinicznie bardzo rzadko znachodzimy w przypadkach ostrej appendicitis. Znamieniem jest, że nawet zlepy strzępków jajowodowych, prowadzące do niepłodności, rzadko się zdarzają po tak częstem zachorzeniu, jak appendicitis, jakkolwiek sporadycznie są w piśmiennictwie opisane.

Biorąc pod uwagę, że adnexitis częściej powoduje zachorzenie wyrostka aniżeli odwrotnie, zaznaczyć trzeba, że fakt ten posiada dla ginekologa wielkie znaczenie. Nie można również zataić, że ginekolog temu zagadnieniu naogół za mało poświęca uwagi.

Ze względów praktycznych natomiast budzi appendicitis u ginekologa wielkie zainteresowanie, szczególnie pod względem rozpoznania różniczkowego. Ostre zapalenie wyrostka często mylone bywa z prawostronnem zapaleniem miedniczki nerkowej, z kamicą nerkową i wielu innemi cierpieniami, na które zwracałem powyżej uwagę, omawiając stosunek wyrostka do ciąży. Wywiady oddadzą w wielu przypadkach wielkie usługi. Poprzedzające lekkie lub ciężkie ataki bóleści w okolicy ślepej kiszki, nawykowe zaparcie stolca przemawiają, zwłaszcza u dziewcząt, na rzecz zapalenia wyrostka robaczkowego. Przebyta rzeżączka, sprawy zaburzeń połogowych zwracają uwagę na przydatki; brak perjodu, zawroty, nagle krwawienie nazewnątrz, omdlenia i ostra niedokrwistość przemawiają za ciążą zamaciczną; katar pęcherza nakazuje śledzić w kierunku zapalenia miedniczki; ostre objawy peritonealne, powstałe nagle,

zwłaszcza po gwałtownych poruszeniach, nasuwają myśl o skręceniu guza jajnikowego. Także bolesność, która przy appendicitis i pyelitis jest trwałą i niezmienną, przy zachorzeniu natomiast przydatków, a jeszcze więcej przy ciąży zamacicznej wykazuje zmienne nasilenie, posiada pewne znaczenie rozpoznawcze. Miejsce największej bolesności na ucisk daje również cenne wskazówki, i to: appendicitis — Mac Burney, kamica nerkowa i pyelitis — okolica nerki, skręt guza — miejsce tumoru, ciąża zamaciczna i zapalenie przydatków — okolica przydatków i pachwiny. Napięcie powłok brzusznych jest naogół przy zapaleniu wyrostka silniejsze niż przy innych schorzeniach. Ciepłota jest przy zamacicznej ciąży, kamicy nerkowej i skręcie guza jajnikowego normalna lub nieznacznie tylko powiększona. Ilość uderzeń tętna odpowiada przy kamicy i ropniu jajowodu wysokości ciepłoty, przy appendicitis i skręcie jest zwykle wyższa niż odpowiadałoby ciepłocie. Kształt, położenie, wielkość, ruchomość, wrażliwość i zbitość guza, jego stosunek do macicy dają niekiedy cenne, choć nie zawsze jasne wskazówki. Ilość leukocytów, odczyn Biernackiego mają względną wartość, o ile idzie o różnicę między zapaleniem wyrostka a przydatków. Czerwone krwinki opadają rzekomo przy adnexitis szybciej niż przy zapaleniu wyrostka. Pierwszy stopień czystości wydzielin pochwowych przemawia przeciw zapaleniu przydatków, a za zapaleniem wyrostka. Rozpiętość ciepłoty, stwierdzanej w odbytnicy i pod pachą, jest przy ostrej appendicitis znaczniejsza niż w warunkach normalnych lub przy innych cierpieniach. O wartości nakłucia tylnej zatoki Douglasa wspominałem powyżej. Zdjęcie promieniami Roentgena może niekiedy oddać wielkie usługi, zwłaszcza pod względem uwydatnienia wyrostka. Nie należy zapomnieć, że ostre lub przewlekłe zapalenie wyrostka łączyć się może z innymi cierpieniami, np. z ciążą zamaciczną.

Niejednokrotnie rozważano zagadnienie, czy ginekolog z racji podejmowania zabiegu ginekologicznego jest uprawniony lub nawet zobowiązany wyjąć wyrostek robaczkowy. Niektórzy uważają usuwanie wyrostka w przypadkach, w których to nie jest absolutną koniecznością, za błędne, raz dlatego, by niepotrzebnie nie przedłużać operacji, a następnie dlatego, że upatrują w wyrostku narząd o wielkiem, aczkolwiek bliżej nieznanem znaczeniu dla ustroju ludzkiego. Zapatrywanie takie idzie za daleko, tysiące osób nie wykazują ujemnych skutków po usunięciu wyrostka. Dlatego za słuszne uznać należy stanowisko: usuwać wyrostek wszędzie tam, gdzie

już makroskopowo wykazuje zmiany. Usuwać go w każdym przypadku jest niepotrzebne. Tej zasadzie hołduje Klinika poznańska. Za zasadę przyjąć należy regularne i dokładne obejrzenie wyrostka z okazji zabiegu brzuszego.

Przewlekłe zapalenie wyrostka często mylnie rozpoznawane bywa również w szeregu innych istniejących cierpień, na które w ramach niniejszej rozprawy tylko krótko zwrócić mogą uwagę, jak gruźlica, rak promienica ślepej кишки, zapalny guz sieci, zatrzymanie kału w jelitach, wędrująca nerka i t. p.

Ciekawą jednostkę chorobową przedstawiają pewne zmiany w wyrostku robaczkowym, którym w odniesieniu do narządów płciowych kobiety wielkie przypisuje się znaczenie. Otóż niekiedy wykazuje wyrostek torbielowate zwyrodnienie, a treść tej torbieli stanowi śluzowa, galaretowata i gęsta ciecz, która po pęknięciu wyrostkowej torbieli wylać się może na otrzewną i wywołać na niej zmiany, znane pod nazwą rzekomego śluzaka otrzewnej (pseudomyxoma peritonei). Zmiany takie spotykamy niekiedy po pęknięciu torbieli śluzowej jajnika (kystoma pseudomucinosum) lub rzekomych śluzaków jajnika (pseudomyxoma ovarii). Niektórzy utrzymują, że śluzak rzekomy otrzewnej i jajnika przedstawiają li tylko wtórne zachorzenie, którego ognisko pierwotne znajduje się według tych autorów zawsze w wyrostku robaczkowym.

Omówić wypada jeszcze stosunek zachorzenia wyrostka robaczkowego do niepłodności. Częstość zachorzeń wyrostka i łączących się z nimi zrostów, zlepow i przemieszczeń czyni zgóry co najmniej prawdopodobne, że wtórne zachorzenie przydatków spowodować może niepłodność, tem więcej, że surowicze wydzieliny z ogniska zaognionego wyrostka spływają do małej miednicy, zraszając obficie oba wolne końce jajowodów. Powstające na tej podstawie toksyczne zapalenie otrzewnej w istocie spowodować może zlepienie obustronne strzępków jajowodowych lub nawet daleko sięgające zmiany w ich przebiegu, powodujące niepłodność. W poszczególnych przypadkach będzie niekiedy niełatwo albo niemożliwe ustalić związek przyczynowy między appendicitis a sterilitas; wywiady zwykle nie dają należytego wyjaśnienia, a obraz makroskopowy często zawodzi. Wziawszy jednak pod uwagę, że w przypadkach ostrych zachorzeń zwykle przydatki znajdujemy zupełnie wolne, dalej uwzględniając, że wobec częstości zachorzenia wyrostka niepłodność z tej racji tylko rzadko bywa spotykana, należy wnioskować, że wpływ zapalenia wyrostka na niepłodność

przez wtórne wciągnięcie przydatków w obręb zachorzenia jest niewielki, a w każdym razie daleko mniejszy aniżeli przy pierwotnem zapaleniu przydatków. Nie można również przeoczyć faktu, że zapalny wyrostek, jako narząd jednostronny, tylko prawą trąbkę wtórnie może uniedrożnić, przez co nie powstaje jeszcze niepłodność, o ile drugi jajowód jest drożny. Z tych wszystkich przyczyn wynika, że wielu ginekologów wpływowi stanu zapalnego wyrostka robaczkowego na wywołanie niepłodności nie przypisuje wielkiego praktycznego znaczenia.

Po rozpatrzeniu stosunku wyrostka do ciąży, menstruacji, zachorzenia przydatków, zmian otrzewnej i niepłodności pozostaje jeszcze do omówienia stosunek do ciąży zamacicznej. Z rozdziału, dotyczącego wtórnego zachorzenia przydatków na podstawie appendicitis, wynika, że uszkodzenie jajowodów, przez wtórne sprawy zapalne w istocie przyczynić się może do powstania zamacicznej ciąży, jeżeli drożność jajowodów jeszcze jest zachowana. Przypadki takie opisane są w piśmiennictwie. Nie wykluczone jest, że ciąża zamaciczna na tej zasadzie częściej powstaje, aniżeli naogół się przypuszcza; niemniej przyznać trzeba na podstawie powyżej wyluszczonych wywodów o rzadkości wtórnego zakażenia przydatków przez wyrostek robaczkowy, że ciąża zamaciczna ex appendicitide jest niewątpliwie wydarzeniem rzadkiem, aczkolwiek możliwym.

Piśmiennictwo.

Flesch. Münch. med. Woch. 1923, nr. 12. — *Heynemann*. Halban-Seitz, tom V, część 1, str. 32. — *Novak*. Halban-Seitz, tom V, część 3, str. 306. — *Nürnbergger*. Halban-Seitz, tom III, str. 755.

DR. STANISŁAW LIEBHART, ST. ASYSTENT KLINIKI.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecth U. J. K. we Lwowie.
(Dyrektor: Prof. dr. K. Bocheński.

LECZENIE NIEPŁODNOŚCI W ŚWIETLE NAJNOWSZYCH BADAŃ.

I.

Leczenie niepłodności wynika ściśle z rozpoznania jej bardzo licznych i wyjątkowo różnorodnych przyczyn. Coraz dokładniejsze i bardziej udoskonalające się metody badań laboratoryjnych, chemicznych i biologicznych pogłębiają w ostatnich czasach etiologię niepłodności, a przez to umożliwiają nam tem skuteczniejsze i celowsze leczenie. W pracy niniejszej będziemy się starać wydożyć szereg przyczyn niepłodności z punktu widzenia najnowszych doświadczeń i badań, pomijając rzeczy już ogólnie znane, odwołując się w pewnych dziedzinach do naszej pracy p. t. „W sprawie rozpoznania przyczyn niepłodności“.

Ponieważ zapłodnienie jest aktem dwustronnym, przeto postaramy się na samym wstępie odgraniczyć i wydzielić niepłodność męską od niepłodności kobiety, której leczenie pragniemy omówić. Badania, przeprowadzone w tym kierunku w klinice lwowskiej, jako też dziesięcioletnia statystyka przypadków leczonych w naszym zakładzie, wykazuje cyfry tak charakterystyczne i w znacznym stopniu odmienne od statystyk innych autorów, że pozwolimy je sobie bliżej omówić. Podkreślamy, że pierwszym naszym krokiem w dociekanii etiologii niepłodności jest wykluczenie winy męża i że we wszystkich przypadkach zasadniczo przeprowadzamy badanie nasienia męża, którego zaniedbujemy tylko na wypadek braku zgody ze strony zainteresowanego. Na 172 przypadków badania nasienia znaleźliśmy kompletną azoospermję tylko w 20%.

a więc w jednej piątej wszystkich badanych przypadków. Dla porównania umieszczamy poniżej zestawienie tabelaryczne wyników badania nasienia męskiego innych autorów z monografii Nürnbergera.

Kehrer w 96 badanych nasieniach stwierdził w 30% azoospermję.

Lier i Ascher w 132 badanych nasieniach stwierdzili w 32% azoospermję.

Schenk w 116 badanych nasieniach stwierdził w 33% azoospermję.

Knorr w 72 badanych nasieniach stwierdził w 25% azoospermję.

Liebhart w 172 badanych nasieniach stwierdził w 20% azoospermję.

Jak z powyższego zestawienia wynika, statystyka nasza obejmuje największą ilość przypadków, a przez to i obliczenia odsetkowe powinnyby być najbardziej zbliżone do prawdy, co by wskazywało, że bezwzględna wina mężczyzny wyraża się cyfrą jednej piątej wszystkich przypadków niepłodności. Jeżeli doliczymy do powyższej jednej piątej grupę nieprawidłowości w anatomicznej budowie prącia, jako też zaburzenia natury seksualno-nerwowej, to jednak żadną miarą nie dociągniemy do tego, ażeby ustalić bezpośredni udział mężczyzny w niepłodności w wysokości jednej trzeciej wszystkich przypadków, co jest dotychczas ogólnie przyjęte i uznane.

Mamy również pewne zastrzeżenia odnośnie do t. zw. pośredniego udziału mężczyzny w niepłodności, który przeważna ilość autorów ocenia i ustala w dalszej jednej trzeciej badanych przypadków. Zdanie Nürnbergera, jakoby mężczyzna sprowadzał pośrednio niepłodność w tak wysokim procencie przez uprzednie zakażenie rzeżączką, a przez to wywołanie u kobiety zmian nieodwracalnych, trwałych, powodujących niepłodność, nie znajduje potwierdzenia w naszej statystyce, która wykazuje najwyżej 20% do 25% takich przypadków, a więc znacznie niższy odsetek. Do sprawy tej powrócimy jeszcze przy sposobności omawiania niedrożności trąbek. Niemniej jednak obowiązuje nas ogólnie ostatnio przyjęte zdanie, że winniśmy leczyć nie niepłodne kobiety, lecz niepłodne małżeństwa.

II.

Zmiany względnie schorzenia sromu odgrywają w etiologii niepłodności stosunkowo nieznaczną rolę. Należą tutaj tak schorzenia natury zapalnej, jak i rozwojowe wady wrodzone. Do pierwszych należą zapalenia porzeżączkowe, lub też pozostające w związku z przebytym durem, błonicą, płonicą, odrą i t. d., prowadzące do owrzodzenia wewnętrznej powierzchni małych i dużych warg i sprowadzające w konsekwencji częściowe lub całkowite zarośnięcie szpary sromowej. Do tej grupy należy również kraurosis vulvae, wreszcie zmiany natury przerostowej albo nowotworowej (fibroma, lipoma, blastoma, condylomata i t. d.). Wady wrodzone powstają najczęściej na tle zaburzeń rozwojowych w zatoce moczopłciowej. Do nich należą wrodzone zarośnięcia, nadmierne rozszerzenie cewki moczowej, obojnactwo rzekome, nadto zmiany w obrębie błony dziewiczej. Objawy infantylizmu narządu rodnego, obserwowane na sromie, omówimy w osobnym rozdziale, odnoszącym się do konstytucji narządu rodnego kobiety.

Badanie pochwy kobiet niepłodnych rozpada się na dwie wielkie grupy: a więc grupę zmian anatomicznych i zaburzeń natury chemicznej i biologicznej odnośnie do flory i chemizmu wydzieliny pochwy. Celem zorientowania się w jakości flory i jej chemizmie przeprowadzano w przeważnej części przypadków badanie drobnoustrojowe i oznaczanie stężenia jonów wodorowych wydzieliny. Sprawy powyższe omówiliśmy dokładnie w wyżej wspomnianej pracy, dlatego też w niniejszym referacie streścimy krótko wyniki naszych badań i podamy ich główne wytyczne ewentualnie uzupełnienia nowymi wynikami. Wbrew twierdzeniu niektórych autorów nie spotykaliśmy żadnych typowych zmian w wydzielinie pochwy u kobiet niepłodnych. Stwierdziliśmy cały kalejdoskop drobnoustrojów od pierwszego do czwartego stopnia zanieczyszczenia pochwy, jako też najrozmaitszy stopień kwasoty pochwy. Jak wiadomo, przyczyny zmian patologicznych flory pochwy mogą tkwić w samym narządzie rodnym lub też poza nim. Do pierwszych należą źle zgojone pęknięcia krocza, poród i połów, zakażenie podczas stosunku, schorzenia zapalne macicy i przydatków, biegunki, pasorzyty odbytu, nieżyty pęcherza i t. d.; do przyczyn z poza narządu rodnego zaliczymy te, które powstają konstytucjonalnie lub też wskutek zaburzeń w systemie gruczołów wkrewnych. Wynika to z tego, że pomiędzy florą pochwy a jej ścianą istnieje wyraźna symbioza

(Schröder), która może ulec zaburzeniu działaniem systemu wkrewno-wegetatywnego lub wpływami konstytucjonalnymi. Nie ulega wątpliwości, że kwasota pochwy jest tym czynnikiem regulującym biologicznie stan flory pochwy i w warunkach normalnych prowadzącym do samooczyszczenia się pochwy. Wiadomem jest bowiem, że przeważna liczba drobnoustrojów chorobotwórczych nie znajduje warunków do życia w prawidłowej wydzielinie pochwy właśnie z powodu jej wysokiej kwasoty. Dopiero obniżenie tej kwasoty, czyto wskutek zewnętrznego obrażenia podłoża, w którym i drogą którego odbywają się przemiany podtrzymujące prawidłową kwasotę, czy też wskutek wpływów endogenicznych, jak niedorozwój błony śluzowej pochwy w związku z ogólną hipoplazją i infantyлизmem i wreszcie niedomogą jajników, prowadzącą nieuchronnie do patologicznej wymiany flory. Wzajemna zależność błony śluzowej pochwy i jej flory bakteryjnej jest rzeczą najzupełniej oczywistą, jednak nie we wszystkich przypadkach umiemy stwierdzić, który z tych dwóch czynników jest momentem wywołującym.

Szereg bardzo ciekawych doświadczeń zebraliśmy drogą systematycznych badań stężenia jonów wodorowych pochwy. I tak tylko w przypadkach zupełnie prawidłowych tak względem flory bakteryjnej (pierwszy lub najwyżej drugi stopień czystości pochwy) jak i budowy anatomicznej pochwy stwierdziliśmy pewną równoległość pomiędzy poszczególnymi etapami cyklu miesięczkowego a obniżeniem się względnie podnoszeniem kwasoty pochwy. Równoległość ta występuje w sensie odwrotnym, t. zn. w okresie największego nasilenia czynności jajników kwasota pochwy jest najniższa, natomiast w okresie miesięczkowym i tuż po perjodzie, a więc w czasie najslabszej produkcji hormonu pęcherzykowego, kwasota dochodzi do maximum. W przeważnej liczbie przypadków nie mogliśmy jednak wykazać tej wzajemnej zależności podanej przez Grefenberga. Badania nasze (Liebhart, Chrzaszczewski) jak i Gänslera i Zwolińskiego nie wykazały wybitnych zmian w kwasocie pochwy w związku z cyklem miesięczkowym. Z okazji tych rozważań wyłania się zagadnienie celowości w przyrodzie w związku z dwoma faktami ustalonymi ponad wszelką wątpliwość, że z jednej strony kwasota pochwy normalnie jest wysoka, a z drugiej plemniki żyją i rozwijają się tylko na podłożu zasadowym, a giną w krótkim czasie w kwaśnym. Należy natomiast dodać, że zawartość szyjki macicy jest wyraźnie zasadowa o niskim stężeniu jonów wodorowych. W tym miejscu pozwolimy sobie przy-

ponnieć doświadczenia wykonane z plemnikami umieszczonemi w otoczeniu kwaśnem obok kropli zasadowej. Doświadczenie to wykazuje gwałtowne przechodzenie plemników z jednej kropli do drugiej, jakby ucieczkę z otoczenia kwaśnego do zasadowego. W tem oświeceniu wydaje się nam istnienie zasadowo reagującej szyjki macicy w pochwie o oznaczonej kwasocie jako celowe urządzenie przyrody w sensie chemotaktycznym. Szyjka macicy zdaje się odgrywać po wytrysku nasienia rolę schronu dla plemników, które przymusowo znalazły się w niekorzystnem dla siebie kwaśnem otoczeniu i szukają w szyjce ocalenia i lepszych warunków życia. Dodajemy nadto, że badania Zwolińskiego i nasze (Liebhardt - Chrzaszczewski) wykazały, że sam coitus powoduje alkalizację pochwy na okres czasu od 8—12 godzin, co w całokształcie poruszanego zagadnienia jest przyczynkiem do zrozumienia celowości urządzeń przyrody w tym najważniejszych akcie — bo akcie rozmnażania i podtrzymania życia. W świetle powyższych wniosków musimy dojść do przekonania, że chemizm i mikrobiologia pochwy odgrywają wybitną rolę w niepłodności kobiety i że leczenie tej ostatniej winno się rozpoczynać od dokładnych badań w tym właśnie kierunku.

Do grupy zmian anatomicznych należy zarośnięcie pochwy tak wrodzone jak i nabyte. Etiologia jego, patogeneza i leczenie jest zupełnie takie same jak przy zarośnięciach sromu, co zostało już w poprzednim rozdziale opisane. Leczenie wszelkiego rodzaju atrezji jest zasadniczo operacyjne, a widoki jego są zależne od umiejscowienia niedrożności, zaawansowania i czasu trwania. Z innych zmian anatomicznych na pierwszy plan wysuwają się nieprawidłowości natury konstytucjonalnej, a z tych znowu cechy mniej lub więcej wyraźnego infantyizmu. Do nich należą krótkość i wąskość pochwy na tle niedorozwoju, płytkość lub nawet brak sklepień pochwowych, niedorozwój warg sromowych, męskie owłosienie, wreszcie niskie zatokowate krocze. Całość zmian infantylnych kobiety omówimy w osobnym rozdziale, odnoszącym się do konstytucji kobiety. Na tem miejscu natomiast musimy podkreślić wyjątkowo niekorzystne znaczenie tych zmian w zakresie pochwy dla aktu zapłodnienia. Specjalnie płytkość sklepień pochwowych, krótkość pochwy i niskie krocze powodują prawie natychmiastowe wylewanie się nasienia męskiego po wytrysku, a przez to uniemożliwiają względnie wybitnie utrudnia dostanie się plemników do części macicy. Do tej samej grupy zaburzeń należy przeczulica zewnętrz-

nych partyj narządu rodnego pod nazwą waginizmu. Jest to schorzenie przeważnie przejściowe, wynikłe z konstytucji neuropatycznej, a polegające na niemożności aktu płciowego. Momentem usposabiającym może być cały szereg czynników psychicznych u kobiety lub wina może leżeć po stronie mężczyzny (niezgrabny i brutalny, próby coitus, względna impotencja mężczyzny). Leczenie miejscowe winno być stosowane tylko w przypadkach bardzo twardej błony dziewiczej lub w jej przeculicy, wreszcie w zranieniach i uszkodzeniach sromu i pochwy. Wszystkie inne wymagają oględnej i celowej psychoterapii dla kobiety, a dla mężczyzny pouczenia i celowych wskazówek. Na koniec słówko o t. zw. dyspareunji, polegającej jak wiadomo na nierównoczesowości orgazmu. Zaburzenia tego nie uważamy za przyczynę niepłodności, czemu obszernie daliśmy wyraz w pracy poprzedniej, natomiast zaliczamy je do grupy zaburzeń hormonalnych na tle hipoplazji narządu rodnego.

III.

Wszystkie zmiany wrodzone macicy, jak macica szczątkowa (uterus rudimentarius), atrezję wrodzoną ujścia wewnętrznego — zresztą bardzo rzadką — zarośnięcie wnętrza macicy nie omawiam z umysłu, ponieważ dają one obraz zmian przeważnie nieodwracalnych, a tem samem niedostępnych leczeniu. Do najczęściej wymienianych zmian w zakresie macicy należy t. zw. zwężenie ujścia zewnętrznego, wewnętrznego i szyjki macicy. Zaburzenie to uważano doniedawna za jedno z najważniejszych przyczyn niepłodności, przeto starano się je zwalczać i usuwać drogą niekrwawych zabiegów i krwawych operacyj. Ostatnio zapatrywania na te sprawy zmieniły się zasadniczo: wiemy z jednej strony, że nawet najwęższa szyjka macicy jest jeszcze dużym i wygodnym tunelem, jak mówi Sellheim, dla trzymikronowych plemników, z drugiej strony przestaliśmy już dawno ewentualną wąskość czy długość szyjki macicy uważać za odosobnione pierwotne schorzenie, a umieszczamy je i odnosimy do ogólnego infantyizmu narządu rodnego, którego zaburzenie to jest jednym z objawów. Z tych względów uważamy jeszcze obecnie szeroko stosowane rozszerzenie szyjki macicy za zabieg przeważnie niecelowy a w wielu przypadkach nawet za błąd w sztuce. Natomiast w przeważnej liczbie przypadków wąskiej szyjki macicy stwierdzamy gęsty, o dużej lepkości czop śluzu, który

naszem zdaniem jest istotną przyczyną niepłodności. Stąd znane są opisywane przypadki zajścia w ciążę kobiet długoletnio niepłodnych po jednorazowym tylko sondowaniu szyjki macicy (Hofmeister). Tu też zaliczam przypadki wyleczenia niepłodności po wykonaniu nawet jednorazowej salpingografji, przytaczanych często przez Francuzów. Jak wiadomo, w zabiegu tym wprowadza się do macicy kanjule Braun'a celem wiania płynu kontrastowego. Wprowadzenie tej kanjuli jest przecież niczem innym, jak właśnie sondowaniem szyjki macicy, a przez to udrożnienie jej i usunięcie wspomnianego czopu śluzowego. W inny bowiem sposób trudno sobie tłumaczyć terapeutyczne działanie uterosalpingografji.

Z innych nieprawidłowości samej macicy wymienić należy patologiczne przodozgięcie, które ma znaczenie nietylko jako przeszkoda mechaniczna (ostry kąt zgięcia), ale i przedstawia zaburzenia w systemie hydrodynamicznym cieczy, a raczej prądów cieczy krążących między ujściem brzuszmem jajowodu a ujściem wewnętrznem macicy. Podobne znaczenie ma i tyłozgięcie macicy. Stwarza ono nietylko przeszkodę w przejściu plemników przez ujście wewnętrzne, ale i uniemożliwia lub utrudnia dostanie się ich do szyjki, przez ujście zewnętrzne z powodu uniesienia całej części pochwy ku spojeniu łonowemu. Ważnym jest również moment wytworzenia sztucznej niedrożności w macicznym ujściu jajowodów przez zagięcie ich ciężarem tyłozgiętej macicy, a tem samem utrudnienie przedostania się plemników znajdujących się już w macicy do jajowodów. Osobnego omówienia wymaga nieżył szyjki macicy, który odgrywa w etiologii niepłodności również znaczną rolę. Wyleczenie go niezawsze należy do rzeczy łatwych, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych, niemniej jednak winno być radykalnie i konsekwentnie przeprowadzone. O nieco mniejszem znaczeniu są zmiany położenia macicy w kierunkach bocznych (lateroflexio, lateropositio).

Poglądy nasze odnośnie do zapaleń w obrębie samej macicy uległy ostatnio znacznym zmianom. Dzięki pracom Hitschmanna i Adlera, a następnie Schrödera umiemy dokładnie odróżniać przerost gruczołowy błony macicy, właściwy danej fazie cyklu miesięczkowego, od przerostu zapalnego. Dlatego też i rozpoznanie zapalenia błony śluzowej macicy jest stanowczo radsze niż dawniej. Z tych samych względów bardzo chętnie dawniej używany termin endometritis haemorrhagica stracił na znaczeniu, ponieważ wiemy, że zaburzenie to jest przeważnie wynikiem jakiejś dysfunkcji jajników, o ile oczywiście niema tła anatomicznego

w samej macicy, jak gruzlica błony śluzowej, polipowatość, nowotwory i t. d.

Osobną grupę schorzeń, mających łączność z etiologią, niepłodności tworzą włókniaki. I w tej sprawie sądy nasze zmieniły się w ostatnich czasach zasadniczo. Dawniejsi badacze z *O l s h a u s e n e m* na czele uważali, że włókniaki wywołują stale niepłodność. Długoletnie dane statystyczne, a przede wszystkim obserwacja kliniczna, nie potwierdziły tego zapatrywania. Przeciwnie, znamy bardzo wiele przypadków nawet łatwych zejść w ciążę u kobiet nawet z dużymi włókniakami, przyczem nawet umiejscowienie ich często jest bez większego znaczenia. Zdajemy sobie sprawę, że włókniaki mogą do pewnego stopnia stanowić przeszkodę mechaniczną w zapłodnieniu, ponadto wiemy, że ani niepłodność nie wywołuje mięśniaków, ani też mięśniaki nie są przyczyną niepłodności, lecz są one tylko skutkiem ogólnego kompleksu objawów związanych z czynnością jajnika. W leczeniu tych spraw musi być brany pod uwagę całokształt powyższego zagadnienia. Nowotwory złośliwe macicy nie mogą być przedmiotem leczenia niepłodności z powodu szybkiego przebiegu sprawy chorobowej i konieczności zabiegu operacyjnego.

IV.

Schorzenia trąbek dzielimy na: zapalne i rozwojowe, względnie konstytucjonalne. Zapalne zmiany w trąbkach stanowią osobny duży rozdział w zagadnieniu niepłodności. Zakażenie może iść jak wiadomo drogą wstępującą od pochwy i macicy, nadto drogą zstępującą a więc z okolicy trąbek w jamie brzusznej i wreszcie drogą krwi. Najczęstszym jest zakażenie wstępujące w związku z zakażeniem swoistem czy też nieswoistem pochwy, macicy, w związku z przebytem porodem lub poronieniem lub też schorzeniami macicy i nowotworami o charakterze rozpadowym. Zakażenie zstępujące ma znowuż najczęściej swe źródło w schorzeniach wyrostka robaczkowego. Odnośnie do ostatniej postaci zakażenia odnoszono się doniedawna sceptycznie. Dopiero przypadek, opisany przez *Thalera*, wykazujący w autopsji u 22-letniej dziewczicy ropne zapalenie trąbek w związku z przebytem zakażeniem paciorkowcowem, pochodzącem z migdałków, przekonał nas ponad wszelką wątpliwość o możliwości istnienia odosobnionej salpingitis o charakterze przerzutowym. O niemożności zajścia w ciążę w procesach zapalnych trąbek nie decyduje jednak stan ostry tego schorzenia, lecz jego zejście i na-

stępstwa. Każde zapalenie trąbek, zwłaszcza nieswoiste, może wyleczyć się całkowicie nie tylko w klinicznym, ale nawet w anatomicznym tego słowa znaczeniu. W tym wypadku nie stanowi przeszkody zajścia w ciążę. W przeważnej jednak ilości przypadków proces zapalny trąbek prowadzi do zlepiania się i zrośnięcia ścian trąbek ze sobą, prowadząc nieuchronnie do niedrożności trąbek. Najczęstsze są zarośnięcia światła trąbki w części ampularnej. W przypadkach cięższych mamy niejednokrotnie do czynienia z zarośnięciem całkowitem światła trąbki. W przypadkach pozapalnych należy stwierdzić każdorazowo, czy zmiany powyżej wymienione obejmują jedną trąbkę, czy też są obustronne. W tem miejscu musimy zaznaczyć, że nie możemy się zgodzić z Nürnberggerem, który twierdzi, że zakażenie rzeżączkowe wywołuje obustronne schorzenie jajowodów, podczas gdy zakażenie paciorkowcowo-gronkowcowe jednostronne. Spotykaliśmy najczęściej właśnie obustronne zajęcie przydatków w związku z przebytymi poronieniami aseptycznymi i nawet po porodzie, bez żadnego śladu zakażenia rzeżączkowego. Nadto uważamy, że panujące dotychczas prawie wszechładnie zapatrywanie, że przyczyną zapaleń narządu rodnego w ogólności a jajowodów i jajników w szczególności jest prawie wyłącznie rzeżączka, przeżywa obecnie zasadniczy kryzys. Czyżewicz, Engelman i Pelham twierdzą wręcz odwrotnie, że w przeważającej liczbie przypadków przyczyną zapaleń są przebyte poronienia, sztuczne lub samoistne, a więc zakażenie paciorkowcowo-gronkowcowe. Na podstawie wyżej omówionych a przeprowadzonych przez nas badań wydzieliny, które wykazały znikomy odsetek rzeżączki, dalej na podstawie bardzo skrupulatnie ściąganych wywiadów w każdym przypadku niepłodności, w którym nie znajdowaliśmy punktu zaczepienia dla rzeżączki, natomiast bardzo często stwierdzić mogliśmy przebyte uprzednio poronienia, przechylamy się do zdania, że w przypadkach tych mamy do czynienia raczej z zakażeniem paciorkowcowo-gronkowcowym a nie rzeżączkowym. Jeżeli ponadto uwzględnimy okoliczność, że nie wszystkie zapalenia przydatków wynikają wskutek zakażenia wstępującego, lecz że pewien ich odsetek należy położyć na karb zak. zstępującego, że wspomniemy tylko o wpływie zapalnych stanów wyrostka robaczkowego na przydatki — to bilans rozważań wypadnie dla teorii o przewodze rzeżączkowej jeszcze ujemniej.

Z kwestją powyższą łączy się ściśle zagadnienie leczenia następowej niedrożności trąbek. Jest ono albo zachowawcze — albo

operacyjne. Do zachowawczych należy terapeutyczna persuflacja czyli przedmuchiwanie trąbek. W klinice lwowskiej przeprowadziliśmy w ostatnim dziesięcioleciu około 460 persuflacji. W zabiegu tym nie notowaliśmy żadnych większych powikłań poza dwoma zapadami intra persuflationem o charakterze przejściowym, u trzech zaś dłużej trwającą bolesność trąbek. Cyfry te, potwierdzające nieszkodliwość tego zabiegu, podajemy z umysłu i podkreślamy z naciskiem, jako że wielu autorów odnosi się doń z pewną rezerwą, a niektórzy nawet uważają ten zabieg za wręcz niebezpieczny. Dodajemy, że w wielu wypadkach przy niedrożnych trąbkach zabieg ten wykonywamy kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu. Odsetek zajścia w ciążę po przedmuchianiu obliczamy mniej więcej na 20%, co się zresztą zgadza z analogicznymi statystykami, jak Rubina i innych. Stwierdzamy, że przedmuchiwanie trąbek w ręku doświadczonego ginekologa jest jednym z najbardziej celowych i skutecznych zabiegów w celu usunięcia niepłodności. Operacyjne metody leczenia niedrożności trąbek ogranicza się zasadniczo do dwóch metod, a mianowicie: do udrożnienia ujścia brzuszego jajowodu drogą t. zw. salpingografji i do wszczepienia drożnej trąbki do jamy macicy. Jak dotychczas podano w tej dziedzinie szereg najrozmaitszych metod operacyjnych, jednakże po żadnej z nich nie uzyskano jak dotąd oczekiwanych wyników.

Z licznych zmian rozwojowych na pierwszy plan wysuwają się zmiany na tle infantylizmu, czyli dziecięcości trąbek, którego objawy wymienialiśmy wielokrotnie w ciągu niniejszej pracy, przy sposobności opisu cech infantylnych poszczególnych części narządu rodno. Infantyлизм trąbek objawia się w ich nadmiernej długości, a przez to poskręcaniu i bardzo wąskiem ich świetle, wreszcie w niedorozwoju strzępków (fimbriae). Do tej samej kategorii zmian zaliczyć należy wysokie ustawienie jajników, poza „linea terminalis“.

V.

Infantyлизм narządu rodno jest albo wynikiem, a raczej fragmentem ogólnego infantylizmu, albo też jest faktem udosobnionym, ograniczającym się tylko do samego narządu rodno. Niedorozwój jajników i trąbek jest znowuż jednym z całego szeregu objawów infantylizmu narządu rodno, przez nas w poprzednich rozdziałach opisanych. Podkreślenia godnym jest fakt, że infantylnie jajniki działają inkretologicznie słabiej niż prawidłowe, a tem samem wpły-

wają ujemnie na ewentualny dalszy rozwój narządu rodnegu, zamykając w ten sposób błędne koło wzajemnych wpływów. Niewiadomem jest bowiem, czy niedomoga jajników jest wynikiem ogólnego infantylnizmu narządu rodnegu, czy też naodwrot sama jest pierwotną przyczyną tego niedorozwoju.

Niedorozwój części rodnych kobiety niezawsze idzie w parze z hipoplazją ogólnu-somatyczną, odwrotnie — bardzo często spotykamy szereg wyżej wymienionych wad u kobiety dobrze zbudowanej i prawidłowo rozwiniętej, a w takich wypadkach trudno mówić o konstytucjonalnym typie infantylnym kobiety, a tylko o miejscowej seksualnej hipoplazji.

Natomiast do cech infantylnych u kobiet niepłodnych dołącza się często astenja. Stosunek między astenją a infantylnizmem jest zresztą tak bliski, że *Mathes* mówi o astenicznym infantylnizmie. Spostrzeżenia kliniczne w zakresie naszego materiału potwierdzają w zupełności powyższe zapatrywanie. Ponieważ hipoplazja seksualna da się sprowadzić do braków pewnych ciał zawartych w chromozomach, które różniczkują przyszły płód w kierunku tej lub owej płci, należy oczekiwać, że brak ten nie będzie tylko absolutny, ale że i względny stosunek ilościowy czynników predysponujących płć męską i żeńską zostanie zaburzony tak, że musi przyjść do interseksualizmu. Stąd często cechy infantylnie w narządzie rodnyu krzyżują się z interseksualnemi.

W materiale naszym uderza wybitna przewaga kobiet interseksualnych. Jaki jest stosunek wyżej opisanych typów niepłodności, jest to pytanie, które stawiają sobie prawie wszyscy badacze konstytucji kobiety, dając jednak bardzo rozmaite odpowiedzi. Jak z wyżej przytoczonych rozważań i statystycznych zestawień wynika, odgrywa infantylnizm narządu rodnegu wybitną rolę w niepłodności kobiety. Sam fakt, że występuje on u przeszło 70% wszystkich niepłodnych, jest już dostatecznym na to dowodem. Jeszcze dalej od nas idzie *Bumm*, który twierdzi, że ¾ — zaś *H. Freund* ¼ wszystkich niepłodnych małżeństw ma za przyczynę niedorozwój narządu rodnegu. Typ asteniczno-ptotyczny również nie sprzyja zastąpieniu, ponieważ jednak występuje bardzo rzadko w czystej postaci, natomiast najczęściej w połączeniu z hipoplazją i interseksualizmem, nie wymaga specjalnego omówienia.

Najbardziej dla niepłodności charakterystyczny jest typ interseksualny. Wiadomem jest bowiem, że kobiety typu interseksualnego zachodzą w ciążę rzadko — a jeżeli zająd — rodzą

uciażliwie i z powikłaniami, podczas gdy „pykniczki“ zachodzą łatwo w ciążę i rodzą łatwo i zupełnie gładko. Dlatego też w zestawieniu naszym figuruje — przy zupełnie znikomej liczbie pykniczek olbrzymia, do 75% dochodząca, liczba interseksualnych. *Mathes* twierdzi, że interseksualizm w daleko większym stopniu przyczynia się do nieplodności aniżeli nawet infantyizm. Rozstrzygnięcie powyższego zagadnienia jest jednak specjalnie trudne ze względu na to, że wszystkie opisane typy się wzajemnie krzyżują i kumulują, że niepodobna z tego względu o ściśle porównanie poszczególnych typów. Z innych typów konstytucjonalnych wyraźne obniżenie płodności znajdujemy w typie atletycznym i tak zwanym typie hipofizarnym, przeze mnie wyosobnionym (*Liebhardt*).

Leczenie infantyizmu narządu rodnegο napotyka na znaczne trudności, jak wogółe i inne zmiany i zaburzenia o charakterze rozwojowym i wrodzonym. Na pierwszym planie należy postawić leczenie ogólne, do nich należą wszystkie te środki i zabiegi, które zmierzają bezpośrednio lub pośrednio do ogólnego wzmocnienia organizmu i do pełniejszego jego rozwoju, a więc zwalczanie niedokrwistości, ogólnego osłabienia i wycieńczenia drogą odpowiednich środków farmakologicznych, jak arsen, fosfor, żelazo i t. d., czy też drogą zabiegów fizykoterapeutycznych, a wreszcie zapomocą uprawiania sportów, przebywania na świeżem powietrzu, słońcu i t. d. Osobna wzmianka należy się w tem miejscu leczeniu kąpielowemu w odpowiednich uzdrowiskach. W leczeniu tem działają momenty dwojakiej natury, a to z jednej strony o charakterze ogólnym (dobre powietrze, słońce i t. d.), z drugiej strony terapia miejscowa w postaci najrozmaitszych kąpeli, przeważnie borowinowych, hydroterapii i t. d. Pewną rolę odgrywają w tem leczeniu również i inne czynniki, z których do najważniejszych zaliczam kwestję systematyczności zabiegów i całego trybu życia, jako też przymus leczenia. Leczenie miejscowe ogranicza się z natury rzeczy do traktowania niedorozwiniętego lub też patologicznie zmienionego narządu rodnegο na tle konstytucjonalnem. Należą tutaj zabiegi tak ogólnie znane, że nie będę o nich specjalnie się rozpisywał. Są to więc albo zabiegi mające na celu wywołanie dodatniego efektu drogą mechaniczną, a więc np. masaże, tampony i inne, zapomocą których staramy się albo wywołać przekrwienie bierne, albo też chcemy czysto mechanicznie rozszerzyć i pogłębić pochwę i sklepienia pochwowe, naprawić położenie macicy i t. d. Z kolei idą zabiegi, które starają się drogą miejscowego podwyższenia ciepłoty,

jak gorące nasiadówki, nagrzewanie diatermją, doprowadzić do rozpułchnienia, powiększenia a nawet wzmocnienia narządu rodneg. Są to jednak rzeczy podręcznikowe, nad którymi rozwodzić się nie mamy zamiaru. Podkreślić tylko pragniemy, że w Klinice lwowskiej stosowaliśmy na dużym materiale nagrzewanie diatermją tak w sprawach zapalnych jak i w niedorozwoju narządu rodneg i uważamy ten sposób leczenia w łączności zresztą z innemi zabiegami za dobry i prowadzący do celu.

Do ogólnego leczenia należy również kwestja odpowiedniego odżywienia niepłodnych. Dominującą rolę w tem zagadnieniu odgrywa kwestja witamin, a specjalnie t. zw. witaminy płodności E, wykrytej przez Evansa i Burra drogą badań eksperymentalnych na zwierzętach. Evans i Burr wykazali niewątpliwy wpływ tej witaminy na płodność u zwierząt, jako też wyraźny związek z przysadką, ściślej mówiąc z jej komórkami bazofilnemi. Z innych witamin pozostają w pewnym związku z narządem rodnym witamina A i t. zw. witamina C o w a r d a, znane również pod nazwą witamin gonadotropowych. Znany już jest obecnie ogólnie niekorzystny wpływ otyłości względnie pewnych rodzajów otyłości na płodność kobiety. Otyłość jest jednak — naszym zdaniem — zaburzeniem wynikiem z przyczyn raczej natury endogenicznej, wkrewno-konstytucjonalnej, niż bilansowej. Stąd leczenie jej musi iść znacznie głębiej i nie ograniczać się do zarządzeń czysto dietetycznych, gdyż w przypadkach tych ta sama przyczyna, która usposabia do otyłości, powoduje niepłodność. Otyłość natomiast bilansowa wydaje się nam być bez większego znaczenia dla omawianego zagadnienia.

Najbardziej celowem leczeniem infantylizmu i innych wad rozwojowych powinno być wpływanie na odpowiednie gruczoły wkrewn, które ze swej strony mają wpływ na narząd rodny w szczególności i na wtórne cechy płciowe i na cały organizm w ogólności, innemi słowy leczenie hormonalne. Ze względu na kapitalną rolę, jaką w odniesieniu do narządu rodneg odgrywa jajnik, musimy w leczeniu wszelkiego niedorozwoju tego narządu brać przede wszystkim pod uwagę hormonoterapię jajnikową. Do tych celów używamy obecnie wyłącznie krystalicznych, dokładnie cechowanych preparatów jajnikowych (menformon, gynoestryl, owarjohormon) i to przeważnie drogą pozajelitową. Ostatnio stosujemy również podawanie per os dwuhydrofolikuliny, która wykazuje silne działanie z powodu zastąpienia w zwykłej folikulinie

grupy ketonowej grupą alkoholową. Do leczenia folikulinowego dołączamy prolan w odpowiednich, nadających się do tego przypadkach. Długoletnie obserwacje kliniczne na dużym materiale upoważniają nas do stwierdzenia szeregu wybitnych efektów po leczeniu hormonalnem, o czym zresztą zdawaliśmy już wielokrotnie sprawę na innem miejscu. Niemniej jednak zaznaczyć musimy, że istnieje cała grupa wad i zaburzeń konstytucyjno-rozwojowych tak dalece posuniętych, że mają nieledwie charakter zmian nieodwracalnych. W tych przypadkach leczenie hormonalne, jak i każde zresztą inne, jest bezskuteczne. Czy winą tego jest stosunkowo mała znajomość fizjologii żeńskich hormonów płciowych, a co zatem idzie niemożność ustalenia optymalnego dawkowania tych hormonów, czy też przyczyna leży w samem nasileniu i zaawansowaniu tych wad, nie możemy chwilowo rozstrzygnąć.

W szeregu przyczyn wywołujących lub też przyczyniających się do niepłodności, zajmują wybitne miejsce również inne gruczoły wkrwne a specjalnie przysadka, tarczyca a nawet nadnercza. Wiadomo bowiem, że wszelkie większe schorzenia gruczołów wkrwnych, jak morbus Basedowi, Addisoni, myxoedema, dystrophia adiposo-genitalis, akromegalia, że wymienię tylko najważniejsze — powodują stałą lub też czasową niepłodność. Wynikałoby z tego, że organizm kobiety potrzebuje pewnego optimum stanu gruczołów do możliwości zajścia w ciążę, jak również, iż zbyt wielkie wychylenia w równowadze gruczołowej jako też zbyt znaczne zaburzenia w ich zakresie wyraźnie nie sprzyjają płodności. Dlatego też leczenie niepłodności wymaga dużej znajomości gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i ustalenia każdorazowo t. zw. formuły inkretologicznej badanej kobiety, celem zastosowania odpowiedniego przyczynowego leczenia. Z tego samego powodu nie powinniśmy ograniczać się do stosowania tylko preparatów jajnikowych, lecz w miarę potrzeby i wskazania podawać i inne gruczoły, aby wypełnić istniejącą w danym organizmie lukę.

Osobny rozdział leczenia zaburzeń hormonalnych tworzy promieniolecznictwo. Zanim zrozumiano sens i mechanizm działania energii promiennej, rozpoczęto już próby wpływania na gruczoły wkrwne promieniami Roentgena i radu, używając jednak do tego dawek bardzo małych. Naświetlanie jajników w celach leczniczych, specjalnie celem wywołania perjodu u niemiesiączkujących datuje się od roku 1915 i już wtedy nosiło nazwę leczenia drażniącego. Van den Velden, który właśnie pierwszy zaproponował po-

wyższe leczenie, wskazywał równocześnie na możliwość i niebezpieczeństwo przedawkowania. Szereg autorów stosowało omawiane leczenie ze zmiennem szczęściem, dzieląc się na dwa obozy: zwolenników i zasadniczych przeciwników tej metody. Czołowym przedstawicielem zwolenników był Seitz, który uważał, że nie ma żadnych przeciwwskazań do naświetlania jajników, jeżeli zachowuje się wszystkie środki ostrożności i używa się małej dawki, dawkując jednak dokładnie (1/10 HED). Odmiennego zdania był Holzknecht, który przestrzegał przed podobną terapią, wskazując na trudności w dawkowaniu, a przez to na możliwość wywołania trwałych uszkodzeń w jajnikach. Zdanie to podziela obecnie większość autorów, zmienił się tylko sposób tłumaczenia mechanizmu działania promieni Roentgena na jajniki. Podczas gdy doniedawna uważano, że promienie Roentgena wywierają na jajniki jak i na inne gruczoły pewnego rodzaju działanie drażniące, to obecnie zaczyna przeważać zdanie, że wpływ ich polega na usuwaniu najrozmaitszych zahamowań i zaburzeń w jajnikach drogą niszczenia pęcherzyków nieprawidłowych, patologicznych. Poza jajnikami naświetla się obecnie również i inne gruczoły, jak przysadkę i tarczycę, a to celem wyregulowania czynności jajników drogą korelacyjnych zadziałań. Niemniej jednak dział t. zw. słabych naświetlań gruczołów wkrewnych, wykazujący w innych dziedzinach bardzo piękne rezultaty, nie daje w leczeniu niepłodności — jak dotychczas — oczekiwanych wyników.

VI.

Leczenie operacyjne niepłodności umieszczamy z umysłu na końcu. Uważamy bowiem, że do otwarcia jamy brzusznej z tego wskazania należy się uciekać dopiero po wyczerpaniu wszystkich sposobów leczenia zachowawczego, gdy to ostatnie zawiodło. Jesteśmy bowiem zdania, że leczenie operacyjne daje stanowczo mniej szans wyleczenia niż wspomniane metody zachowawcze i że nadto powaga i ryzyko zabiegu nie stoi w żadnym stosunku do wyników pooperacyjnych, które, jak dotychczas, są bardzo nikłe. Mamy tu na myśli oczywiście tę grupę zabiegów operacyjnych, które się wykonuje z powodu niedrożności trąbek, pozostawiając na boku takie operacje, jak usunięcie włókniaków lub innych zmian nowotworowych macicy i jajników, które zasadniczo do tematu nie należą.

Zabiegi, mające przywrócić drożność trąbek względnie komunikację jajnika z jamą macicy, można podzielić na trzy grupy. Naj-

prostszy i najłatwiejszym zabiegiem jest salpingostomia, którą się wykonuje na granicy pomiędzy drożną a niedrożną częścią trąbki; następnym rodzajem operacji jest wszczepienie trąbki do macicy, a wreszcie wszczepienie jajnika do macicy. Każda z tych operacji wykonuje się oczywiście z innego wskazania. I tak salpingostomię można wykonać tylko przy utrzymanej drożności trąbki w części przymacicznej, wszczepienie trąbki uskutecznia się przy niedrożności w części przymacicznej, natomiast jajnik wszczepia się do macicy, jeżeli wogóle nie mamy do dyspozycji odpowiedniej partji zdrowej trąbki.

Odsetek zajścia w ciążę po powyższych operacjach, które są sui generis operacjami plastycznymi w zakresie trąbek, jest bardzo nieznaczny. Sam twórca salpingostomii A. Martin donosi o dwóch przypadkach zajścia w ciążę na 65 — wszystkich przez siebie operowanych. Gellhorn naliczył do roku 1911 tylko trzynaście pozytywnych wyników z całego piśmiennictwa światowego. Thaler, Seitz i inni donoszą wprawdzie o kilku przypadkach, zakończonych zajściem w ciążę, lecz dodają, że wszystkie one skończyły się poronieniem. Prochownik, Fuchs, Winter i Kehrer opisują łącznie sześć przypadków donoszenia ciąży po operacyjnych zabiegach. Estes, autor nowej metody wszczepiania jajnika do rogu macicy, podaje w swojej statystyce, obejmującej łącznie sto przypadków, tylko cztery o wyniku dodatnim, z tego dwie ciążę donosiły, a dwie skończyły się poronieniem.

Jak z powyższego krótkiego zestawienia jasno wynika, wynik omawianych operacji jest bardzo skromny. Statystykę przypadków dodatnich pogarsza ta okoliczność, że i z tych dodatnich przypadków przynajmniej około 50% kończy się poronieniem i to we wczesnych miesiącach. Te i inne już wyżej podniesione momenty zmuszają nas do sceptycznego zapatrywania się na wartość operacyjnego leczenia niepłodności w dobie obecnej.

Nakoniec kilka słów o zabiegu, który — jak dotychczas — może się poszczycić stosunkowo nielicznymi dodatnimi wynikami, a który teoretycznie powinien mieć w przyszłości widoki powodzenia, t. j. o sztucznem zapłodnieniu.

Wskazanie do zastosowania sztucznego zapłodnienia może być dwojakie: t. j. ze strony mężczyzny i kobiety. Ze strony mężczyzny zachodzi ono wtedy, jeżeli jakiegokolwiek stany patologiczne uniemożliwiają zdeponowanie plemników w pochwie, lub też istnieją zaburzenia, które powodują niemożność przejścia plemników do cieczy

nasiennej. Pierwsza możliwość zachodzi wskutek zaburzeń w procesie erekcji najrozmaitszej przyrody (wierzchniactwo i spodzieiectwo, subnormalnie mały rozmiar członka lub jego wygięcia i wykrzywienia, wodniak, słoniowatość moszen) i wreszcie różne rodzaje impotencji i zaburzenia w wytryskiwaniu nasienia (wytrysk przedwczesny, brak cieczy nasiennej wskutek zamknięcia dróg odprowadzających).

Wskazanie do stosowania sztucznego zapłodnienia ze strony kobiety ma miejsce, gdy nasienie albo mimo zdeponowania w pochwie nie dostaje się do macicy z powodu przeszkód natury mechanicznej w szyi macicy, czy też ze względu na powrotne wypływanie cieczy nasiennej, czy też wreszcie wskutek niszczenia plemników przez wydzielinę pochwy — lub też wogóle nie dostaje się nawet do pochwy (atresia vaginae i t. d.).

Przed wykonaniem sztucznego zapłodnienia powinniśmy przestrzegać zaistnienia trzech warunków: 1. stwierdzenia ponad wszelką wątpliwość obecności prawidłowych i zdolnych do zapłodnienia plemników, 2. prawidłowych, zdolnych do zapłodnienia jajek i wreszcie 3. wykluczenia jakichkolwiek przeszkód w połączeniu się plemników z jajkiem w wyższych drogach narządu rodne go. Warunek drugi jest w warunkach obecnych tylko *pium desiderium*, gdyż nie mamy narazie możności stwierdzenia stanu jajek w organizmie kobiety.

Sposób przeprowadzenia sztucznego zapłodnienia jest bardzo prosty. Zależnie od wskazania i od potrzeby stosujemy zapłodnienie dopochwowo lub też domacicznie. W pierwszym przypadku wlewamy ciecz nasienną, uzyskaną drogą *coitus condomatus* lub też nawet *per masturbationem* do pochwy w wziernikach mlecznych lub łyżkowych, w drugim używamy strzykawki Brauna, zapomocą której umieszczamy nasienie w jamie macicy w ilości około 1 cm³. Pacjentka winna być utrzymywana w jakiś czas potem w odpowiednim położeniu z wysoko uniesionemi pośladkami.

Uwzględniając najnowsze wyniki doświadczeń odnośnie do czasu jajeczkowania, ustalające jego termin na 15 dzień po perjodzie, radzimy stosować i stosujemy sztuczne zapłodnienie w 15 i 21 dniu po perjodzie. Częstość stosowania sztucznego zapłodnienia zależna jest od rodzaju metody. Metody dopochwowej możemy używać dowolnie często w odróżnieniu od wlewań domacicznych, których liczbę z konieczności należy ograniczyć. Niemniej jednak uważamy jednorazowe zapłodnienie za niewystarczające i jesteśmy zdania, że

należy do pewnego stopnia naśladować przez kilka a nawet kilkanaście zabiegów fizjologiczne procesy zapłodniania, wychodząc z założenia, że niezawsze coitus wykonany w najodpowiedniejszych warunkach i najbardziej optymalnym czasie musi prowadzić do zaiscia w ciążę.

W Klinice lwowskiej stosowaliśmy sztuczne zapłodnienie u kilku zaledwie pacjentek, jednak — jak dotychczas — bez wyniku. Statystyka zaisć w ciążę po takim zapłodnieniu w piśmiennictwie światowym jest skromna i raczej niekorzystna. Wynik dodatni można osiągnąć najłatwiej i osiąga się też go w istocie w przypadkach wskazań ze strony męża, t. j. w zaburzeniach wzwodu i wytrysku. Sztuczne zapłodnienie, wykonane ze wskazania na kobietę, ma skromne widoki powodzenia. Niemniej jednak tak w operacjach plastycznych trąbek, jak i sztucznem zapłodnieniu uzyskamy napewno lepsze wyniki w miarę udoskonalenia metod postępowania i narastania doświadczeń.

DR. BRONISŁAW STEPOWSKI, KRAKÓW.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobietych Uniw. Jag. w Krakowie.
(Dyrektor: prof. dr. J. Zubrzycki.)

W SPRAWIE WARUNKÓW UŁATWIAJĄCYCH ZAPŁODNIENIE.

Zagadnieniem stałej i względnej nieplodności zajmowano się już dawno, ale omawiano zazwyczaj sprawy te wspólnie, co prowadziło do ujmowania ich w sposób jednostronny i w założeniu swoim nie odpowiadający istocie samego problemu. Nie ulega bowiem wątpliwości, że nieplodność stała czyli bezwzględna, polegająca na zupełnej niemożności płodzenia dzieci, jest wadą ustroju, uwarunkowaną pewnymi zmianami anatomicznymi, bądźto uniemożliwiającymi na stałe sam akt spółkowania, bądźto nie dopuszczającymi do połączenia się plemnika z jajkiem, a których charakter jest jednak tak poważny, że rozpoznanie nie przedstawia zasadniczo większych trudności. W praktyce główne znaczenie ma jednak nieplodność względna, którąby raczej należało określić mianem zmniejszonej płodności i która, jako jednostka chorobowa, musi wykazywać szereg odmian i stopni od wypadków najlżejszych do najcięższych.

Zależy ona, jak to już same jej miano wskazuje, od szeregu czynników, których istnienie jest następstwem pewnych wrodzonych lub nabytych stanów, pewnych przypadłości, obcych z reguły tak męskiemu, jak żeńskiemu ustrojowi, a wywołanych najczęściej warunkami, w jakich znalazł się ten ustrój w ciągu życia i jakie powodują tylko utrudnienie, czasowe lub stałe, w procesie połączenia się komórek płciowych męskich i żeńskich. Upośledzenie zdolności płodzenia dotyczyć może zarówno kobiety, jak mężczyzny i wina braku potomstwa leżeć może po jednej lub po drugiej stronie. Jakkolwiek twierdzenie to nie ulega wątpliwości, nie da się zaprzeczyć, że zagadnienie względnej nieplodności łączone, jak dotąd, stale

z badaniami, dotyczącymi przyczyn odchyień prawidłowej płodności przede wszystkim u kobiet, które w praktyce czyniono odpowiedzialnymi za brak potomstwa w małżeństwie. Z tych powodów sprawa zarówno rozpoznania, jak i leczenia niepłodności kobiet w przeciwieństwie do leczenia i rozpoznawania jej u mężczyzn, skierowana została na tory bardziej odpowiednie i poddana bardziej wyczerpującym badaniom.

Mimo wszystko jednak rozpoznanie przyczyn kobiecej niepłodności w wielu przypadkach jest nadal utrudnionem, a czasami wręcz niepodobnem. Nie da się bowiem zaprzeczyć wobec uznanego powszechnie twierdzenia, określającego płodność u ludzi wogóle jako wielkość zmienną, zależną od jednostki i warunków, że odnosi się to przede wszystkim do kobiety, u której zagadnienie *czyli* płodności i niepłodności odgrywa rolę pierwszorzędną. Nie zmienia to w niczem faktu, że ocenianie kobiecej płodności i wszelkie poczynania, mające na celu zwiększenie tejże, bez upewnienia się o zdolności płodzenia mężczyzny, jest rzeczą wobec dzisiejszych zapatrywań niedopuszczalną. Zupełnie słusznem wydaje się też twierdzenie Nürnbergera, że dla lekarza nie istnieją niepłodne kobiety, ale wyłącznie niepłodne stadła.

Przyjawszy, jako fakt udowodniony przez rozliczne statystyki, że mąż jest w dwóch trzecich przypadków bezpośrednią lub pośrednią przyczyną niepłodności małżeńskiej, należy podkreślić, że w pozostałej jednej trzeciej części ogólnej liczby przypadków niepłodności, zależnej wyłącznie od kobiety, zaledwie nieznaczny odsetek przypada na powody bezwzględnie uniemożliwiające zajście kobiety w ciążę. Poza wadami rozwojowymi części płciowych, poza ciężkimi schorzeniami jajowodów i jajników, wszelkie powody niepłodności w zakresie narządów rozrodczych kobiety są względne, t. zn. mogą ale nie muszą nie dopuścić do zapłodnienia (*infantilismus*, *stenosis ostii externi*, *hyperanteflexie*, *retroflexie uteri* i t. d.). Z tych względów z punktu widzenia leczniczego rzeczą pierwszorzędnej wagi jest wykorzystanie wszystkich czynników, które stwarzają szczególnie korzystne warunki dla zajścia w ciążę i ustrzeżenie się od stanów zdolność płodzenia upośledzających.

Na plan pierwszy wysunęła się w tej dziedzinie w ostatnich latach znowu sprawa fizjologicznej, okresowej niepłodności kobiety a więc i fizjologicznego stanu największej jej płodności. Sprawa ta, która od dłuższego czasu była przedmiotem szeregu coraz bardziej poważnych badaczy (*Capelmann*, *Siegel*, *Pryll*, *Jäger*, *Ruge* i t. d.)

zdawała się być dotąd przesądzoną w kierunku ujemnym na podstawie statystyk i wykresów, opartych głównie na materiale zebranym podczas wojny.

Badaczem, który świeżo pokusił się o rozwiązanie tego zagadnienia na podstawie zupełnie oryginalnych doświadczeń i osiągnął wyniki bardzo ciekawe był K n a u s. Udało mu się, po pierwszych próbach, wykonanych na królikach, udowodnić, że i u kobiety miesiąc maciczny po dokonaniem jajeczkowania staje się mniej wrażliwy na działanie hormonu tylnej części przysadki mózgowej. Wykazał on, że u kobiety miesiączkującej w odstępach 28-dniowych działanie pituitryny na miesiąc maciczny staje się coraz słabsze od 14 dnia po rozpoczęciu się miesiączki, aby w dniu 16-tym zupełnie zaniknąć. Knaus wyprowadził z tego wnioszek, zgodny z zapatrywaniami Fränkla i Schroedera, że jajeczkowanie kobiety, miesiączkującej w odstępach 28—30-dniowych, przypada na 14—16 dzień po rozpoczęciu się ostatniej miesiączki i że w następstwie tego kobieta prawidłowo miesiączkująca w odstępach czterotygodniowych może zejść w ciążę tylko między 11—17 dniem cyklu miesiączkowego.

Do podobnych zupełnie wyników przyszedł na podstawie czysto klinicznego spostrzegania O g i n o, który w odróżnieniu od Knausa stwierdza związek przyczynowy jajeczkowania z miesiączką następową a nie poprzedzającą, również w myśl ogólnie już dziś uznanych zapatrywań (Schroeder, Hitschmann, Adler i t. d.). Kliniczne spostrzeganie Ogino przyczyniło się do usunięcia resztek wątpliwości odnośnie do czasu jajeczkowania i umożliwiło określenie go ściśle na 12—16 dzień przed następową miesiączką. Ponieważ Ogino przyjmuje w przeciwieństwie do Knausa, że żywotność plemników utrzymuje się przez 4—8 dni a nie, jak podawał Knaus, tylko przez trzy dni, okres, w którym kobieta może zejść w ciążę trwa w cyklu 28-dniowym od 12—19 dnia przed miesiączką spodziewaną t. zn. od 11—18 dnia po rozpoczęciu się ostatniej miesiączki. W innych cyklach miesiączkowych okres ten odpowiednio się przesuwają.

Nie da się zaprzeczyć, że mimo zupełnej zgodności spostrzeżeń Ogino z wynikami osiągniętymi doświadczalnie przez Knausa, zagadnienia okresowej płodności kobiety nie można jeszcze uważać za rozwiązane. Jak dotąd pozostają nierozstrzygniętymi w tej dziedzinie trzy problemy: a) po pierwsze, czy niemożliwym jest wywołanie nagłego pęknięcia pęcherzyka Graafa podczas stosunku (Bolaffio) względnie, czy niemożliwym jest zaistnienie jajeczkowania do-

datkowego; b) po drugie, czy plemniki nie mogą zachować żywotności przez czas dłuższy w pewnych ściśle określonych warunkach np. w środowisku oddziaływującym silniej zasadowo; c) po trzecie, czy żywotność jajka kobiecego względnie możliwość zapłodnienia go nie da się w pewnych warunkach przedłużyć.

Do dzisiejszego dnia nierozwiązana kwestja żywotności plemników nastęrcza trudności tem większe, że zachowanie się ich w narządach rodnych zwierząt żywych i nieżywych nie jest takie same, jak wykazały doświadczenia Böhnego i Höhna, którzy stwierdzili, że tkanka martwa zdaje się wpływać dodatnio na przedłużenie ich ruchliwości. Naogół jednak, jakkolwiek znane są przypadki nachodzenia żywych plemników w narządach rodnych po upływie szeregu dni, jakkolwiek doświadczalnie stwierdzono (Guggenberger), że można je utrzymać w temperaturze 37° C nawet przez dwa tygodnie, należy przyjąć, że zdolne są one do zapłodnienia z reguły tylko przez krótki okres czasu, w każdym razie nie przekraczający kilku dni, o ile nie zajdą okoliczności żywotność ich wzmagające.

Sprawa żywotności kobiecego jajka i jego zdolności opierania się wpływom szkodliwym w obrębie kanału rodnego wymaga również dalszych badań. W myśl zapatrywań Fränkla i Schroedera żyje ono przeciętnie 2—3 dni i jest naogół wrażliwsze na czynniki szkodliwe (np. promienie Roentgena) niż plemnik. Zresztą, możliwem jest również w teorii upośledzenie zdolności żywotnej jajka już w obrębie pęcherzyka Graafa. Podobnie i sprawa wzmoczenia się odporności jajek pod działaniem pewnych bodźców jest dotąd niedostatecznie oświetloną tak, że zupełnie zrozumiałą jest rezerwa, z jaką odnoszą się autorowie, kiedy chodzi o określenie czasu, w jakim jajko winno być zapłodnione.

O ile te ostatnie problemy pozostają jeszcze otwartemi i wymagają dalszych spostrzeżeń, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przedwczesne względnie dodatkowe jajczkowanie u kobiety w przeciwieństwie do innych zwierząt ssących (np. kota, królika i t. d.) nie wchodzi w rachubę. Świadczą o tem nietylko ogłoszone w ostatnim czasie wyniki dalszych doświadczeń Knausa, ale i znane dziś powszechnie spostrzeżenie, że w cyklu miesięczkowym kobiety obok okresowych przemian w jajniku przychodzi i do okresowych zmian w innych narządach (błona śluzowa jamy macicy). W istocie, gdyby akt spółkowania względnie jakieś inne bodźce wywoływały dodatkowe jajczkowanie, cały cykl miesięczkowy uległby zaburzeniom, jako od niego zależny.

Gdybyśmy jednak przyjęli, jako kwestję otwarte zagadnienia żywotności plemników względnie jajek, to i tak należałoby podkreślić, że sprawa ta ma znaczenie tylko, jeśli chodzi o określenie czasowej, fizjologicznej niepłodności kobiety. Nie zmienia ona w niczem zapatrywań na istnienie okresów, w których ustrój kobiecy szczególnie nadaje się do zapłodnienia i nie występuje przeciw przyjęciu pewnego optimum dla zapładniającego stosunku płciowego w czasie od 12—19 dnia przed spodziewaną miesiączką wzgl. w czasie od 12—16 dnia po rozpoczęciu się miesiączki przebytej, u kobiety zdrowej, miesiączkującej co 28—30 dni.

Trzeba tu jednak zwrócić uwagę na okoliczność, że badania Knausa i wyprowadzone z nich wnioski odnoszą się, jak to zresztą sam autor podkreśla, do kobiet zupełnie zdrowych. Jest to ważna poprawka, gdyż liczba kobiet, których części rodne są zupełnie zdrowe jest bezsprzecznie ograniczona. Ale i w tym wypadku niemożność ścisłego określenia bez dłuższego spostrzegania czasu, w którym kobiety te jajeczkują, a co za tem idzie niemożność obliczenia czasu ich fizjologicznej niepłodności ma w praktyce większe znaczenie, kiedy chodzi o ustrzeżenie się od ciąży, niż ewentualne błędy w obliczeniu czasu największej płodności, ulegającego pewnemu przyśpieszeniu lub opóźnieniu.

Podane w ostatnich czasach przez Smuldersa obliczenia odnośnie do rozmaitych cykli miesiączkowych i oznaczanie okresów płodności i niepłodności kobiety mogą służyć do orientacji, ale nie są oparte na niewzruszonych podstawach wobec wspomnianych już wyżej zastrzeżeń. Jest jednak możliwe, że dalsze badania przyniosą w tym kierunku zmianę na lepsze tem bardziej, że oparte są bezsprzecznie na podstawach naukowych. W każdym razie dotychczasowe wyniki ich zdają się uprawniać do twierdzenia, że w cyklu miesiączkowym istnieje dla zapłodnienia kobiety pewne optimum i pewne pessimum zależnie od jajeczkowania w okresach, które raczej odpowiadają zapatrywaniom starożytnych, niżli autorów z końca ubiegłego i początku obecnego stulecia.

W pewnej zależności od cyklu miesiączkowego jest odczyn wydzieliny błony śluzowej pochwy i macicy, który ma wielkie znaczenie dla żywotności i ruchliwości plemników. Jest to sprawa nieożytna dla samego aktu zapłodnienia, jak wykazały nietylko doświadczenia Nürnbergera, ale i szeregi prac dawniejszych. Żywotność plemników wzmagą się, jak wiadomo, w środowisku zasadowym. Stopień kwasoty pochwy jest zaś największym właśnie

w ostatnich dniach cyklu miesięczkowego. Dlatego należałoby przyjąć, że dni te dla aktu zapłodnienia nie są i z tego względu a priori korzystnymi, a jeśli przyjmie się dodatkowo, że właśnie w tym okresie wytwarza się ciało żółte, wywierające wpływ hamujący na jajczkowanie, przyjęćby należało, że zajście w ciążę w czasie poprzedzającym wystąpienie miesiączki jest w praktyce właściwie niepodobieństwem. Stosunki zmieniają się jednak już z chwilą pojawienia się krwawienia, gdyż wówczas zmienia się odczyn pochwy, a wobec zaistnienia warunków wzmagających żywotność i ruchliwość plemników możliwem byłoby zapłodnienie po stosunku płciowym, dokonanym w czasie miesiączki i bezpośrednio po niej, jakkolwiek czas ten nie stanowi dla niego optimum. Podkreślić należy, że przedwczesna zmiana odczynu pochwy na bardziej do zasadowego zbliżony mogłaby również prowadzić do pewnych odchyłeń, nieobojętnych dla aktu zapłodnienia w okresie zasadniczo dla niego nieodpowiednim przez stworzenie warunków, wpływających dodatnio na plemniki i utrzymywanie się ich ruchliwości. W każdym razie należy przyjąć za pewnik, że obumieranie plemników w pochwie pozostaje w prostym stosunku do wzrostu odczynu kwaśnego, a ich żywotność wzmagają się w miarę przesuwania się tegoż w kierunku zasadowym. Rzecz prosta próbować można zawsze wstrzykiwania płynów, które kwasotę pochwy zmniejszają i stwarzają warunki lepsze dla ruchliwości plemników. Do takich należą roztwory cukru gronowego 5—10% z kalium causticum 1 : 1000—2000, roztwory natrium bicarbonicum i t. p. Stosowanie ich winno być tem bardziej zalecane, gdyż przypadki silniejszej niż zazwyczaj kwasoty pochwy są częstsze, niż się przyjmuje. Bądź co bądź jednak, w warunkach fizjologicznych, właśnie ze względu na niski stopień kwasoty pochwowej, optimum dla zapładniającego stosunku przypadałoby w okresie międzymiesiączkowym, a więc pokrywałoby się również z zaleceniami Knausa i Ogino, jako też z dawniejszemi spostrzeżeniami Gräfenberga, który pierwszy zwrócił uwagę na zależność odczynu kwaśnego pochwy od jajczkowania i na zmniejszanie się kwasoty w okresie pęknięcia pęcherzyków Graaffa.

Należy jednak pamiętać, że prawidłowo oddziaływująca wydzielina pochwy posiada oprócz ściśle określonego stopnia kwasoty i inne właściwości, które zdolne są wpływać na ruchliwość plemników. Doświadczenia Weila zdają się przemawiać za szkodliwym wpływem na plemniki wydzieliny przy tego rodzaju sprawach chorobowych, jak vaginitis i endometritis, najprawdopodobniej wskutek

rozległych zmian w jej chemizmie i znachodzeniu się w niej składników nieprawidłowej przemiany materji oraz produktów pochodzenia bakteryjnego.

Pewien wpływ na niepłodność może mieć również czysto mechaniczne wypłókiwanie plemników przez zbyt obfitą wydzielinę błon śluzowych części rodnych. Nie ulega wątpliwości, że wydzielina ta w przebiegu ostrych spraw zapalnych wywiera wpływ zdecydowanie szkodliwy, ale w sprawach chronicznych nie można jej przypisywać w tym względzie większego znaczenia (Nürnbergger). Bądź co bądź jednak, leczenie t. zw. upławów, zwłaszcza szczególnie obfitych, zwiększa szanse zajścia kobiety w ciążę i winno być powszechnie zalecane. Na szczególną uwagę zasługuje zachowanie się śluzu szyjki macicznej (czop śluzu Kristellera), któremu przypisywano oddawna wielkie znaczenie, zwłaszcza w przypadkach niepłodności, uwarunkowanej zamykaniem się kanału szyjki (stenosis cervicis). Podkreślić należy, że w tych przypadkach mamy jednak do czynienia z zespoleniem się szkodliwych dla płodności czynników. Kanał szyjki jest bowiem zazwyczaj przy stenosis cervicis dłuższy niż normalnie, może pomieścić większą ilość śluzu tak, że oprócz czynnika chemicznego, jakim jest zmieniony najprawdopodobniej naówczas śluz, wędrujące ku górze plemniki spotykają się z przeszkodą mechaniczną i to na dłuższej, niż zazwyczaj, przestrzeni. Na okoliczność tę zwracało uwagę szereg autorów (Fritsch, Freund, Bumm i t. d.), którzy podkreślali galaretowaty, bardzo spoisty charakter tego śluzowego czopa, stanowiącego dla przejścia plemników w pewnych warunkach poważny szkopuł. Stąd dążność do usuwania niepożądanego śluzu z jednej strony przez stosowanie przepłókiwań pochwy płynami zasadowymi, z drugiej do ułatwiania w tych przypadkach drogi plemnikom przez rozszerzanie mechaniczne kanału szyjki.

Ważną rolę naogół odgrywa w akcie zapłodnienia prawidłowy przebieg samego spółkowania, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że nie jest on nieodzownym warunkiem zajścia kobiety w ciążę. Wprawdzie nie mamy, jak dotąd, jasnego poglądu na poszczególne jego fazy, ale dziś już nie ulega kwestji, że macica a może jajowody odgrywają w akcie spółkowania rolę czynną i zachowanie się ich ma za zadanie umożliwienie jak najrychlejszego przedostania się plemników do górnych dróg rodnych. Pominąwszy wstrzyknięcie nasienia podczas stosunku płciowego wprost do cavum uteri, co należy uważać u człowieka za zjawisko wyjątkowe, wypada przy-

jąc, opierając się na spostrzeżeniach takich autorów, jak Hohl, Litzmann, Marion, Sims, Freund, że macica podczas aktu spółkowania nie tylko obniża się pod wpływem zadziałania tłoczni brzusznej, ale i ulega skurczom, w wyniku których zdolna jest wessać do kanału szyjki przebywające w pobliżu ujścia zewnętrznego plemniki. Z tych względów nie jest obojętną rolą t. zw. receptaculum seminis w tylnym odcinku pochwy, z którego po stosunku plemniki przewędrują wprost do kanału szyjki. Zależność prawidłowego aktu spółkowania od systemu wegetatywnego i nerwów mózgowordzeniowych jest rzeczą dawno znaną, a wobec udziału w nim macicy, jako czynnika ułatwiającego wessanie plemników do górnych odcinków kanału rodowego nie można zaprzeczyć, że pewne znaczenie dla ewentualnego zapłodnienia ma i prawidłowy orgasmus, któremu skurcze macicy towarzyszą.

Zespolenie się komórek płciowych męskich i żeńskich umożliwione jest wogóle dzięki czysto nerwowym procesom, określanym mianem libido, erectio, orgasmus i ejaculatio. U kobiety wchodzi w grę tylko dwa z nich, t. j. libido i orgasmus, a więc wszelkie zaburzenia nerwowej natury, którymby można przypisać winę kobiecej niepłodności polegają na nieprawidłowym przebiegu albo jednego (frigidity muliebris) albo drugiego procesu (dyspareunia). Etiologia tak pierwszego, jak i drugiego cierpienia jest różnorodna a leczenie ich w niektórych przypadkach należy do wyjątkowo trudnych. Naogół należy przyjąć, że każdy stosunek płciowy, który przebiega z możliwie równoczesnym orgasmus kobiety i mężczyzny zwiększa możliwość zapłodnienia (Kehrer, Van der Velde), wobec wystąpienia pewnych czynności odruchowych, które wpływają korzystnie na przedostanie się jak najrychlejsze plemników do wnętrza macicy. Rola systemu nerwowego nie ogranicza się do bezpośredniego wpływu na akt spółkowania względnie zapłodnienia. Nie ulega dziś żadnej wątpliwości, że czynności gruczołów płciowych podlegają wpływom nerwowym i psychicznym o dużym zakresie. Każdy uraz psychiczny (obawa, podniecenie, nawet wyczekiwanie) zdolny jest, jak wiadomo, powstrzymać wystąpienie miesiączki. Z drugiej strony wystąpienie jej uzyskano niejednokrotnie drogą sugestji. Nie jest więc rzeczą wykluczoną, że wpływy psychiczne mogą zmienić nie tylko proces dojrzewania jajka, ale i budowę molekularną komórek płciowych.

Już sama budowa anatomiczna narządów rodnych kobiety wskazuje, że i sposób odbycia spółkowania nie jest dla sprawy tej

obojętny i że szanse zajścia w ciążę będą większe im głębiej zostanie wprowadzone prącie do pochwy. Pozycja kobiety podczas aktu płciowego, umożliwiającą pozostawanie złożonego w pobliżu ujścia zewnętrznego nasienia także i po przejściu orgasmus, wpływa w myśl tego założenia dodatnio, podczas gdy odbycie spółkowania tak, aby nasienie mogło zaraz z pochwy wypłynąć (np. w *positio ventralis*) szanse zajścia w ciążę zmniejsza.

Wszelkie trudności i niebezpieczeństwa, wypływające z pewnych właściwości cielesnych małżonków, dadzą się usunąć przez przyjęcie podczas stosunku płciowego odpowiedniej pozycji a i wszelkie odchylenia od normy w anatomicznej budowie ciała kobiecego dadzą się również w ten sposób poprawić lub obejść. Odnosi się to przedewszystkiem do wolnego tyłozgięcia macicy, które odgrywa pewną, chociaż niedużą, rolę w etiologii niepłodności. W istocie, nie da się zaprzeczyć, że odprowadzenie tyłozgiętej macicy umożliwia zajście w ciążę w niektórych przypadkach u kobiet, które cierpiały na niepłodność szereg lat (Küstner). Obejściem tego błędu anatomicznego byłoby zatem wykonywanie spółkowania w *positio obversa*, która umożliwia złożenie nasienia w pobliżu ujścia zewnętrznego u kobiet cierpiących na tyłozgięcie. W przypadkach, kiedy część pochwową leży niżej, a więc w przypadkach obniżenia się macicy i skłonności jej do tyłozgięcia, jak się to często zdarza po pierwszym porodzie względnie w przypadkach, kiedy tylne sklepienie pochwy jest a priori bardziej płaskie, wskazanem jest również w myśl tego założenia spółkowanie w pozycji grzbietowej z silnie przykurczonemi przez kobietę w biodrach udami, gdyż w tej pozycji wprowadzenie prącia zbyt głębokie staje się niemożliwe i nasienie złożone zostaje mniej więcej w połowie długości tylnej ściany pochwy, t. j. na wysokości ujścia zewnętrznego.

Rzecz prosta, odnoszenie niepłodności wyłącznie do zmian w położeniu macicy jest rzeczą niedopuszczalną, a więc i wszelkie rady co do zmiany pozycji podczas stosunku płciowego mają raczej znaczenie próby, która może okazać się daremną. Zdaje się, że pewien odsetek zapłodnień po zmianie sposobu spółkowania przez małżonków należałoby przypisać częstszemu wywoływaniu orgasmus u kobiety wskutek jej pobudzonej w takich przypadkach wyobraźni, co by potwierdzało w pewnej mierze zapatrywania Kehlera o poważnem znaczeniu orgasmus dla zapłodnienia wogóle.

Pominąwszy pewne uchwytnie i ściśle określone stany lub zmiany, jakim ustrój kobiecy podlega, a którym można przypisać pewne

znaczenie w akcie zapłodnienia, nie da się zaprzeczyć, że istnieje szereg czynników, które, jak doświadczenie poucza, zdają się wpływać korzystnie na zajście kobiety w ciążę.

W ostatnich latach ogłoszono szereg prac, podkreślających znaczenie odpowiedniego odżywiania dla procesu zapłodnienia. Jakkolwiek istnieje dotąd rozbieżność w sądach o roli, jaką odgrywają w tem zagadnieniu pewne ciała (witamina E i D), nie ulega żadnej wątpliwości, że zarówno niedożywianie, jak i przekarmianie, na płodność oddziałują szkodliwie. W obu razach i to, tak w ustroju męskim, jak żeńskim, część gruczołów płciowych, zajmująca się wytwarzaniem komórek rozrodczych, zanika i ulega przerostowi przez tkankę łączną. Zjawisko to, jeśli chodzi o przekarmianie, znane u zwierząt już dawno, poparte zostało szczegółowymi spostrzeżeniami przez Stiewego, który podkreślał jednak zasadniczą różnicę pod tym względem między ustrojem męskim i żeńskim. Wpływ złego odżywiania ma, kiedy chodzi o płodność kobiety, o wiele większe znaczenie niż u mężczyzny, gdyż wytwarzanie plemników przez męskie gruczoły płciowe rozpocząć się może w każdej chwili na nowo, przynajmniej w okresie czynności tych gruczołów, podczas gdy jajniki rozporządzają tylko pewną ogólną ilością jajek, istniejących już w chwili urodzenia. Jeśli więc skutek zadziałania jakiegoś szkodliwego czynnika zniszczone zostaną nietylko jajka w wyższych fazach rozwoju, które są najwrażliwsze, ale i wszystkie jajeczka zawiązkowe, to wówczas kobieta staje się raz na zawsze niepłodna. To tłumaczy, dlaczego wpływ szkodliwego czynnika dla płodności ustroju kobiecego ma wogóle większe znaczenie i dlatego narażona ona jest częściej na niebezpieczeństwo. Stąd wniosek, że odżywienie ustroju kobiety musi być nietylko umiarkowane, ale pobierane przez nią pokarmy muszą zawierać wszystkie dla niej potrzebne związki (białko, cukier, tłuszcze, wapień, fosfor, sole i witaminy). Co więcej, pożywienie przez nią pobierane nie powinno być jednostronne. Należy unikać wyłącznie diety jarskiej lub mięsnej i nie zapominać o podawaniu substancji odżywczych w stanie surowym przynajmniej od czasu do czasu (mleko, sałaty, owoce i t. d.). Z pokarmów pochodzenia zwierzęcego polecają żółtka, które mają zawierać wielką ilość witamin „rozrodczych“ względnie ciał wpływających na gruczoły płciowe i płodność w kierunku korzystnym i to tak u mężczyzny, jak u kobiety.

Nieobojętną rzeczą, jeśli chodzi o wyzyskanie wszystkich dodatnio na zapłodnienie działających czynników, jest stan gruczołów

płciowych w czasie spółkowania. Stan ten, jak z przytoczonych przed chwilą uwag wynika, w dużej mierze zależny jest od odżywienia ustroju. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że wielką rolę odgrywa tu i praca samych gruczołów względnie ich nieczynność w okresie poprzedzającym spółkowanie. I tak, długotrwała bezczynność płciowa, poprzedzająca małżeństwa kobiet w późnych latach, zdaje się na zapłodnienie wpływać niekorzystnie, przyczem znaczenie ma nie tylko wstrzymanie się od stosunków płciowych, ale i ustrzeżenie się przed zacięciem w ciążę (Van de Velde). To samo odnosi się do mężczyzny.

Zbyt częste spółkowanie wpływa ujemnie na czynność gruczołów płciowych, jakkolwiek tylko czasowo. U mężczyzny zmniejsza się liczba i żywotność plemników, u kobiet najprawdopodobniej w następstwie wchłaniania substancji wchodzących w skład męskiego nasienia przez ściany pochwy wytwarza się z jednej strony coś w rodzaju odporności na plemniki, z drugiej ulega zaburzeniom samojajeczowanie wskutek częstego przypływu krwi do miednicy małej. Co więcej, towarzyszące orgasmus skurczy macicy, nawet w przypadkach dokonanego już zagnieżdżenia się jaja, mogą wpływać niekorzystnie na proces jego odżywienia, o ile powtarzają się zbyt często. Dlatego w przypadkach, kiedy mimo braku uchwytnych przyczyn niepłodności w małżeństwie, nie przychodzi do zajścia w ciążę, raczej należy polecać wstrzemięźliwość i ograniczenie się do nielicznych aktów płciowych po pewnym okresie spoczynku, aniżeli częste spółkowanie.

Spostrzeżenia, odnoszące się do trybu życia, pracy zawodowej, fizycznego i umysłowego znużenia małżonków i wpływu tych czynników na zapłodnienie są wprawdzie liczne, ale wymagają jeszcze dłuższych studiów, zanim da się wyprowadzić pewne wnioski. Jednostronny tryb życia zdaje się wpływać na płodność w sposób bardzo niekorzystny. Przykłady tego znachodzimy zarówno u mężczyzn, którzy zajmują się wyłącznie pracą umysłową, jak i u osobników, poświęcających się wyłącznie rozwinięciu pewnych cielesnych właściwości. Zarówno uczeni, jak atleci, są, jak wiadomo, mało płodni. Badanie nasienia u mężczyzn, prowadzących jednostronny tryb życia, wykazuje niejednokrotnie, że w nasieniu tem znajduje się mniejsza ilość plemników i że obdarzone są one mniejszą żywotnością. Zmiana trybu życia daje w takich przypadkach doskonałe wyniki, których powodem jest nic innego, jak pobudzenie gruczołów płciowych. Ma to znaczenie również u kobiet, przyczem nie należy

jednak zapominać, jak już wspomniano, że jajniki są o wiele wrażliwsze na wpływy szkodliwe, niż gruczoły płciowe męskie. Dlatego prawidłowy tryb życia i unikanie przemęczenia kobiecego ustroju mają w zagadnieniu płodności rolę decydującą.

Zastrzec się należy, że opisywano niejednokrotnie przypadki niepłodności małżeńskiej, której etiologia pozostała niewyjaśniona i którą tłumaczono wobec braku jakichkolwiek organicznych przyczyn między innymi teorią t. zw. sexual incompatibility, „niezgodności komórek płciowych“. Teoria ta równie, jak inne, tłumaczące niepłodność między krewnymi, niepłodność kobiet urodzonych, jako bliźnięta wespół z dzieckiem płci męskiej, niepłodność t. zw. „dzieziczną“ opierają się na pewnych spostrzeżeniach głównie z życia zwierzęcego i doświadczeniach życiowych, ale czekają dotąd na wyjaśnienie z punktu widzenia wchodzących w grę procesów biologicznych.

Z przytoczonych uwag wynika, że płodność kobiety zależy od szeregu czynników, wykazujących, jak ważną jest znajomość dokładna jej życia płciowego. Nie ulega wątpliwość, że bezwzględna niepłodność jest rzadsza aniżeli się naogół przyjmuje, a ponieważ wywołana jest poważnymi zmianami chorobowymi, rozpoznanie jej zasadniczo nie przedstawia trudności. W ocenie niepłodności względnej pierwszorzędą rolę odgrywają natomiast wywody i to odnoszące się nie tylko do przejawów fizycznych, ale i psychicznych życia kobiety, gdyż przez umiejętne wyzyskanie jej zapodań da się w łwiej części przypadków osiągnąć korzystną dla zapłodnienia zmianę warunków. W tem oświetleniu zmniejszy się i liczba przypadków niejasnych, których wytłumaczenie wymaga przyjęcia pewnych biologicznych teorii i pewnych hipotez trudnych do udowodnienia. Wywiady i zapobieganie mają z punktu widzenia klinicznego, kiedy chodzi o niepłodność kobiety, nie mniejsze znaczenie, niż same badanie, gdyż umożliwiając wprowadzenie poprawek i przestrzegając przed czynnikami szkodliwymi, nie narażają kobiety na rozczarowanie, którego nie da się uniknąć czasami nawet w przypadku długotrwałego i sumiennego leczenia.



SPIS TREŚCI.

	Str.
Protokół z posiedzeń V Zjazdu Lekarzy w Krynicy-Zdroju	6
Wystawa środków leczniczych	14
Lista uczestników	15
Fr. Kmietowicz jun.: Wody mineralne a diureza	21
Dr. St. Czubalski: O wartości klinicznej wody ze Zdroju Jana w Krynicy w schorzeniach dróg moczowych	33
Dr. J. Muszkatenblit: Nadciśnienie tętnicze a leczenie klima- tyczno-balneologiczne	43
Dr. L. Rozenberg: Wpływ czynników na ciśnienie krwi	53
Prof. Dr. A. Czyżewicz: Wstęp do nauki o leczeniu spraw zapal- nych narządu rodno kobiecy	59
Prof. Dr. J. Zubrzycki: Zasady leczenia spraw zapalnych przy- datków macicy	79
Dr. Al. Karnicki: Kilka uwag w sprawie leczenia przewlekłych zapaleń przydatków macicy	87
B. Kowalski: Kilka uwag o znaczeniu leczenia zdrojowego w ginekologii a w szczególności w leczeniu zapalnych spraw przydatków macicy	93
Doc. Dr. T. Żuralski: Leczenie spraw zapalnych przydatków ma- cicznych a Kasy chorych	101
Prof. Dr. J. Zubrzycki: Tak zwana „Endometriosiś” przydatków macicy	107
Dr. H. Brand: Leczenie zdrojowiskowe przewlekłych zmian zapal- nych przydatków macicy	115
Dr. K. Jabłoński: Opadanie krwinek w sprawach zapalnych nar- ządu rodno	123
Dr. M. Mikołajewska: Znaczenie rozpoznawcze badań cyto- logicznych krtani	127
Dr. W. Starzewski: Upławy jako objaw chorobowy	131
Doc. Dr. Bajorński: Stosunek wyrostka robaczkowego do narządów rodnych kobiecy	141
Dr. St. Liebhardt: Leczenie niepłodności w świetle naj- nowszych badań	151
Dr. Br. Stępowski: W sprawie warunków ułatwiających zapłod- nienie	169

