

# GAZETA LEKARSKA

## I. O istocie neurastenii.

Skreślił

dr Teodor Dunin.

Ścisłe odgraniczanie pojedynczych form patologicznych od siebie możliwym jest jedynie w tych chorobach, których czynnik etyologiczny, choć nawet niewiadomy, jest wszakże ściśle specyficzny i albo daje wyraźnie ograniczony obraz chorobowy lub też wykazać się daje zapomocą specyficznych metod badania [np. aglutynacja]. Nie jest ono możliwe dla wielu chorób o podstawie nawet organicznej, a najmniej już dla cierpień czynnościowych, mianowicie też dla neurastenii. Wszystkie próby wynalezienia dla tej choroby pewnych stałych cech (*stigmata*)<sup>1)</sup> nie udawały się i udać się nie mogą. I tutaj też jeżeli odgraniczenie dokonane być może, to szukać należy drogi do tego nie na podstawie objawów, lecz na zasadzie etyologii w ściślejszem tego słowa znaczeniu, a mianowicie na zasadzie mechanizmu powstawania choroby.

Już przed 3-ma laty wypowiedziałem swój pogląd na istotę neurastenii i jej leczenie<sup>2)</sup>. Wprawdzie praca moja spotkała się z gwałtownem potępieniem niektórych polskich krytyków, jednakże przychylnie przyjęcie prasy niemieckiej, a szczególnie pojawienie się obszernego dzieła, które niemal dosłownie powtórzyło moje poglądy, dzieła nadzwyczaj przez całą prasę europejską pochlebnie przyjętego—pozwala mi przypuszczać, że poglądy moje nie były

<sup>1)</sup> CHARCOT starał się wynaleźć dla neurastenii, tak samo jak dla hysterii, pewne stałe cechy, czyli t. z. *stigmata*. Mają one być następujące: bóle głowy, bezsenność, nadezłość kolumny kręgowej, osłabienie mięśniowe, niestrawność, osłabienie siły płciowej u mężczyzn a popędu płciowego u kobiet, nastrój hipochondryczny. Zobaczmy, że tylko ta ostatnia stanowi istotną cechę neurastenii [Patrz LEVILLAIN „La neurasthenie, Maladie de Beard. 1891].

<sup>2)</sup> Zasady leczenia neurastenii i hysterii [Odczyty kliniczne. 1902]. Toż samo po niemiecku: Grundsätze der Behandlung der Neurasthenie u. Hysterie. Berlin. 1902. Verlag. von A. HIRSCHWALD.



tak pozbawione wszelkiej zasady, za jakie je uznali niektórzy krytycy polscy. Mam tu na myśli dzieło prof. DUBOIS z Bernu p. t.: *Les psychonevroses et leurs traitement psychique. 1904* <sup>1)</sup>. Wprawdzie autor ani razu nie wymienia mojego nazwiska—nie wiem czy znał moją pracę, czy nie, — ale poglądy jego, mianowicie też o ile dotyczą leczenia neurastenii, a czasami całe wyrażenia tak rażąco są do moich zbliżone, że nieraz, czytając je, miałem to wrażenie, że czytam własną moją pracę. Ta okoliczność skłania mię do ogłoszenia jeszcze raz poglądów swoich na istotę neurastenii, tylko nieco bardziej usystematyzowanych i dopełnionych.

Pierwsza kwestya, jaka przy rozważaniu istoty neurastenii nam się nasuwa, jest ta, czy objawy tej choroby posiadają coś dla niej charakterystycznego i cechującego. Na pytanie to stanowczo muszę odpowiedzieć przecząco. Objawy neurastenii, a mianowicie bóle głowy, zawroty, uczucie zmęczenia, miganie przed oczami, bicie serca, niemiłe sensacje w okolicy serca, żołądka, kiszek, zmęczenie, bóle i drętwienie kończyn i t. d. spotykamy najpierw w bardzo wielu chorobach organicznych, które mogą zupełnie symulować neurastenię, dalej niekiedy w stanie zdrowia, jako też pod wpływem zmęczenia, troski, niepokoju, wreszcie po użyciu pewnych środków lekarskich i używkowych [środki narkotyczne, przeciwgorączkowe, wyskok, kawa, tytoń]. Zależą one prawdopodobnie albo od nieznacznych wahań w ukrwieniu, albo też są następstwem niezwyklej reakcyi komórek mózgowych na najmniejszy bodziec. Pomimo, iż pojedyncze objawy są tu te same co w neurastenii, nikt jednak nie będzie poczytywał ich za neurastenię, ani często nawet za stan chorobowy. Dopiero jeżeli objawy powyższe będą występować stale, oraz do pewnego stopnia zjawiać się bez wyraźnego czynnika etyologicznego, mówimy o neurastenii. Ale i takie określenie nie jest wystarczające. Znamy pewne stany chorobowe, w których objawy są zupełnie te same co w neurastenii, trwają czas dłuższy, nieraz bardzo długi, występują bez widocznej przyczyny, a które jednak, według mojego dzisiejszego zapatrywania się, za neurastenię nie powinny być uważane. Mam tu na myśli t. zw. przygnębienie peryodyczne <sup>2)</sup>, stan, który między innymi i ja opisywałem w swoim czasie pod nazwą neurastenii peryodycznej. Choroba ta, jeżeli będziemy brać pod uwagę jedynie obraz chorobowy, nie różni się niczem od neurastenii; objawy są zupełnie jedne i te same. Ale jeżeli zwrócimy uwagę na sposób rozwijania się i znikania choroby, oraz, co najważniejsza, na sposób oddziaływania chorego na swe cierpienia, okaże się ogromna różnica między obu tymi stanami. W t. z. peryodycznej neurastenii lub pomieszanii choroba rozwija się nagle, bez żadnej przyczyny i znika również nagle; po przejściu okresu chorobowego chory może być zupełnie zdrowym i nie zdradzać żadnego z tych objawów, który uważamy za charakterystyczny dla neu-

<sup>1)</sup> Praca ta była streszczoną w „Gazecie Lek.” 1905 r. (Red.).

<sup>2)</sup> Wyrażenie „przygnębienie peryodyczne”, użyte przez LANGE’go, nie jest odpowiednie, albowiem choroba niezawsze cechuje się li tylko przygnębieniem; często mamy tu naprzemian przygnębienia i podniecenia. Wielu psychiatrów odnosi te stany do t. z. pomieszanania peryodycznego.



rastenii. Najważniejszą wszakże różnicą, dzielącą ten stan od neurastenii, jest zachowanie się samego chorego podczas trwania okresu chorobowego: jest on apatyczny, smutny, opowiada o swoich dolegliwościach mało i to zazwyczaj niechętnie, ale nie okazuje żadnego zaniepokojenia, ani obawy o stan swojego zdrowia; co najwyżej skarży się na smutek i rozpacz, jakiej doznaje <sup>1)</sup>.

Zupełnie co innego widzimy w rzeczywistej neurastenii. Cechą jej nie są te lub inne objawy, które mogą być z jednej strony tak ludzako podobne do tego, co widzimy w innych chorobach, a z drugiej strony bywają tak różne u rozmaitych chorych; charakterystykę choroby stanowi tu psychiczny stan chorego. Objawy, o których wyżej mówiłem, stanowią co najwyżej jedną część symptomatologii neurastenii, to co nazwałem w mojej pracy somatyczną jej połową; nie są one najważniejszą częścią tej choroby, tem bardziej, że i bez nich, jak to później powiem, neurastenia rozwinąć się może.

Najważniejszą cechą psychicznego stanu neurasteników jest przesadna samoobserwacja, wnikanie i najszczegółowsza analiza każdego odczuwania. Czepia się ona więc przedewszystkiem tych banalnych somatycznych objawów, które często mylnie brane bywają za istotę neurastenii. Każdy z nich staje się punktem wyjścia dla osobnego rozważania; chory nie tylko analizuje go na wszystkie strony, ale przydaje każdemu szczegółowi ważne znaczenie i stwarza sobie *ad hoc* teorię ich powstawania. To też objawy, które powstawszy u zdrowych ludzi pod wpływem przejściowych szkodliwości, trwają krótki czas, u neurastenika, wskutek zwrócenia na nie szczególnej uwagi, utrwalają się w pamięci i istnieją w niej nawet wtedy, kiedy przyczyna je wywołująca [wahania w ukrwieniu, działanie trucizny, zmęczenie], dawno przestała działać; istnieją one więc jako wspomnienie, ale dla neurastenika służą wciąż za materiał do analizy.

W danym wypadku punktem wyjścia dla neurastenii są banalne, ale w każdym razie do pewnego stopnia patologiczne odczuwania i gdyby się wszystko na tem ograniczyło, wtedy liczba objawów neurastenicznych może nie byłaby tak wielką. Ale chory, który tak niesłychaną zwraca uwagę na każde odczute wrażenie, zaczyna brać pod uwagę i takie odczuwania, które nie mają już nic w sobie patologicznego. Każdy człowiek, wskutek zarówno działania na niego otoczenia, jak i funkcyonowania jego własnych narządów doznaje pewnej sumy wrażeń, na które albo nie zwraca żadnej uwagi, albo też które nie dochodzą wcale do jego świadomości, zajętej innemi ważniejszymi wrażeniami. Neurastenik tymczasem, wskutek skupienia uwagi wyłącznie na swej osobie, odczuwa i te fizyologiczne wrażenia, analizuje je i postępuje z nimi tak samo, jak z wrażeniami patologicznymi. Stąd to pochodzą te rozmaite uczucia

---

<sup>1)</sup> Ten stan chorobowy jest nadzwyczaj częstym i o wiele częstszym, aniżeli większa część lekarzy to przyjmuje. Tylko że nie rzuca się od razu w oczy; słysząc skargi neurasteniczne chorego, lekarz najczęściej zadowala się rozpoznaniem neurastenii. Trzeba mieć pewną wprawę, aby od razu zorientować się, że mamy przed sobą peryodyczne pomieszanie. A jednak dla rokowania i leczenia odróżnienie tego stanu od istotnej neurastenii jest niezmiernie ważne.



w głowie, oczach, sercu, piersiach, brzuchu i t. p. na które skarżą się neurastenicy, a dla których żadnej podstawy patologicznej znaleźć nie można. Jak to już wskazałem w mojej pracy, objawy te mogą być bardzo liczne, a przytem nie są one z sobą związane żadnym logicznym ogniwem, dlatego też chory ich nawet spamiętać nie może i przychodzi do lekarza ze spisem, sporządzanym przez parę dni przed konsultacją. Każdy lekarz, mający dużo do czynienia z chorymi, przyzna, że notowanie swych objawów jest cechą charakterystyczną dla neurasteników; nie spotykamy jej prawie nigdy u chorych, dotkniętych cierpieniami organicznymi, które dają nie tak liczne objawy, a przytem zazwyczaj połączone ze sobą pewnym logicznym związkiem <sup>1)</sup>. Przyczyna zaś tego objawu [notowanie dolegliwości] może być tylko ta, którą wyżej podałem.

Tu jednak nie koniec genezy objawów neurastenicznych. Skutkiem ciągłej koncentracji uwagi na własną osobę, mogą powstać i powstają objawy czysto subiektywne, dla których już niema żadnej ani patologicznej, ani fizyologicznej podstawy. Są to więc objawy czysto psychiczne, urojone. Takie urojone wrażenia mogą powstawać nawet u zdrowych, lecz bardzo wrażliwych osób; tak np. wspomnienie czegoś wstrętnego, wywołuje nudności lub uczucie wstrętnego zapachu; myśl o przepaści powoduje uczucie zawrotu głowy; ciągłe patrzenie na skórę ręki — uczucie swędzenia. U neurasteników jest to niewątpliwie obfite źródło odczuwań, a jak tylko takie uczucie powstanie, wtedy imaginacja chorego pochwytuje go, analizuje i obrabia, jak uczucie o podstawie realnej, przez co utrwała jego pamięć w mózgu.

[D. n.]

---

<sup>1)</sup> Przytaczam tu dosłownie przepisane skargi chorego z kartki na chybił trafił wybranej: Ogólne osłabienie, moczu mało odchodzi, po zmęczeniu mętnieje, przygnębienie ducha, płacz histeryczny, dreszcze, brak pamięci, łatwe zmęczenie się duchowe bez pracy umysłowej i przy pracy, poziewanie, prędkie męczenie się fizyczne i pocenie się, brak chęci płciowej, niepełna erekcyja, wcześniej już spać się chce, ciągły katar z zapachem w nosie, niechęć wcześniej wstać, nie czuje się rześwym. Stolec nie zawsze, często siada się z musu, a nie potrzeby, wydaje mi się brak odżywiania, boli w końcu żołądka i w boku, *bronchitis*, kaszel. Przy czytaniu zmęczenie oczu, chęć ściskania (?). Kończy chory wykrzyknikiem: Stan męczący oryginalny.

A oto druga: Obstrukcyja, żołądek wzdęty, często ból w sercu, najwięcej w nocy, łamanie krzyża, rąk i nóg, wielkie osłabienie, bicie serca, zawrót głowy, mało apetytu, a gdy czasem zjem z apetytem, to później się czuję bardzo ociężała, nosowe kanały zawsze zatkane, niesmak w ustach, nie węchu, wzrok osłabiony, czasem gdy jem czuję ból w kiszce, gdzie pokarm przechodzi, jakby kiszka była owrzodzona lub oparzoła, często chodzę z moczem, źle śpiam, słuch osłabiony, bardzo zdenorwowana, wszystko mię irytuje, często ból głowy, uderzenia do głowy, zimno i gorąco.



## Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego.

Podał

**Tadeusz Wilczyński.**

asystent oddziału.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

Przechodzę teraz do przypadków, spostrzeganych przeze mnie. Zbadałem cytologicznie 86 przypadków wysięków i przesięków opłucnej, otrzewnej, stawu kolanowego i płynu mózgowo-rdzeniowego. 10 z tych przypadków zawdzięczam kol. STEFANOWI MUTERMILCHOWI, który rozpoczął badania cytologiczne na oddziale dra DUNINA, ale z powodu wyjazdu na Daleki Wschód musiał je przerwać i łaskawie odstąpił mi obserwowane przez siebie przypadki.

Płyn bezpośrednio po wypuszczeniu poddawałem centryfugowaniu, osad ntrwalałem na przyrządzie KOWARSKIEGO i barwiłem triacidem EHRlich'a, oraz eozyną i błękitem metylenowym.

Z ogólnej liczby tych 86-u przypadków na wysięki opłucnej przypada 35, na wysięki otrzewnej 6, na wysięki kolanowe 4, na wszelkiego rodzaju przesięki mechaniczne 9, na płyn mózgowo-rdzeniowy 32 przypadki.

Przechodzę teraz do rozpatrzenia każdej grupy oddzielnie.

Na 35 przypadków wysięków opłucnej limfocytozę spotkałem w 24-ch przypadkach, w 9-u przypadkach dostałem osad neutrofilowy, dwa zaś pozostałe, dotyczące nowotworów, omówię niżej. Te 9 przypadków z osadem neutrofilowym nie były pochodzenia gruźliczego, a mianowicie: 3 przypadki przedstawiały powikłanie zapalenia płuc włóknikowego [płyn zastrzykiwałem do otrzewnej królikom, w których krwi znajdowałem na drugi dzień dwoinki; jeden przypadek przedstawiał powikłanie tyfusu, jeden był pochodzenia gronkowcowego [hodowli z płynu dokonał kol. KARWACKI], dwa pozostałe przypadki z osadem neutrofilowym dotyczyły, co prawda, gruźliczych, ale z odmą piersiową, tak że zakażenie było mieszane; z jednego z tych płynów wyhodował kol. KARWACKI paciorkowce. Tak więc wysięki opłucnej, które dawały osad neutrofilowy, ani razu nie były pochodzenia gruźliczego [z wyjątkiem powikłanych odmą—zakażenie wtórne].

Z 24-ch przypadków wysięków opłucnej, w których osad dawał wzór limfocytowy, w 13-u znalazłem laseczniczki gruźlicze w płwocinie i wyraźne



zmiany w płucach, w 11-u zaś, ani laseczników w płwocinie, ani zmian w płucach skonstatować nie mogłem. W jednym jednak przypadku przy pomocy inoskopii w płynie znalazłem laseczniki, a w dwóch przypadkach chorzy dawali aglutynację gruzliczą [kol. KARWACKI]. Nadmienić tu muszę, że w wysiękach, dających limfocytozę, tylko dwa razy widziałem domieszkę śródbłonnków.

Wysięków opłucnej na tle nowotworowem badałem cytologicznie dwa: jeden z nich na tle mięsaka dawał osad, składający się ze śródbłonnków, oraz znacznej ilości zarówno limfocytów, jak i neutrofilów. Drugi przypadek na tle limfosarkomatu dawał osad, składający się z dużej ilości limfocytów z niewielką domieszką śródbłonnków i neutrofilów. Obadwa płyny były krwawe, z natury rzeczy więc i w osadzie znajdowało się dużo czerwonych krążków krwi.

Wysięków otrzewnej badałem 6. Dwa z nich były pochodzenia gruzliczego i dawały wzór limfocytowy, 4 zaś przedstawiały *peritonitis carcinomatosa* i dawały osad, składający się z komórek śródbłonkowych ze znaczną domieszką zarówno limfocytów, jak i neutrofilów.

4 wysięki kolanowe, powstałe na tle *polyarthritidis rheumaticae*, dawały osad neutrofilowy.

Przeseięków opłucnej i otrzewnej, powstałych na tle chorób serca i nerek, zbadałem 9. Wszystkie dawały osad skąpy, składający się przeważnie z komórek śródbłonkowych oddzielne limfocyty lub neutrofile. Na zasadzie powyższych obserwowanych przeze mnie przypadków, wyprowadzam następujące wnioski: wysięki pochodzenia paciorkowcowego, gronkowcowego, dwoinkowego, dają osad neutrofilowy. Wysięki pochodzenia gruzliczego dają limfocytozę i tylko bardzo rzadko zawierają śródbłonki. Wypociny, powstałe na tle nowotworowem, zawierają śródbłonki przy znacznej obecności zarówno limfocytów, jak i neutrofilów.

Przeseięki mechaniczne na tle chorób serca i nerek dają osad, składający się przeważnie ze śródbłonnków z niewielką domieszką czy to neutrofilów, czy limfocytów. Badanie cytologiczne powinno być dokonane w każdym przypadku zapalenia surowiczego opłucnej: pleurytyka z osadem limfocytowym traktować powinniśmy jako tuberkulika, z osadem zaś neutrofilowym po usunięciu płynu, jako zwykłego rekonwalescenta.

Płynów mózgowo-rdzeniowych zbadałem cytologicznie 32. Sześć z nich przypada na zapalenie opon, z których trzy były pochodzenia gruzliczego i dawały osad, składający się wyłącznie z limfocytów, trzy zaś dotyczyły chorych na *meningitis cerebro-spinalis epidemica* i dawały osad neutrofilowy.

U chorych na *tubes dorsalis* badałem płyn mózgowo-rdzeniowy w 10-u przypadkach, z których w 7-u skonstatowałem limfocytozę, w 3-ch zaś płyn nie zawierał żadnych pierwiastków morfotycznych. Płyn mózgowo-rdzeniowy trzech chorych na *lues cerebri* dwa razy dawał limfocytozę, raz wzór mieszany, a mianowicie 54% limfocytów i 46% neutrofilów.

9 płynów mózgowo-rdzeniowych, przypadających na zapalenie płuc włóknikowe, tyfus brzuszny i *caries vertebrarum*, nie zawierał wcale pierwiastków morfotycznych. Nadmienić tu muszę, że nakłucie lędźwiowe u chorych na zapalenie



płuc i tyfus dokonywaliśmy tylko u tych chorych, u których *sensorium* było silnie zajęte. U 5-u chorych z porażeniem połowiczem płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawierał pierwiastków morfotycznych. Były to hemiplegie, istniejące od dawna. U dwóch zaś chorych z hemiplegią, u których dokonaliśmy nakłucia lędźwiowego zaledwie w kilka dni po insulcie, płyn był krwawy. W jednym z tych przypadków obecność płynu mózgowo-rdzeniowego krwawego umożliwiła nam rozpoznanie *haemorrhagiae cerebri*. W streszczeniu przedstawia on się, jak następuje: chory przywieziony był na oddział szpitalny w stanie nieprzytomnym; silne obrzęki całego ciała, w moczu dużo białka i walczków. Przypuszczaliśmy na razie, że mamy tu do czynienia z mocznicą, dopiero płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy naprowadził nas na rozpoznanie *haemorrhagiae cerebri*, co też sekcyja i potwierdziła. Muszę wspomnieć tu jeszcze o jednym przypadku świeżej hemiplegii, w którym nakłucie lędźwiowe dało nam możność ścisłego rozpoznania. Dotyczy on 60-letniego chorego, który przybył na oddział z gorączką, arytmją, szmerem skurczowym u wierzchołka serca i ogniskiem wilgotnych rzeżeń w płucach. Przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z *endocarditis subacuta*. Na drugi dzień zastaliśmy chorego sparaliżowanym. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn przezroczysty, nie dający żadnego osadu; naprowadziło to nas na rozpoznanie *emboliae arteriae Fossae Sylvii*. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie.

Reasumując otrzymane przeze mnie wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego, dochodzę do wniosków następujących: płyn mózgowo-rdzeniowy w zapaleniu opon mózgowych gruźliczego pochodzenia wykazuje limfocytozę, zaś w *meningitis cerebro-spinalis epidemica* daje osad neutrofilowy; w innych chorobach zakaźnych ostrych płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawiera pierwiastków morfotycznych. W *lues cerebri* spotykamy albo limfocytozę czystą, albo z domieszką neutrofilów. W *tabes dorsalis* limfocytozę spotykamy bardzo często, ale nie stale [w moich przypadkach 70%]. W świeżych krwotokach mózgu spotykamy erytrocytozę. Badania płynu mózgowo-rdzeniowego powinny być zawsze dokonywane tam, gdzie podejrzujemy lub mamy do czynienia z zajęciem opon. Pomijając, że nakłucie lędźwiowe przedstawia jedyny racjonalny zabieg leczniczy w *meningitis cerebro-spinalis epidemica*, daje nam ono możność oryentowania się w rozpoznaniu, a co zatem idzie i w rozpoznaniu. I w chorobach, mających etiologię w przymocie, w niejasnych przypadkach nie należy gardzić tą metodą. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego może nieraz ostatecznie rozstrzygać kwestyę, czy mamy do czynienia z włędem, czy też z zapaleniem nerwów, czy mamy do czynienia z zaburzeniami pochodzenia funkcjonalnego, czy też organicznego.

Kilka słów jeszcze o technice, jaką posługiwałem się przy badaniach płynu mózgowo-rdzeniowego.

Nakłucie dokonywane było trójkątnym Krönig'a między 4-ym a 5-ym kręgiem lędźwiowym, czasem między ostatnim lędźwiowym, a kością krzyżową. Płyn poddawałem centryfugowaniu w specjalnych małych probówkach, ze znacznym zwięzieniem w dolnej części. Probówkę taką wkładałem w zwykłą epruwetkę od centryfugi, wysławszy jej dno watą. Często przy bardzo długim



nawet centryfugowaniu nie dostawałem widocznego na oko osadu; brałem wtedy rurką włoskowatą płyn, znajdujący się w miejscu zwięzonym próbki, i po wysuszeniu barwiłem. Za każdym razem przy nakłuciu wypuszczaliśmy płynu najmniej 20 c. sz. U jednego chorego z *meningitis cerebro-spinalis epidemica* dokonaliśmy nakłucia łądźwiowego 7 razy w odstępach kilkodniowych, wypuszczając nieraz do 50 c. sz.

Wogóle wszystkie nakłucia łądźwiowe nie wywołały w naszych przypadkach nigdy żadnych nieprzyjemnych powikłań, z wyjątkiem chyba tylko silnego bólu głowy w kilku przypadkach, nie trwającego jednak dłużej nad kilka godzin.

Na zakończenie składam serdeczne podziękowanie doktorowi T. DUNINOWI, na którego oddziale i pod którego kierunkiem wykonaną została niniejsza praca.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 28. W. A. Freund. O parametritis chronica atrophicans, jako przyczynie histeryi.

Wiadomo, że poglądy na patogenezę histeryi są jak najrozmaitsze; z nich jednak dwa zwłaszcza są do dziś dnia dominujące, a mianowicie: według jednego histerya jest nerwicą, która zapoczątkowana miejscowo w narządach płciowych żeńskich, przejawia się następnie na drodze zwrotnej [ROMBERG]; według drugiego histerya jest to choroba ośrodkowa, mająca podkład psychiczny, jest więc wyższym stopniem nerwowości [neurastenii] ze szczególnem uwydatnieniem się pewnych charakterystycznych cech chorobowych [JOLLY]. FREUND, opierając się na swych badaniach anatomo-patologicznych i klinicznych, przyszedł do przekonania, że w pewnych warunkach oba te poglądy razem mogą znaleźć wyraz w jednej postaci chorobowej; dla tej postaci zatrzymuje nazwę „histerya”, gdy postaci, scharakteryzowanej w poglądzie JOLLY’ego, nadaje nazwę „*neurasthenia hysterica*”. Zajmiemy się tu tą postacią, dla której FREUND zachował nazwę „histerya”.

FREUND spostrzegł szczególną chorobę tkanki łącznej przymaciczej, wywołującą w swym przebiegu bardzo wybitne zmiany anatomiczne w układzie nerwowym narządów płciowych wewnętrznych. Następstwem tych zmian patologicznych układu nerwowego są stałe zaburzenia nerwowe w oddalonych narządach [w narządzie trawienia, krążenia krwi, moczowym i w skórze], a więc zaburzenia zwrotne. Do nich zaś przyłączają się niekiedy specjalne zaburzenia psychiczne, wklajające obraz nerwicy odruchowej.

Sprawy przewlekłe zapalenia tkanki przymaciczej występują w dwójakiej postaci. Pierwsza rozwija się jako następstwo ostrego zapalenia, które po przebiegu ostrych objawów pozostawia tkankę bliźnowatą, powodującą skrzywienie i przymocowanie narządów miednicy. Druga rozwija się bez okresu ostrego i bierze początek albo z cierpień miejscowych pęcherza, кишки lub szyjki macicznej, a więc poczyna się na przestrzeni ograniczonej, albo też rozpoczyna się rozlewnie, bez wyraźnego cierpienia miejscowego wymienionych



narządów. Punktem wyjścia tego ostatniego cierpienia jest zawsze *fascia pelvis interna*. Od niej sprawa zapalna rozprzestrzenia się ku górze po twardej tkance łącznej, otaczającej pod postacią cylindra szyjkę maciczną. Sprawa ta, kończąca się zwykle zanikiem bliznowatym tkanki łącznej przymacicznej i nazywana dlatego przez FREUND'a: *parametritis chronica atrophicans*, w wyższym swym stopniu przekracza ku dołowi granicę dna miednicy, a ku górze granicę małej miednicy, tak iż ostatecznie obejmuje także i kreskę kiszki grubej. Żyły są tu zawsze obciążone silnie rozwiniętymi pasmami tkanki łącznej okołonaczyniowej, po części zwężone, po części silnie rozszerzone, często przez zakrzep zajęte i usiane kamykami żylnymi. Tętnice są zwężone. Te części moczowodu, które przebiegają w oddziałach bliznowatych, są wyciągnięte, skręcone, często silnie zbliżone do szyjki macicznej i przedniego sklepienia pochwy, rzadziej do kiszki; ściany moczowodu są zgrubiałe, światło jego w rozmaitych miejscach wskutek zgięcia zwężone lub zupełnie zamknięte, przed temi zaś miejscami rozszerzone. Następstwem zapalenia zanikowego są wreszcie zmiany w więzach szerokich, w jajowodach, jajnikach i w więzach okrągłych.

Działanie tego cierpienia na narządy miednicy wyraża się przedewszystkiem w nierównomiernym rozdziale krwi. Z początku narządy są dotknięte znacznem przekrwieniem żylnem, błona śluzowa znajduje się w rozmaitych okresach zapalenia przewlekłego, włókna mięsne są rozdzielone przez tęgie smugi bliznowate tkanki łącznej, wreszcie zaś ulegają zanikowi.

Najważniejsze zmiany dotyczą układu nerwowego narządów płciowych wewnętrznych, a mianowicie zwojów nerwowych (*ganglia*). Są one ucisnione przez tęgie beleczki stwardniałej tkanki łącznej, zniekształcone przez nierównomierne zgrubienia otoczki łącznotkankowej. Zwoje te są z obu końców rozrzedzone, poprzecinane twardymi pasemkami tkanki łącznej; liczba komórek zwojowych jest zmniejszona, a same komórki są ciemno zabarwione, zniekształcone i po części jądra pozbawione.

Niekiedy na trupach chorych, które dotknięte były zapaleniem zanikowym przymacicza, znajdowano też przekrwienie zatok żylnych kanału kręgowego i opony miękkiej rdzenia w części krzyżowej i lędźwiowej, a jednocześnie i żylaki żył brzusznych i miednicowych.

Opisane tu cierpienie narządów płciowych kobiecych jest jedyn e, w którego następstwie stałe występuje histerya. Inne cierpienia narządów płciowych niekoniecznie muszą ją wywołać, gdyż nie w każdym z nich układ nerwowy, zasilający narządy płciowe, zostaje do cierpienia wciągnięty.

Już wiemy, że w etyologii postaci ograniczonej zapalenia zanikowego tkanki przymacicznej znajdują się cierpienia pęcherza, kiszki prostej i szyjki macicznej, sięgające najczęściej początkiem swym lat wczesnego dzieciństwa chorych. Postać rozlaną zapalenia zanikowego nie spostrzegł autor przed czasem dojrzałości płciowej. Dwa czynniki bywają powodem tego cierpienia przymacicza; przedrażnienie płciowe i utrata soków, działające jednocześnie: *masturbatio, coitus reservatus, interruptus* u kobiet, dotkniętych rozwolnieniem, upłowami, obfitymi potami, krwotokami, źle odżywionych, przeciążonych umysłowo i fizycznie, u kobiet, które często rodziły i wiele karmiły. Zwłaszcza usposobione są kobiety, dotknięte niedokształceniem narządów płciowych i przyrzędu naczyniowego, a zmuszone do życia płciowego.

Pod względem klinicznym zapalenie zanikowe przymacicza wyraża się z początku wzmocnionem wydzielaniem się śluzu i krwi z macicy, w późniejszych zaś okresach, przeciwnie, następuje zmniejszenie się wydzielin, a nawet przedwczesne ustanie miesiączkowania. Obok tego występuje bolesne miesiączkowanie, a niekiedy i ból pośredni, międzymiesiączkowy. Zająście w ciąży jest z początku możliwe, a nawet często poprawia objawy miejscowe i ogólne cierpienia. Następnie jednak powstaje zwykle niepłodność. Do



okresu połogowego] często przyłącza się częściej zanik postępujący narządów płciowych.

W ślad za temi zmianami miejscowemi zjawiają się prędzej, czy później nerwice zwrotne, wywołujące z początku zaburzenia czuciowe, następnie ruchowe, wreszcie wydzielnicze i odżywcze, wszystkie naprzód z charakterem pobudzenia, a później przygnębienia i porażenia. Są to objawy z narządów, zaopatrywanych przez sferę trzech ośrodków nerwowych, a mianowicie: 1) przez nerw współczulny—*hysteria sympathica: neuralgia coeliaca, cardialgia, enteralgia, nausea, vomitus, globus, salivatio, pyroris, dyspepsia, anorexia, tympania, urina spastica, laryngismus, suffocatio, asthma, tachycardia, spasmus cordis* i t. d.; 2) przez mlecz pacierzowy—*hysteria spinalis: neuralgia cervicalis, intercostalis, lumbo-abdominalis, lumbo-iliacalis, neuralgia extremitatum et articulorum*, zaburzenia troficzne zwłaszcza gruczołu piersiowego i skóry (*pigmentatio, atrophia*), rozmaite znieczulenia skurcze, drgawki i bezwładny, np., aczkolwiek rzadko, *paralyris spinalis spastica*; 3) wreszcie przez mózg—*hysteria cerebialis: neuralgia trigemini, hemicrania, kopiochia hysterica* (niedomoga oczna) i t. d.. Do tych trzech grup przyłączyć się mogą objawy natury naczyniowo-ruchowej: czerwoność albo błądość skóry i błon śluzowych, nadmierne wzmoczenie się wydzielin, pojawiający się i znikający naprzemian obrzęk narządów, obfitujących w luźną tkankę podskórną, przekrwienie mózgu, siatkówki, mlecza, płuc, obrzęk wątroby, śledziony, gruczołu tarczowego i ciała jamistego dolnej muszli nosowej, wynaczynienia krwi pod skórę i błony śluzowe, moczkowaty, pot krowy, plucie krwią, wymioty krowe, krwotoki maciczne albo też błądość skóry i niedokrwistość narządów wewnętrznych, *menostasis, anuria*. Do tych nerwic zwrotnych przyłączają się następnie znane objawy wielkiej histeryi i wreszcie objawy psychiczne. Po dłuższem trwaniu histeryi zaczyna cierpieć i stan ogólny odżywiania: kobiety stają się blade i chudną.

Dowiodłszy najzupełniej, że *parametritis chronica atrophicans* pociąga za sobą nie od zownie rozwój histeryi, autor nie upiera się przy tem jednak, że niema w ogóle histeryi bez zapalenia przymacicznego zanikowego. Wystarczą sprawy przewlekłe narządów płciowych, dotykające również układu ich nerwowego, wystarczy zwykły zanik tkanki łącznej miednicowej, będący następstwem połogowego nadmiernego zwinienia się narządów płciowych lub zbyt długiego karmienia piersią, aby w następstwie rozwinęły się objawy histeryi.

Rokowanie w zapaleniu zanikowym tkanki przymacicznej zależy od tego, czy ma się do czynienia z ograniczonym, czy też rozlanem cierpieniem. Pierwsze może pozostać miejscowem na zawsze; może nawet zniknąć zwłaszcza pod wpływem ciąży prawidłowej. Rokowanie w zapaleniu rozlanem zależy od zmian następczych w innych narządach [marskość ziarnista wątroby, nerek i t. d.]. Zwykle po pewnym przestanku sprawa kroczy dalej aż do najwyższego stopnia zaniku bliznowatego narządów miednicy.

Leczenie rozpada się na przyczynowe i objawowe. W zapaleniu ograniczonym starać się należy o usunięcie cierpienia pęcherza, kiszki prostej i szyjki macicznej, w zapaleniu rozlanem o usunięcie przedrażnienia narządów płciowych i powstrzymanie utraty soków. Objawowo w nerwicach zwrotnych podajemy bizmut przeciwko zaburzeniom sympatycznym, azotan srebra — przeciwko rdzeniowym, octan cynku—przeciwko mózgowym. Wreszcie przeciwko zaburzeniom naczynioruchowym stosujemy ciepło, przetwory amoniaku i walerjanę. Najważniejsze jednak znaczenie posiada leczenie zaburzeń stanu ogólnego i tutaj należy zwracać przede wszystkim uwagę na podniesienie odporności ciała i ducha, a więc stosować t. z. *moral treatment*, metodyczne harto-



wanie, baczyć na podniesienie lub zmianę odżywiania ogólnego [MITCHELL i PLAYFAIR) i t. d.

(*Moderne ärztliche Bibliothek. Berlin 1904. Zeszyt III. Wilh. Alex. Freund. Ueber Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau. Stronic 40).*

Zweijbaum.

## 29. Liepmann. Przyczynę i do etiologii drgawek porodowych.

Autor w obszernej pracy podaje swoje i dra ARONSON'a [SCHERING] doświadczenia, przerobione na 113-u królikach, któremi dowiedli, że miejscem wyjścia toksyn u eklamptyczek jest łożysko. Badania te były robione w następujący sposób: świeżo wydobyte łożyska eklamptyczek rozdrabniano i ścięmano na delikatny proszek na maszynach. Wykonywano to nadzwyczaj dokładnie, aby otrzymać preparat jak najczystszy i możliwie aseptyczny. Z otrzymanego w ten sposób proszku sporządzono zawiesinę, do której brano 1,0 grm. proszku i odpowiednią ilość fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a celem powstrzymania spraw wegetacyjnych dodawano kilka kropel toluolu. Mieszaninę tę, przy zachowaniu możliwej aseptyki, wprowadzano przez grubą igłę z tępym końcem do jamy otrzewnej królików i do kontroli brano też do doświadczeń i łożyska rodzących zdrowych. Wyniki były wybitne: przy zastrzykiwaniu preparatu zdrowego łożyska króliki leżały spokojnie w klatce, skacząc wtedy, kiedy je płoszono, jeżeli zaś wprowadzono preparat od eklamptyczki, króliki po kilku bezcelowych skokach w różne strony od razu stawały się apatyczne, nie oddziaływały na bodźce drażniące i często już po 5-u minutach leżały w zupełnej prostracyi na boku lub na brzuchu ze spuszczoneym bezwładnie łebkiem, rozszerzonymi źrenicami, przyśpieszonym oddechem z ciepłotą ciała częściej obniżoną [nawet do 35,8 R] niż podwyższoną ponad normę, choć u wielu królików ciepłota podnosiła się nawet do 40° R. U wszystkich tych królików występowały drgawki, z wyjątkiem tylko tych, które ginęły w pierwszej godzinie doświadczenia. Słowem, obraz był nadzwyczaj charakterystyczny i zawsze jednakowy: śpiączka i drgawki.

Oprócz tych doświadczeń ze sproszkowanym łożyskiem robione były doświadczenia i z sokiem wyciśniętym pod prasą, zabójczo na króliki działał tylko sok z łożysk silnie trujących, sok zaś z łożysk mniej trujących nie był szkodliwy dla zwierząt, zarówno jak i wstrzykiwanie krwi i moczu eklamptyczek śmierci królików nie sprowadzało, zdaniem LIEPMANN'a dlatego, że substancje trujące są trudno rozpuszczalne w sokach organizmu, ponieważ są silnie związane z protoplazmą komórek. Dalsze badania nad własnościami tych substancji wykazały, że są one związane z białkami i po oddzieleniu od nich tracą swe trujące działanie, dalej że są bardzo nietrwałe, już bowiem po upływie jednej doby nie działają, a jako związek chemiczny bardzo niestale, dość np. dłuższego klócenia z toluolem, aby je unieszkodliwić. Próbowano dalej otrzymać je sposobem chemicznym; w tym celu stosowano metodę używaną przy błonicy z 1/10 %-owym roztworem metylendiaminu, ale bez skutku. Tyle o naturze i rodzaju substancji trujących. Doświadczalnie przekonano się, że najsilniej działały na króliki preparaty z łożysk tych chorych, które miały bardzo mało napadów drgawek, a więc z bardzo lekkim przebiegiem [nie brano tu w rachubę, czy napady zjawiały się przed ukończeniem porodu, czy też po porodzie], najslabiej zaś działały zawiesiny z łożysk chorych z bardzo ciężkim przebiegiem eklampsyi, z liczbą napadów dochodzących do 27-u i zakończonych nawet śmiercią: po nich króliki nawet nie zdychały. Ciekawy bardzo przypadek eklampsyi bez drgawek podaje БУММ: II-gi raz rodząca w VI—VII-ym miesiącu ciąży, z białkiem w moczu [4‰] była przeniesiona do kliniki z powodu dwukrotnego napadu eklampsyi obok silnej sinicy,



obrzęklej twarzy i utraty przytomności. Wobec ciężkiego stanu chorej powzięto zamiar wykonania cięcia pochwowego. Podczas przygotowań do operacji naraz sinica wzmogła się, chora zatrzymała oddech, lecz serce bić nie przestawało. Dawało to wrażenie napadu eklampsji bez drgawek. Pomimo wszelkich przedsięwziętych środków nastąpiła śmierć. Na sekcji znaleziono: wybroczyny krwawe na wątrobie, na oponie miękkiej mózgu i obrzęk jej, serce normalne, zwykle mięszone zapalenie nerek w stopniu umiarkowanym, wcale nie wskazujące na mocznicę, co było potwierdzone badaniem drobnowidzowem. Preparat łożyska tej chorej sprowadził u królików natychmiastową śpiączkę i śmierć w niespełną godzinę.

Badania te były dopełnione obserwacją, jaką rolę odgrywa tu białko, znajdujące w moczu u chorych na drgawki porodowe; otóż ilość białka nie stanowi wcale o grozie położenia: przy 2<sup>o</sup>/<sub>100</sub> białka widziano przypadki śmierci, a przy 40<sup>o</sup>/<sub>100</sub> wyzdrowienie, więc spora ilość białka w moczu świadczy raczej o zmniejszonej szkodliwości preparatów łożysk dla zwierząt; rzeczywiście preparaty od takich chorych królików nie zabijały, gdy tymczasem preparaty od chorych z 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> lub zaledwie ze śladem białka działały gwałtownie. Słowem, doświadczenia dowiodły, że 1) trujące substancje wytwarzają się i znajdują w łożysku i stąd dopiero przechodzą na cały ustroj i że 2) o ile ich więcej przedostanie się do ustroju, o tyle ich mniej zostaje w łożysku. Popiera znakomicie tę teorię, zwaną łożyskową, statystyka, zebrana w berlińskiej klinice prof. Bumm'a, wykazująca, że natychmiastowe rozwiązanie eklamptyczek, a więc usunięcie źródła, sprowadzającego zatrucie, zmniejszyło odsetkę śmiertelności chorych w porównaniu z leczeniem wyczekującym z 30% na 1,8%.

Ustanawiając teorię łożyskową, LIEPMANN krytykuje inne teorie powstawania eklampsji: teorię samozatrucia i płodową. Przeciw pierwszej podług niego przemawiają zmiany anatomopatologiczne w takich narządach, jak wątroba i nerki: zmiany są niezbyt silnie wyrażone i nie dają dla eklampsji nic charakterystycznego; przemawiają też i doświadczenia, które dowiodły, że można myśleć tylko o toksynach, wytworzonych w łożysku i przechodzących stąd do ustroju, a nie odwrotnie. Co do drugiej teorii — płodowej, L. powiada, że trudno pojąć, dlaczego daleko wrażliwszy na wszelkie substancje trujące ustroj dziecka mógł wytwarzać toksyny i nawet zatruchiwać niemi matki, a własne życie zachowywać, boć wielka odsetka dzieci ginących przy eklampsji ginie nie od toksyn, a od zatrucia krwi kwasem węglowym [sinica matki] i ta przy zastosowaniu przyspieszonego rozwiązania znacznie się zmniejszyła. Nareszcie podaje L. spostrzegany przez siebie przypadek drgawek porodowych, w którym płód od 8 u dni był martwy i uległ zmacerowaniu, więc jak gdyby nie istniał, a jedynie łożysko wykazywało pod drobnowidzem zupełną świeżość. W ostatnich czasach posadzono łożysko o wytwór specjalnych fermentów [HOFBAUER, MALTHES, ASCOLI, BERGELL]. LIEPMANN nie waha się posądzać o wytwór trucizn i przypisuje udział w tej sprawie nabłonkowi t. zw. *chorion*.

Tak w eklampsji, jak i w innych chorobach spowodowanych zatruciem ustroju, zmiany chorobowe okazywały się przedewszystkiem w wątrobie, nerkach i mózgu. Doświadczenia z preparatami wątroby eklamptyczek wykazywały zabójcze ich działanie na zwierzęta i zawsze sprowadzały śmierć królików, ale na wątrobę przywykliśmy patrzeć jak na narząd filtrujący i nic niema w tem dziwnego, że na filtry truczna się zatrzyma dłużej, niż gdziekolwiek indziej, tem się też tłómaczą spóźnione przypyki drgawek porodowych w okresie połogowym.

Zmiany chorobowe w nerkach nie różnią się zupełnie od zmian, wywołanych innymi toksynami, często może są tylko większe z powodu



silniejszego działania toksyn na miąższ nerek, a białkomocz, ten pierwszy objaw uszkodzenia nerek, niezawsze się nawet zjawia przy drgawkach porodowych. Autor podaje przypadek, w którym na 6-ty dzień po porodzie zjawiał się typowy napad drgawek porodowych — mocz był w ilości normalnej i bez białka. Autor tłumaczy te przypadki w taki sposób, że podrażnienie mózgu zjawia się najpierw, dopiero wtórnie udziela się ono nerkom i, jeżeli w ustroju krąży już dostateczna ilość toksyn dla wywołania drgawek porodowych przez podrażnienie mózgu, to nerki pozostają nietknięte, podobnie jak w tęczu, gdzie niekiedy mocz bywa wolny od białka. Zresztą autor widział w jednym przypadku drgawek porodowych znaczne powiększenie się ilości białka w moczu, dopiero w 8 godzin po napadzie.

Bardzo ciekawe spostrzeżenie na królikach zrobił autor z mózgiem eklamptyczek, a mianowicie, ponieważ w całym obrazie drgawek porodowych dominują objawy mózgowe — śpiączka i drgawka —, zdawałoby się więc że preparaty z mózgu eklamptyczek powinny być tembardziej zabójcze, tymczasem, okazało się, że preparaty te nie szkodziły królikom, a preparaty z mózgu chorych bez drgawek zubożniały nawet bardzo trujące preparaty łożysk, a więc działały neutralizująco.

W końcu autor obstaruje stanowczo za metodą leczenia chorych na drgawki porodowe prześpieszonym rozwiązaniem, zachwala stosowanie sztucznego oddechu metodą SILVESTER'a w przypadkach śpiączki i powierzchownego oddechu, wspomina również o dobrych skutkach wlewań śródżylnych roztworu fizyol. soli kuchennej [1 — 2 litr.] i stosowania środków podniecających — kofeiny i kamfory, radzi natomiast jak najmniej używać chloroformu i ograniczać się do dawania najwyżej 3 grm. chlorału w ławatywie. L. stanowczo potępia stosowanie koców, które jego zdaniem tylko zgęszczają trujące substancje w ustroju.

(*Münch. med. Woch.* 1905, Nr. 51).

M. Wójcikowski.

### 30. F. Fromme O zapobiegawczem i leczniczem stosowaniu surowicy przeciw paciorkowcowej.

Celem zmniejszenia niebezpieczeństwa, wywołanego zapaleniem otrzewnej, starano się wzmocnić siłę odporności otrzewnej albo przez wywołanie we krwi sztucznej hiperleukocytozy, albo też przez dostarczenie organizmowi substancji, zdolnych niszczyć bezpośrednio toksyny zarodkowe, czyli tak zwanych surowic przeciwtoksycznych (*sera antitoxica*). LOEWIT i RICHTER dowiedli, że przez zastrzyknięcie albumozy można zwierzęta uczynić odporniejszymi przeciwko pneumokokowi, a JACOBSON przekonał się, że po zastrzyknięciu albumozy występuje najpierw hipoleukocytoza, a następnie hiperleukocytoza. Zwierzęta, które zostały zakażone podczas okresu hipoleukocytozy, zdychały, te zaś, którym zastrzyknięto materiał zakaźny w tej samej dawce podczas hiperleukocytozy, pozostawały przy życiu. Wskutek tego HAHN sądzi, że krew zwierzęca i ludzka podczas hiperleukocytozy posiada silniejszą siłę bakterjobjęzą, aniżeli krew zwyczajna. Na tej zasadzie HOFBAUER zalecał stosowanie nukleiny HORBACZEWSKIEGO jednocześnie z wlewaniem roztworu fizyologicznego w sprawach septyczno-pogodowych i w ten sposób wywoływał leukocytozę wzmożoną. Dobre wyniki w tych razach zależały według PANKOW'a nie od nukleiny, a od wlewań roztworu fizyologicznego. Przekonano się nawet, że odporność otrzewnej przeciwko zakażeniu *bacterio coli* wzmoże się, skoro się zastosuje wyjałowiony roztwór fizyologiczny miejscowo do worka otrzewnej.

Z tego wszystkiego wyprowadzano słuszny wniosek, że hiperleukocytozę, będącą odczynem organizmu na sprawy zapalne, poczytywać trzeba za rodzaj odczynu leczniczego, postanowiono więc wypróbować, czy wywołana sztucznie



hiperleukocytoza przed operacją nie wytworzy siły odpornej przeciwko zakażeniu pooperacyjnemu. W tym celu MŁJAKE robił próby z roztworem soli, aleuronatem, bulionem i kwasem nukleinowym, które wstrzykiwał do jamy otrzewnej i zwłaszcza od roztworu soli otrzymywał w przesięku otrzewnowym znaczną hiperleukocytozę. Wstrzyknięcie podskórne kwasu nukleinowego wywołuje również hiperleukocytozę; w ten sposób uodporniano zwierzę, któremu do otrzewnej zastrzyknięto zgubną dawkę *bacterium coli*. MIKULICZ zastosował podskórnie u chorych, mających poddać się operacji, kwas nukleinowy z dobrym skutkiem, jako środek zapobiegawczy przeciwko zapaleniu następczemu otrzewnej [pooperacyjnemu]. Przed dwoma laty spróbowano uodpornić od zakażenia pooperacyjnego chorych na raka, zastrzykując im przed operacją osłabione przez ogrzewanie streptokoki, wzięte i wyhodowane z głębi rozkładającego się nowotworu. POLANO zastrzykiwał zabite hodowle streptokoków celem czynnego uodporniania, a więc zabezpieczenia od zakażenia kobiet przed porodem lub ciężką operacją. Autor sądzi, że uodpornienie zapobiegawcze za pomocą zabitych hodowli streptokoków upoważnieni będziemy stosować tylko w tych porodach, w których od początku jest gorączka i w tych przypadkach raków i włóknaków macicy, które operować chcemy przez laparotomię. Tu również należą i ropne zapalenia jajowodów.

W tych samych celach z a p o b i e g a w c z y c h autor zaczął stosować surowicę przeciwpaciorkowcową MENZER'a, przekonawszy się już przedtem, że w celach leczniczych, t. j. w przypadkach istniejącego już zakażenia paciorkowcowego, surowica ta okazała się rzeczywiście skuteczną. W celach zapobiegawczych były też stosowane surowice: ARONSON'a, TAVEL'a i t. d., gdyż przekonano się, że działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej wtedy najlepiej się uwydatniało, jeśli zwierzę, wybrane do doświadczenia, przed zakażeniem go znaczną dawką zabójczych streptokoków uodporniono zapobiegawczo surowicą przeciwpaciorkowcową. Działanie jej polega na tem, że tym sposobem jeszcze przed operacją, *resp.* przed zakażeniem nagromadzamy sztucznie we krwi ciała ochronne, a więc zaoszczędzamy krwi potrzebę wytwarzania ich dopiero z wystąpieniem zakażenia; prócz tego uruchomiamy, podobnie, jak to czyni nukleina, białe ciała krwi, mające zwalczać zakażenie. I to właśnie jest bardzo ważne, że po zastrzyknięciu surowicy, spostrzegł autor po 8-u — 10-u godzinach powiększenie się liczby białych ciałek w dwójnasób.

Surowicę MENZER'a stosował autor zapobiegawczo w 12-u operacjach zupełnego wycięcia macicy przez jamę brzuszną, dokonanych z powodu raka macicy, a więc w tych przypadkach, w których nie podobna było uniknąć podczas operacji zetknięcia się zakażonego narządu z jamą otrzewną. Na 3 godziny przed operacją zastrzykiwano 10 — 20 cem. surowicy MENZER'a podskórnie. Z 12-u operowanych 9 wyzdrowiało bez odczynu gorączkowego, 10-a, po dość późnem zagojeniu się rany, powikłanem przetoką pęcherzowo-pochwową pooperacyjną, zapadła po 51 dniach na zakrzep obu kończyn i zmarła nagle wskutek zatoru tętnicy płucnej, 11-a chora po operacji dostała zapalenia otrzewnej, wyzdrowiała jednak dzięki przedrenowaniu jamy otrzewnej i zraszaniu jej roztworem fizyol.: chorej tej zastrzyknięto również raz jeszcze surowicę. 12-a chora zmarła 4-go dnia po operacji na zapalenie ropne otrzewnej pomimo powtórnego wstrzyknięcia jej surowicy.

Co się tyczy terapeutycznego zastosowania surowicy MENZER'a, to pamiętać o tem trzeba, że skutek jej nie może być zawsze jednaki, już choćby dlatego, że niezawsze mamy do czynienia z jadowitymi streptokokami i obecnie pomimo najrozmaitszych metod badania [doświadczenie na zwierzęciu, aglutynacja, hemoliza i t. d.] nie możemy dokładnie określić, czy w danym przypadku mamy do czynienia z streptokokiem jadowitym, czy niejadowitym. Celem więc uniknięcia pomyłki i ze względu na nieszkodliwość surowicy, byłoby



może najodpowiedniej w każdym przypadku czystego zakażenia streptokokowego stosować surowicę, bo z góry trudno orzec, czy paciorkowiec, dziś jeszcze mało jadowity, nie stanie się jutro nadzwyczaj zgubnym. Idąc jeszcze dalej, zapytuje autor, czy nie należy radzić stosowania surowicy także i w tych przypadkach, w których zakażenie paciorkowcowe nie jest jeszcze jasno zdeklarowane, lecz w których obraz kliniczny bardziej za tem właśnie zakażeniem przemawia. Zato w zakażeniach saprofitycznych od stosowania surowicy wstrzymać się zupełnie należy.

W jakim czasie zakażenia mamy rozpoczynać stosowanie surowicy? WALTHARD w doświadczeniach na zwierzętach przekonał się, że surowica przeciwpaciorkowcowa, zastosowana w 1-y i drugim dniu zakażenia, może zwierzę uratować, gdy tymczasem już od trzeciego dnia zakażenia nawet duże dawki surowicy zwierzęciu nie pomogą. To samo dotyczy i człowieka: im wcześniej stosuje się surowicę, tem wyniki są lepsze, bo z chwilą gdy zakażenie doprowadziło już do wytworzenia wysięków, ognisk ropnych albo ropą nasiąkniętych zakrzepów, to surowica tylko szkodzić może, niszcząc bowiem niesłychanie wiele streptokoków, sprzyja oswobodzeniu się znacznej ilości protein toksycznych, które zatrzymane w ustroju, wywołują zatrucie organizmu toksynami (*toxinaemia*). Dlatego też, aby w tych razach skutek surowicy był pomyślny, należy jednocześnie z zastosowaniem jej otworzyć i przedrenować roпно, aby ropie dać odpływ należyty. Najskuteczniejszą więc jest surowica w przypadkach zapalenia paciorkowcowego błony śluzowej macicy (*endometritis streptococcica*), a szkodliwą, a przynajmniej nieskuteczną w przypadkach ropnicy, posocznicy i daleko posuniętego zapalenia otrzewnej, jednym słowem—tam, gdzie się już wytworzyły wysięki, ropnie, przrzuty i t. d. Autor zwraca jeszcze uwagę na bezskuteczność surowicy w przypadkach zakażenia u osób, które są dotknięte jednocześnie anemią wysokiego stopnia, gdyż u wielu organizm pomimo zastrzyknięcia surowicy nie jest w stanie wytworzyć dosyć siły bakteryobójczej do opanowania zakażenia. RUPPEL zwraca też uwagę na niestałość działania surowicy, co zależy od tego, że ilość substancji ochronnych przeciwko jadowitym hodowlom streptokoków w surowicy jest bardzo zmienna. Niestalość działania surowic przeciwpaciorkowcowych jest, niestety, dowiedziona: bywa czas, że każda przysłana z fabryki surowica działa skutecznie, innym zaś razem przysłana surowica pozostaje zupełnie bez działania. MENZER'a surowica nie jest też wolna od tego zarzutu. Jednak w 6-ciu przypadkach zapalenia paciorkowcowego błony śluz. macicy, stwierdzonego klinicznie i przez hodowle, wynik stosowania surowicy był bardzo dobry i autor miał to przekonanie, że w tych przypadkach siła bakteryobójcza organizmu sama nie wystarczyłaby do wyleczenia, lecz pomogło tu głównie pomnożenie substancji ochronnych w organizmie przez dawkę surowicy. W tych razach proteiny toksyczne, uwolnione przez surowicę, która zniszczyła streptokoki, nie zdołały wyrzeć na ustrój swego szkodliwego działania, bo wydzielili się razem z odpływem macicznym do pochwy. Inna rzecz, jak wiemy, z zamkniętymi jamami, np. z workiem otrzewnym, z którego proteiny toksyczne, tam się wytwarzające, nie mogłyby wydzielić się i zostałyby do ustroju wessane (*toxinaemia*). W przypadkach więc zapalenia paciorkowcowego otrzewnej, aby surowica mogła pomóc, należy jednocześnie z jej zastrzyknięciem pamiętać o przedrenowaniu jamy otrzewnej, które pozwoli na odpływ wysięku a z nim i toksyn zjadliwych. Zwłaszcza dotyczy to okresu wysiękowego, czyli późniejszego zapalenia otrzewnej, bo w początkowym okresie często już wystarczy samo zastrzyknięcie surowicy.



### 31. Opitz. W sprawie chirurgicznego leczenia ropnicy połogowej.

Przypadek ropnicy połogowej, połączonej z niewyrównaną wadą serca i leczonej przez autora chirurgicznym sposobem Bumm'a, nasunął mu szereg uwag krytycznych, dotyczących tej metody leczniczej. Wspomniana metoda polega, jak wiadomo, na zwykłym podwiązaniu żył powyżej miejsca zakrzepu, mianowicie *v. hypogastricae et spermaticae*. Przypadek Opitz'a zakończył się zejściem śmiertelnym, do czego, zdaniem autora, w znacznej mierze przyczyniła się obecność niewyrównanej wady serca. Ale i sama operacja w tych warunkach, w jakich się zwykle odbywa, nie może sama przez się dawać zbyt dobrego rokowania. Przedewszystkiem, jakie przypadki ropnicy połogowej nadają się do tego zabiegu? Otóż na to pytanie sam Bumm nie dał należytej wyraźnej odpowiedzi, jednocześnie zaś stwierdzić należy, że przy operowaniu ostrej ropnicy zawsze istnieje niebezpieczeństwo wybuchu zapalenia otrzewnej; wobec tego we wspomnianej grupie ropnicy nie trzeba się śpieszyć z wykonaniem operacji. Następnie, trzeba posiadać wielką sprawność techniczną, ażeby, jak Bumm, wykonać obustronne podwiązanie *v. hypogastricae et spermaticae* w ciągu 20—25 minut. Już ten krótki termin czasu, a tembardziej nieco dłuższy, spędzony przez operowaną w uśpieniu sztucznym, wystarcza do stłumienia i tak już słabo tlejącej iskry życia. Jeżeli zatem może być mowa o stosowaniu tej operacji, to wyłącznie prawie w przypadkach najcięższych; a więc w ropnicach po poronieniu, szczególnie kryminalnem, w ropnicach wskutek rozkładu resztek łożyska, wskutek łożyska przodującego. Chcąc operować w przypadkach ropnicy przewlekłej, należy przeczekać pierwsze trzy najniebezpieczniejsze tygodnie, ale tymczasem nikt nie może przewidzieć w początku ropnicy, czy dany przypadek przejdzie w stan przewlekły, czy też będzie miał przebieg ostry. Z drugiej wszakże strony widziano i liczne przypadki przewlekłej ropnicy, zakończone wyzdrowieniem bez operacji. Ogółem operowano w tych przypadkach 19 razy, w tem 6 wyzdowień, z nieoperowanych zaś, a wiadomych autorowi 18-u przypadków było 13 wyzdowień. Ze względu na tę nieznaczną statystykę, autor nie występuje zasadniczo przeciw metodzie Bumm'a, ale też i nie poczytuje jego wyników za dowód, przemawiający dobitnie na korzyść metody.

Ewentualne dalsze badania rzucą może nieco więcej światła na tę dotychczas ciemną, a tak ważną dla cierpiącej ludzkości sprawę.

(*Deutsch. med. Woch. 1905, Nr. 50.*)

W. Dobrowolski.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 10. Zastosowanie leczenia zastoinowego według metody Bier'a w praktyce ginekologicznej.

Zastój według BIER'a można otrzymać w trojaki sposób: przez owiązanie sznurkiem członka, przez działanie gorącego powietrza i przez rozrzedzenie powietrza w zamkniętej przestrzeni. Ten ostatni sposób próbowano już stosować w praktyce ginekologicznej. W tym celu J. RUDOLPH (*Zentralblatt f. Gynäkologie 1905, Nr. 39*) zatyka hermetycznie u góry zwyczajny wziernik mleczny korkiem przedziurawionym, przez który wprowadza rurkę szklaną. Rurkę tę przy pomocy rury gumowej łączy z pompką ssącą. Po umieszczeniu części pochwowej we wzierniku, razem z wypompowaniem z niego powietrza na-



stępuje silne przyssanie i wciągnięcie dolnej części macicy do wziernika, część pochwowa ulega przekrwieniu i wskutek zastoju w niej krwi mocno obrzmiewa i sinieje. Często przytem z macicy wydziela się nieco krwi, która zbiera się we wzierniku. EVERSMAAN (*Zentralblatt f. Gyn.* 1905. Nr. 48) zamiast wziernika mlecznego posługuje się cylindrem szklanym, u góry zamkniętym w rodzaju długiej bańki szklanej, od którego z boku odchodzi cienka rurka szklana, łącząca się zapomocą rurki gumowej z pompką ssącą. Na przebiegu rury gumowej mieści się kranik, pozwalający na regulowanie krążenia powietrza w cylindrze, ewent. stopnia zastoju. Szklany cylinder jest o tyle lepszy niż wziernik mleczny, że pozwala kontrolować przez swą ścianę stan zastoju macicy i ilość krwi i wydzieliny, spływającej do niego.

Działanie metody ssącej polega na tem, że w miarę rozrzedzania powietrza rozszerzają się naczynia maciczne, jednocześnie więc następuje przekrwienie, zwiotczenie macicy i powiększa się ilość kwasu węglanego we krwi. To jednak zwiotczenie po wyczerpaniu się nerwów rozszerzających naczynia, ustępuje miejsca z chwilą usunięcia działania bańki energicznej reakcyi nerwów, zwężających naczynia i następuje silny skurcz macicy.

Metoda zastoinowa jest wskazana w sprawach zapalnych szyjki i trzonu macicy, zwłaszcza w zapaleniu błony śluzowej, połączonej z obfitymi upławami. W samej rzeczy, zarówno R. jak i E. otrzymali wyniki zachęcające, stosując metodę BIER'a w sprawach zapalnych macicy. Według E. po kilku posiedzeniach zmniejszała się znacznie, a nawet znikła zupełnie wydzielina i wrażliwość macicy na ucisk. Metoda ta może również zastąpić skaryfikacje. R. stosował ją jeszcze w przypadkach braku miesiączkowania (*amenorrhoea*), a E. próbował rozmiękczać i usuwać w ten sposób pasma bolesne, stanowiące pozostałość zapalenia tkanki łącznej pozamacicznej [w jamie DOUGLAS'a]. Wciąganie macicy do wziernika naprzemian z uwalnianiem jej z niego po otwarciu kranika, działa w tym razie jak masaż.

Metodę ssącą R. i E. stosowali również z powodzeniem na brodawkę piersiową zapomocą odpowiedniego klosza szklanego [BIER'a] w przypadkach lekkiego zadrażnienia zapalnego naczyń limfatycznych piersi u karmiących, a także celem wzmoczenia wydajności gruczołu mlecznego.

R. przypuszcza, że metoda ta może być też przydatna do wywołania poronienia.

EVERSMAAN leczenie zastoinowe wykonywał w ten sposób, że z początku tylko co kilka dni, następnie jednak w coraz mniejszych przerwach, a wreszcie codziennie stosuje przyssanie macicy zapomocą cylindra swojego pomysłu. Przysadza go do części pochwowej i rozpoczyna wyciąganie powietrza z początku wolno i słabo, później coraz silniej. Skoro otrzymał pożądaną stopień zastoju, zamyka kranik zupełnie i przerywa dostęp powietrza. Po 5-ciu minutach otwiera znowu kranik na 1 minutę. Wtedy sina i głęboko wciągnięta do wziernika część pochwowa wysuwa się z niego i normalne krążenie krwi powraca. Po kilku chwilach całą tę procedurę znowu powtarza i kilka razy w ciągu 30-minutowego posiedzenia do niej powraca.

Zweygbbaum.

## II. Klawina. Nowy środek „Clavin”. [Sprawozdanie dra LABHARDT'a].

Na początku 1904 r. udało się WAHLEN'owi wyodrębnić klawinę (*Clavin*) — nową część składową sporyszu (*Secale cornutum*). Nowy ten środek wywołuje u zwierząt bardzo silne skurcze macicy bez drgawek i zgorzeli pomimo bardzo wysokich dawek. Jest to proszek w postaci drobniotkłych kryształków, łatwo rozpuszczalny w wodzie, formuły chemicznej bliżej jeszcze nie ustanowionej. Proszek ten stosuje się *per os*, a najwłaściwiej podskórnie w dawkach po 0,02 na raz. Najlepiej nadają się do tego tabletki, wyrabiane w fabryce



MERCK'a w Darmstadtzie, ściśle dozowane, które łatwo rozcierają się i rozpuszczają w niewielkiej ilości wody i wtedy mogą być zastrzykiwane pod skórę. Dr LABHARDT (*Munch. med. Woch.* 1906, N. 3) stosował klawinę w 32-u przypadkach; z tych — w 10 iu w okresie porodowym, w 20-u przed odejściem łożyska i w 2-ch w poronieniach. 11 razy zastosowana przy słabych bólach porodowych, zawsze była skuteczna, oprócz jednego przypadku, w którym stan chorej na razie się nie poprawiał i dopiero w 8 godzin po drugim zastrzyknięciu zjawily się silne bóle i po następnych 8-iu chora urodziła. W 2-ch przypadkach pomimo 2-krotnego zastrzyknięcia klawiny bóle wzmagaly się nieznacznie. W jednym z nich już po urodzeniu wystąpiło silne krwawienie, które ustąpiło dopiero po kilkakrotnem gorącym przestrzyknięciu macicy i powtórnem zastrzyknięciu klawiny. W 7-iu przypadkach skutek był widoczny: po każdym zastosowaniu już w kilka minut występowały silne bóle porodowe, które jednak słaby i zniewalały do powtórzenia zastrzyknięcia.

Te same wyniki otrzymano w 20-u przypadkach w okresie połogowym. Często jednak klawina sama nie wystarczała, a znakomicie dopomagały jej w tem masaże i przestrzyknięcie gorące, które znów same bez klawiny nie sprowadzały pożądanego skutku. Również przy poronieniach klawina okazała się skuteczną i bardzo pomocną ze stosowaniem jednocześnie tamponowaniem pochwy. Najlepiej jednak klawina się nadawała do zastosowania zapobiegawczego przed wykonaniem operacji akuszeryjnych: z 4-ch takich przypadków tylko w jednym trzeba było uciec się do gorących przestrzyknięcia. Nigdy przytem nie zauważono jakichkolwiek działań ubocznych, iniekcye były prawie niebolesne, skutek zaś szybki, bo już widoczny po 5—10-u minutach po zastrzyknięciu, rzadziej dopiero po kwadransie. Skurcze macicy były silne i trwały do 2-ch godzin. Jedno tylko zawsze rzuciło się w oczy, że dawka 0,02 jest za mała.

W każdym razie, klawina już tem przewyższa ergotynę, że może być stosowana we wszystkich okresach ciąży.

M. Wójcikowski.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej z d. 21.XII. 1905 r.

1) KARCZEWSKI A. przedstawił włókniak macicy podsurowiczy, uszypulowany. Przypadek ciekawy ze względu, że szypuła, mająca kształt taśmy długości około 5-u ctm. i szerokości 3-ch ctm., była skręcona.

2) Tenże uzupełnił przypadki, opisane przez siebie na czerwcowem posiedzeniu Sekcyi:

a) U chorej z posokowatym zapaleniem tkanki przymaciczej wskutek poronienia sztucznego nastąpiło zarośnięcie kanału szyjki macicznej i w następstwie *haematometra* i *haematosalpinx*.

K. celem usunięcia krwika rozpoczął operację od strony pochwy, lecz z powodu trudności przy odłuszczeniu wskutek blizn, przystąpił do cięcia brzuszego. Kolbowato rozdęte jajowody wyosobnił bez ich rozdarcia. Przy odłuszczeniu macicy, pomimo wielkich ostrożności, w pęcherzu powstała szpara poprzeczna długości około 1½ ctm., która niezwłocznie została zaszyta. W dwa miesiące po operacji chora wypisała się z zabliźnionymi zupełnie ranami.



b) W przypadku macicy podwójnej, operowanej z powodu krwotoku wewnętrznego, badanie mikroskopowe preparatu, dokonane przez dra M. ZIELIŃSKĄ, wykazało obecność wyraźnych kosmków i komórek doczesnej. Wobec tego niema wątpliwości, że była to ciąża jajowodowa.

Okazało się nadto, że jajowód, będący siedliskiem ciąży, ma światło podwójne. Oba światła jajowodu są widoczne dla gołego oka na skrawku, przygotowanym do badania mikroskopowego.

3) Tenże opisał przypadek, dotyczący 24-letniej kobiety, która rodziła już 2 razy. W sześć tygodni po ostatnim peryodzie d. 10. VIII zjawilo się krwawienie, które trwało przez tydzień; w dwa dni po ustaniu krwawienia wypadł z organów płciowych kawałek tkanki, poczem krwawienie stało się obfitsze i trwało blisko 3 tygodnie. 8.IX dostała mocnych bólów i omdlenia. W końcu września zjawily się bóle w krzyżu, parcie na stolec i gorączka; w wypróżnieniach chora zauważyła obecność ropy.

Małą miednicę wypełnia stwardnienie, sięgające na 4 — 5 palców powyżej spojenia i dobrze wyczuwane przez sklepienia i nieco bolesne. Poczytując sprawę za zapalną z przejściem w ropienie i otworzenie się do odbytnicy, K. zalecił odpowiednią kurację.

Tymczasem w nocy z 27-go na 28-go października chora oddała przez kiszkę stolcową około 1 — 1½ litra krwi. K. wykonał cięcie brzuszne. Po usunięciu prawego jajowodu, torbielowato rozszerzonego, okazało się, że poza macicą istnieje jamą, wypełniona skrzepami krwi. W dniu jamy, t. j. w przedniej ścianie odbytnicy znajduje się otwór przepuszczający palec. Z lewej strony przydatki tworzyły t. zw. guz jajowodowo-jajnikowy, który przy wyosabnianiu pękł, przyczem wylało się około łyżeczki ropy.

W wyciętym prawym jajowodzie w rozszerzonej części znaleziono twór, podobny do skrzepu krwi, w którym przy badaniu mikroskopowym znaleziono nieliczne kosmki łożyskowe wśród masy włóknikowej z ciałkami krwi. Mieliśmy więc do czynienia z ciążą jajowodą i krwotokiem do odbytnicy. Chora wyzdrowiała.

4) JAWORSKI J. wygłosił odczyt p. t. „Statystyka raka macicy“.

Zaznaczywszy we wstępie, że sprawa śmiertelności wogóle na raka budzi w ostatnich latach szerokie zainteresowanie nie tylko w świecie uczonym, lecz i w organach rządowych oddzielnych państw, które uchwalają kredyty na jej badanie [parlament niemiecki, wielko-książęcy rząd badencki], mówca wskazuje, że obecnie w wielkich miastach Europy i Ameryki Północnej istnieją osobne instytucje pod przewodnictwem znanych uczonych, komitety, instytuty w celach badania i zapobiegania szerzeniu się raka. Specyjalnie zaś sprawa raka macicy jest przedmiotem bardzo szczegółowych poszukiwań i dociekań jak na zjazdach ginekologicznych, np. w Rzymie, w Giessen, tak też i przez oddzielnych autorów [WINTER DÜHRSEN, BARTSCH, VILLION i inni].

Właściwą treść odczytu swego JAWORSKI ujął w kilkanaście tablic, na których podał statystykę śmiertelności wogóle na raka i na raka oddzielnych narządów wśród ludności Londynu i innych miast angielskich; śmiertelność na raka w Szkocyi, Irlandyi w Prusiech, specyjalnie w Hamburgu, w Austryi, we Francyi, specyjalnie w Paryżu, we Włoszech, Szwajcaryi, Holandyi, Szwacyi, Norwegii, w wielkich miastach Ameryki Północnej; i na trzech wielkich tablicach statystykę własną śmiertelności na raka w m. Warszawie. Cyfry te pochodzą bądź ze sprawozdań urzędowych, bądź z prac oddzielnych autorów, bądź z wykazów Towarzystw ubezpieczeń na życie.

Statystykę śmiertelności na raka w m. Warszawie prelegent układał na podstawie danych w wydziale statystycznym i w Archiwum m. Warszawy.



Z zestawień liczbowych, przedstawionych na tablicach, a pochodzących z różnych lat i za różny okres czasu, od paru lat do 20-u i kilku, J. wyprowadza następujące wnioski: 1) Liczba chorych, *resp.* śmiertelność na raka stopniowo i stale się zwiększa. 2) Liczba zejść śmiertelnych na raka wzrasta w stosunku wyższym, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności. 3) Kobiety zapadają na raka w ogólności częściej, niż mężczyźni. 4) Wszystkie narządy u mężczyzn z wyjątkiem płciowych bywają dotknięte rakiem częściej, niż u kobiet, z drugiej jednak strony częściej, z jaką rak widuje się w narządach płciowych kobiecych, bywa tak wielka, że nie tylko wyrównywa ogólne cyfry zachorowań na raka kobiet w porównaniu do mężczyzn, lecz przewyższa znacznie cyfry, określające liczbę zachorowań, *resp.* śmiertelności na raka wśród mężczyzn. 5) Na raka choruje obecnie przeciętnie więcej ludzi w młodym wieku, niż poprzednio. 6) Na raka macicy [w Warszawie] żydówek zapada bardzo niewiele, a jeszcze mniej na raka sutki.

Według statystyki JAWORSKIEGO w latach 1832 — 1904 na raka zmarło w Warszawie 3422-ch mężczyzn, 4849 kobiet, t. j. prawie 1½ raza więcej, niż mężczyzn, a na raka macicy 1616, stosując sposób obliczenia SCHRÖDER'a.

Śmiertelność na raka w Warszawie na 10000 mieszkańców wynosiła

z okresu 1882 — 1901	6,62
w roku 1902	— 7,10
w roku 1903	— 7,40
w roku 1904	— 6,26

Przeciętna śmiertelność na raka w Warszawie w stosunku do sumy ogólnej zajęć śmiertelnych przynosiła:

z okresu. 1882 — 1901	2,62%
w roku 1902	— 3,97%
w roku 1903	— 3,33%
w roku 1904	— 3,01%

Śmiertelność na raka macicy w Warszawie od 1895 — 1904 według J. wynosiła 625 osób, wówczas, gdy na raka sutki 149; a na raka przełyku, żołądka i kiszki łącznie w tym samym czasie 1565 kobiet.

Wskazawszy na bezpodstawność zarzutów, że ów wzrost % śmiertelności jest jakoby pozorny dzięki dokładniejszemu obecnie metodom badania, J. przyszedł do objaśnienia statystyki raka macicy, ułożonej według wzoru WINTER'a.

W odnośnej tablicy J. przedstawił stosunek wogóle raka macicy do przypadków „nadających się do operacji“ (*Operabilität*) a także % śmiertelności; następnie % wyleczeń, t. j. brak nawrotu w ciągu 5 lat; w końcu % wyzdrowień, t. j. brak nawrotu po 5-u latach.

Z przytoczonych cyfr [według OLSHAUSEN'a, CHROBAK'a, ZWEIFEL'a] wynika: 1) że tylko 28,7% ogólnej liczby zgłaszających się z rakiem macicy nadaje się do operacji radykalnej, a według statystyki JAWORSKIEGO za 10-lecie tylko 20%. 2) że % śmiertelności po operacji wynosi 5,7 i 3) że % absolutnego wyzdrowienia wynosi 11,8, obliczając go nie z liczby operowanych, lecz wszystkich zgłaszających się o poradę.

Przyczyna tak niekorzystnych wyników leczenia raka macicy, zdaniem mówcy, bywa: spóźnione zwracanie się o radę lekarską, a następnie niezastosowanie się w odpowiednim czasie, lub zupełnie do rady, aby poddać się operacji. Wina „zapóźno“ nie leży zazwyczaj w samym raku, lecz bywa po stronie osoby nim dotkniętej. Za powód tak licznych zaniedbanych przypadków raka macicy, a stąd i bezskuteczności odpowiedniego leczenia, prelegent uważa nasamprzód brak znajomości wiedzy ginekologicznej i lekceważące traktowanie takich chorych przez lekarzy domowych; powtóre—brak odpowiednich



wiadomości o chorobie tej ze strony akuszerki; brak odpowiedniej organizacji pomocy lekarskiej dla szerokich mas; w końcu zachowanie się samych chorych, niedość uświadomionych o istocie choroby.

JAWORSKI na zakończenie oznajmia, że celem polepszenia pod tym względem stanu rzeczy uważa za konieczne utworzenie u nas komitetu w celu badania i zwalczania wogóle choroby raka, a specjalnie raka macicy. Jednym z zadań tego komitetu będzie podjęcie akcji społeczno-lekarskiej w kraju naszym, na wzór istniejącej w Prusiech Wschodnich, o której wynikach zaznajamia obecnych zapomocą tablicy ze świeżo wyszłej pracy WINTER'a p. t. (*Die Bekämpfung des Utruskrebses*).

Komitet, o którym mowa, powstaje przy Warsz. Tow. Hygienicznem, a grono zarówno lekarzy, jak i osób z poza sfer lekarskich, na propozycję J. chęć i zgodę podjęcia pracy w tym kierunku wyraziło.

W dyskusyi SIENHAUS twierdzi, że liczba żydówek, zmarłych na raka macicy w ciągu 11-u lat, podana przez J., jest stanowczo za mała, gdyż on sam w tym czasie widział około 100 rakowatych macic, wyciętych w szpitalu żydowskim; powtórę, że większa częstość raka u kobiet zależną jest od większej ich liczby w danej miejscowości w stosunku do mężczyzn; następnie, że rak żołądka i macicy i dziś nie bywa łatwym do rozpoznania, a zejście kończy się często nietypowo, bo krwotokiem wewnętrznym.

JAWORSKI odpowiada, że wogóle statystyka śmiertelności wśród żydów bywa mniej ściśłą z powodu przesądów, które każą im ukrywać istotę choroby i zejścia; że te 100 przypadków S. dotyczą osób nie zmarłych na raka macicy, lecz operowanych z powodu niego; że do szpitala żydowskiego przybywają chore z całego kraju, statystyka zaś J. obejmuje tylko mieszkanki Warszawy i w dodatku stałe. Dalej J. odpowiada, że według zasad nauki statystyki zawsze uwzględnia się przy zestawianiu cyfr stosunek liczebny kobiet i mężczyzn i wtedy dopiero wyprowadza się wnioski; następnie, że w końcowym okresie swym rak żołądka nawet, gdy przebiega nie w postaci guza, lecz jako naciek ścian, bywa zwykle co do objawów, chorobą typową, a rak macicy w okresie rozpadu rozpoznany być może nawet *par distance*. W końcu J. odpowiada, że twierdzenie, jakoby wogóle śmiertelność na raka nie wzrastała, jest zupełnie dowolne. Zaprzeczają temu właśnie przedstawione tu statystyki wszystkich krajów, z różnych źródeł, przez pojedyncze osoby i przez ciała zbiorowe zestawione. Z uczonych tylko stary KÖNIG upiera się dziś przy zdaniu, że śmiertelność na raka nie wzrasta, dowodów jednak na to nie podaje.

SAWICKI BR. zapytuje, o ile w statystykach zaznaczane są przyczyny i momenty etyologiczne odnośnie raka, jak np. rzadkość raka, gdzie zimnica panuje endemicznie.

JAWORSKI odpowiada, że niektóre statystyki [amerykańskie, niemieckie] zaznaczają drobiazgowo: płeć, siedlisko, wiek, stosunki dziedziczne i rodzinne, np. *cancer à deux* [rak u obojga małżonków], żywienie, wyskok, uraz, wpływ ciąży na rozwój raka, wyniszczające choroby ustrojowe i t. d., wreszcie dodaje, że celem objaśnienia tej sprawy chorobowej kierują się obecnie trzema teoriami: pasożytniczą, teorią dziedziczności i urazową.

BORYSSOWICZ i THIEME, powołując się na osobistą liczną praktykę wśród żydówek i na roczne sprawozdania Warsz. Zakładu Ginekologicznego, potwierdzają zdanie JAWORSKIEGO co do rzadkości raka macicy u żydówek.

M. Rylko.



## Wiadomości bieżące

— W Paryżu, przed rokiem, pod przewodnictwem dra RIVIÈRE'a zawiązało się międzynarodowe stowarzyszenie walki z wojną (*Association médicale internationale pour aider à la suppression de la guerre*). Stowarzyszenie to rozesłało do różnych miejscowości i osób, między innymi i do naszej redakcji zaproszenie do zawiązania miejscowego Komitetu, mającego ten sam cel, co stowarzyszenie wymienione.

— We Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem wybrano na rok 1906 na prezesa dra STACHIEWIŃCZA, na wiceprezesa docenta dra KOŚMIŃSKIEGO, na sekretarza do rocznego dra W. ZIEMBIKIEGO.

— Z powodu 50-lecia zaprowadzenia w Wiedniu wykładów klinicznych laryngologii i rinologii przez TÜROK'a i CZERMAK'a, Towarzystwo laryngologiczne Wiedeńskie urządza między 21 — 25-ym kwietnia r. b. międzynarodowy Kongres laryngo- i rinologów pod przewodnictwem prof. CHIARI'ego.

— Rząd austriacki prócz dawniejszej 20-milionowej zasięgnął nową pożyczkę na uposażenie klinik lekarskich [głównie w Wiedniu i w Pradze] i zbudowanie uzdrowiska dla suchotników.

— Na zapytanie austriackiego ministra oświaty do wszystkich uniwersytetów w państwie co do habilitacyi kobiet, przychylna odpowiedź nadeszła tylko od uniwersytetu praskiego niemieckiego.

— W Wiedniu klinikę lekarską po NOTHNAGEL'u obejmuje prof. von NOORDEN.

— Kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie między 4 — 7-ym kwietnia r. b. pod przewodnictwem prof. KÖRTE'go. Na porządku dziennym postawiono kwestye: 1) *Kriegschirurgische Fragen nach den Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege* [referent ZOEGE v. MANTEUFFEL, SCHAEFER, BRENTANO, COLMERS, v. OETTINGEN, HENLE]. 2) *Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs* [ref. KRÖNLEIN]. 3) *Ueber die weitere Entwicklung der Operation hochsitzender Mastdarmkrebse* [ref. KRASKE]. 4) *Diskussion ueber die Biersche Starungsbehandlung bei acuten Entzündungen*.

— Z powodu 25-lecia zaślubin cesarza Wilhelma miasto Bonn przeznaczyło 500000 marek na zbudowanie uzdrowiska dla suchotników.

— W Marsylii otwarto Instytut studyowania chorób podzwrotnikowych.

— W Paryżu w ciągu 10-lecia [1894 — 1904] liczba lekarzy z 2421 wzrosła do 3664, a więc o  $\frac{1}{3}$ , gdy przyrost ludności w tymże czasie zwiększył się o  $\frac{1}{6}$ . Poza koryfeuszami, większość lekarzy w Paryżu nie zarabia rocznie więcej niż 6000 franków, a więcej niż 1000 nie zarabia 3000 franków rocznie.

— Wedle *Sei-I-Kwai Medical Journal* w ostatniej wojnie rosyjsko-japońskiej zginęło 70-u lekarzy, a mianowicie 29-u zostało zabitych, a 41 zmarło z chorób.

— Zmarli: we Wrocławiu prof. chirurgii KOLACZEK; w Petersburgu KOSTENICZ, b. profesor okulistyki w Warszawie.