

GAZETA LEKARSKA

TRESĆ. I. JAN GREK i MAREK REICHENSTEIN. Wpływ wyciągu paproci samezej (*Extr. filicis mar. aeth.*) i naparu senesowego złożonego (*Inf. Sennae comp.*) na zachowanie się ciałek białych krwi u człowieka. Str. 193. II. TADEUSZ JAROSZYŃSKI. Przyczynę do psychoanalizy i psychoterapii histeryi. (Dok.). Str. 197. III. MICHAŁ PIETKIEWICZ. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet. (Dok.). Str. 202. *Dział sprawozdawczy.* 26. MAURZYCY PERRIN. O anemii surowiczej ostrej i przewlekłej. Str. 207.—27. AUDIBERT i MONGES. O auto-seroterapii puchliny brzusznej. Str. 208.—28. KAROL NOORDEN. O blednicy. Str. 209.—29. PAWEŁ RETTIG. Splenomegalia typu GAUCHER'a. Str. 210. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Z KLINIKI LEKARSKIEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO [PROF. DR A. GLUZIŃSKI].

Wpływ wyciągu paproci samezej (*Extr. Filicis mar. aeth.*) i naparu senesowego złożonego (*Inf. Sennae comp.*) na zachowanie się ciałek białych krwi u człowieka ¹⁾.

Podali

Dr Jan Grek i Dr Marek Reichenstein,

asystenci kliniki.

W pracy ogłoszonej przed dwoma laty w „Lwowskim Tygodniku Lekarskim“ i „Wiener med. Wochenschrift“ zdaliśmy sprawę z wyników naszych badań nad składem krwi u ludzi, posiadających w swym przewodzie pokarmowym *Taenia solium*, względnie *Taenia mediocanellata*, i przyszlśmy na zasadzie tych badań do przekonania, że skład krwi u człowieka z tasiemcem różni się od składu krwi u człowieka w warunkach normalnych. Mogliśmy mianowicie wykazać mierne zwiększenie liczby ciałek białych, względny i bezwzględny

¹⁾ Według odczytu, zgłoszonego na I Zjazd Internistów Polskich w Krakowie w lipcu 1909 roku.

spadek leukocytów o granulacji neutrofilnej, względny i bezwzględny wzrost leukocytów o granulacji eozynochłonnej, jako też względne i bezwzględne zwiększenie się liczby limfocytów małych. Pod koniec naszego referatu zapowiedzieliśmy streszczenie dalszych badań nad zachowaniem się ciałek białych u tych osobników podczas podawania *Extractum filicis maris aeth.* i *Infusum Sennae compositum* w celach leczniczych i skład krwi po zadziałaniu tych środków, względnie po skutecznem leczeniu, mającem na celu usunięcie tasiemca z przewodu pokarmowego. Wywiązując się z tego zadania, podajemy poniżej tablicę, dotyczącą danego przedmiotu, którą chcielibyśmy poprzedzić kilkoma uwagami metodologicznymi.

Chory, którego liczbę i skład ciałek białych przed rozpoczęciem leczenia zbadaliśmy, otrzymywał polecenie użycia przez dzień lub dwa dni zrzędu środka przeczyszczającego, zwykle oleju rącznikowego, celem dokładnego opróżnienia jelit z zalegających mas kałowych. Dyeta w dniu poprzedzającym leczenie była skąpa. Chory dostawał *Extr. filicis maris aeth.* na czczo w ilości 10—12-grm., które zażywał w kapsułkach żelatynowych w ciągu godziny w naszej obecności. Rozpoczęcie leczenia poprzedzało badanie liczby i jakości ciałek białych. Cyfry otrzymywane przy tem badaniu, porównywane ewentualnie z innemi, otrzymywanemi wśród tych samych warunków na dwa i trzy dni przed rozpoczęciem leczenia, uważaliśmy za podstawowe, wedle których oznaczaliśmy wzrost, względnie spadek ciałek białych w następnych godzinach. Dodać jeszcze musimy, że chorzy w ciągu następnych 4-ch—5-u godzin, a nawet i dłużej, żadnych pokarmów nie przyjmowali.

Inf. Sennae comp. podawaliśmy dopiero po 2-u lub 3-ch godzinach po przyjęciu *Extr. filicis mar. aeth.* Właściwie więc tylko możemy mówić o znanem nam działaniu *Extr. filic. mar.* na ciałka białe w dwu pierwszych godzinach czyli w 3 godziny od chwili rozpoczęcia leczenia. W następnych godzinach, mimo że mogliśmy spostrzegać naszych chorych do 9-u godzin, nie możemy mówić o czystem działaniu *Extr. filic. mar.*, bo chorzy wypijali po tym czasie do 200 grm. *Inf. Sennae comp.*, które, jak zobaczymy, nie jest bez wpływu na leukocytozę.

Już po pierwszej zaraz godzinie widzimy na 37-u badanych przypadkach w 76% wzrost liczby ciałek białych, który w następnej godzinie dotyczy nawet 90% wszystkich badanych osobników. Przeciętnie liczba ciałek białych wzrosła w tych dwu godzinach o 28%, względnie 39%.

Uwzględniając skład procentowy krwi, spotykamy w grupie leukocytów o granulacji neutrofilnej w przeważnej liczbie przypadków wzrost o 13%, względnie 17%, co jeszcze bardziej uwydatnia się przy uwzględnieniu bezwzględnej liczby leukocytów neutrofilnych, która w 76-u%, względnie 91% przypadków wzrosła o 43% i 58% pierwotnej liczby, to znaczy liczby ciałek białych przed podaniem *Extr. filic. mar.*

Odpowiednio do tego wzrostu procentowej i bezwzględnej liczby leukocytów wielojądrzastych o granulacji neutrofilnej, widzimy spadek znaczniejszy procentowego składu leukocytów eozynochłonnych, mniej wyraźny po

pierwszej godzinie, wyraźniejszy, bo dotyczący 82% wszystkich osobników, w drugiej godzinie.

Podobnie zachowują się i limfocyty małe w procentowym swym składzie, które jednak już po pierwszej godzinie u 70% osobników spadły o przeciętnie 19%.

Innemi więc słowy, leukocytoza poprzednio już zaznaczona, wzrasta jeszcze bardziej. Leukocytoza ta jest prawdziwą leukocytozą neutrofilną, przy odpowiedniem zmniejszeniu eozynoflów i limfocytów.

Przyjrząwszy się w dalszym ciągu w tablicy grupie B., która uwzględnia tylko *Extr. filic. mar. aeth.* i grupie C., która ma oku znowu tylko czas podawania *Inf. Sennae comp.*, widzimy w dalszym ciągu te same mniej więcej stosunki. Rozdział wpływu jednak obu tych środków na ciała białe jest niemożliwy i dlatego chcąc wyrobić sobie pojęcie o działaniu samego *Inf. Sennae comp.*, podaliśmy je wśród tych samych warunków na wewnątrz, co osobnikom posiadającym tasiemca, chorym klinicznym cierpiącym na inne choroby. Dla przykładu przytoczymy dwa przypadki, z których jeden dotyczył chorej z kamicią żółciową, a drugi chorej z *haemoglobinuria paroxismalis*.

Z porównania cyfr, otrzymanych u tych chorych z cyframi otrzymanymi po dwu pierwszych godzinach podania *Extr. filicis maris*, widzimy zgodność o tyle, że znowu widzimy leukocytozę i to po pierwszej godzinie wzrost o 13%, po 2-iej o 52%, po 3-iej o 31%, po 4-iej 30%.

Wobec tego, że i *Extr. filicis mar.* i podawanie *Inf. Sennae comp.* dało nam zgodnie powiększenie liczby ciałek białych, leukocytozę neutrofilną, zmniejszenie się limfocytów, nie można mówić o jakimś specyficznem działaniu jednego z tych środków w danym kierunku.

Zwiększenie liczby ciałek białych pod wpływem środków podawanych na wewnątrz, nie jest niczem odosobnionem w literaturze farmakologicznej. Znaną jest leukocytoza trawienna w fizyologii po spożyciu obfitszej ilości pokarmów i brak jej w klinice u ludzi cierpiących na chorobę przewodu pokarmowego¹⁾, znane są doświadczenia na ludziach i zwierzętach, które dowodzą zwiększenia znacznego liczby ciałek białych przy przyjęciu goryczek i środków wzmacniających, jak *Tinct. myrrhae*, *T. chinae*, *T. amara* i *T. ferri pomat.* [HIRT²⁾].

Dawne doświadczenia H. MEYER'a i SIEGEN'a, z których zdaje sprawę BINZ³⁾, a które autorowie ci wykonali na sobie samych, wykazały przy pomocy, co prawda, prymitywnej jeszcze techniki liczenia ciałek białych, zwiększenie tychże prawie w dwójnasób pod wpływem terpentyny, kamfory, oleju

1) R. RENCKI. Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidzowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej. Pamięnik Jubileuszowy prof. KORCZYŃSKIEGO 1900.

2) HIRT. Ueber das numerische Verhältniss zwischen der weissen und rothen Blutzellen. Johann Müllers Archiv 1856, cytowane według POHL'a.

3) BINZ. Ueber einige Wirkungen aetherischer Oele. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmacologie. 1876, t. V, str. 109.

cynamonowego, kozłkowego jako też innych środków. Eksperymentalnie POHL¹⁾ potwierdza i rozszerza doświadczenia swoich poprzedników i wykazuje że: „die intensiven Riechstoffe der Früchte und Gewürze (zumeist Ester und Terpene sowie die Bitterstoffe und gewisse Alkaloide) bewirken oft in kurzer Zeit ein deutliches Ansteigen der Zahl weisser Blutkörperchen im circulirendem Blut“.

Podobne zwiększenie, jak powiedzieliśmy, spotykamy także przy zaży-
ciu *Extr. filicis mar.* i *Inf. Sennae comp.* Że jedynie wprowadzenie jakiegokol-
wiek środka do żołądka nie wystarcza do wywołania leukocytozy, udowodnił
między innymi także POHL.

Zwiększenie więc liczby ciałek białych przez nas spotykane, nie można
odnieść do samego aktu trawienia żołądka i przyjąć należy pewien wpływ che-
miczny środków przez nas podanych na liczbę ciałek białych. Która z części
składowych w nich zawarta leukocytozę tę wywołuje, trudno nam rozstrzy-
gnąć. Trzebaby mianowicie podjąć badania z poszczególnymi ich częściami
składowymi.

Jeżeli który z pojedynczych składników *Extr. filicis mar. aeth.*²⁾ mógłby
wchodzić tu w rachubę, to chyba olejki eteryczne z paproci i kwas paproci,
a ewentualnie także *Katartyna* w *Inf. Sennae comp.*³⁾.

Danych jednak żadnych nie spotkaliśmy w literaturze, a do doświadczeń
eksperymentalnych na zwierzętach nie chcieliśmy się uciekać.

Pozostaje więc tylko stwierdzenie nagiego faktu, że każdy z tych środ-
ków z osobna i oba razem sumując się w swem działaniu, prowadzą do leuko-
cytozy.

Obok działania dodatnio chemotaktycznego należy przyjąć i pewien wpływ
drażniący na błonę śluzową przewodu pokarmowego, który także stwierdzić
się daje przy stosowaniu tych środków w postaci przymieszki śluzu, czasami
krwawozabarwionego w wypróżnieniach.

Objawy podrażnienia błony śluzowej jelit należy odnieść prawdopodo-
bnie wyłącznie do samego *Extr. filicis mar.*, raz dlatego, że często u naszych
chorych notowaliśmy biegunkę z przymieszką śluzu krwawo zabarwionego je-
szcze w czasie przed podaniem *Inf. Sennae comp.*, a powtórę, że wszyscy auto-
rowie, którzy robili doświadczenia nad działaniem przeczyszczającym środ-
ków z grupy pochodnych antracenu (między innymi *Senna*) zgodnie podnoszą

1) POHL. Ueber den Einfluss von Arzneistoffen auf die Zahl der kreisenden weissen Blutkörperchen. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol. t. XXV, str. 51.

2) Wyciąg zawiera: (W. ZAJĄCZKOWSKI: Komentarz do VII wydania Farmakopei austriackiej, 1895) „znaczna ilość eteru tłustego, żywicy, kwas filikogarbnikowy i kwas paprociowy.

O. A. OESTERLE: Grundriss der Pharmakochemie, 1909: „Rhisoma Filicis. Nephrodium Filix mas Michaux (*Aspidium Filix mas* [L.] Swartz). Bestandtheil: Aetherisches Oel (enthält: Hexylester und Oktylester der Fettsäuren von der Buttersäure bis zur Pelargonsäure, freie Fettsäuren von der Propionsäure bis zur Capronsäure), Filixsäure, Albaspidin, Flavaspidsäure, Aspidinol, Phloraspin, Filmaron, fettes Oel, Gerbstoff, Wachs“.

3) *Inf. Sennae compos.* = *Inf. laxativum* = Napar senesowy złożony składa się: Liście senesowe 1, woda gorąca 7, do cieczy precedzonej (*collatura*) dodaje się soli Seignette'a 1, zwykłej mанны 3.

brak wszelkich objawów zapalnych na błonie śluzowej jelita w następstwie działania tych środków (MAGNUS ¹⁾, SCHMIEDEBERG ²⁾).

Z ustąpieniem działania tych środków, ustępuje także leukocytoza i stan krwi pod względem ciałek białych zbliża się do tego stanu, który spotykaliśmy na początku rozpoczętego doświadczenia.

Leukocytoza, jak widzimy, tylko przez czas krótki się utrzymuje. Większe zapotrzebowanie organizmu pokrywają z pewnością leukocyty już istniejące i do nowotworzenia się w narządach krwiotwórczych organizm uciekać się nie potrzebuje. Przy żadnym ze setek preparatów liczonych nie spotykaliśmy nigdy ciała czerwonego jądrzastego albo innych objawów, świadczących o regeneracyi krwi, jako następstwie większego zapotrzebowania.

Ciałka białe tak pod względem liczby, jak i jakości chorych, u których tasiemiec został z przewodu pokarmowego usunięty w całości,—a mieliśmy sposobność zbadać 21 przypadków takich w ciągu pierwszych paru tygodni po udaleniu leczenia—nie różnią się zasadniczo od zachowania się ich podczas obecności tego pasorzyta w przewodzie pokarmowym, choć widzieliśmy przypadki, w których np. 21% eozynofików podczas obecności tasiemca spadło na 5% po usunięciu tegoż. To odporne zachowanie się układu leukoblastycznego narządów, znajduje analogię swoją w podobnym zachowaniu się także i układu erytroblastycznego. Wiemy bowiem, że np. objawy ciężkiej niedokrwistości, które wystąpiły w następstwie obecności w organizmie ludzkim tęgoryjca dwunastnicy, potrzebują bardzo długiego czasu do zmiany na lepsze, nawet wtedy, kiedy pasorzyt ten z przewodu pokarmowego zostanie usunięty i kiedy nie może już wywoływać ujemnego wpływu swojego na narządy krwiotwórcze.

II. Z ODDZIAŁU CHRONICZNYCH CHORYCH NERWOWYCH DRA Z. BYCHOWSKIEGO W SZPITALU NA PRADZE.

PRZYCZYNEK DO PSYCHOANALIZY I PSYCHOTERAPII HISTERYI.

[Przypadek z usuniętą siedem lat trwającą paraplegią histeryczną].

Podał

Tadeusz Jaroszyński.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 8).

Mamy tu więc do czynienia z przypadkiem histeryi, symulującej porażenie organiczne; błędem w dyagnozie sprzyjało tu ist-

^{1) 2)} SCHMIEDEBERG. Grundriss der Arzneimittellehre.

nie gardu [mylnie myślano o *caries' vertebrarum*], oraz zaburzenia uryny, istniejące od czasu porażenia [symulowane przez chorą]. Na historię wskazuje charakter porażenia bez zmian ze strony odruchów [zachowanie odruchów skórnych, brak *clonus*, objawu BABIŃSKIEGO], oraz z nietypowymi zmianami czucia [znieczulenie połowicze przy porażeniu poprzecznym]; dalej brak zmian troficznych [odleżyn i t. p. przy długotrwałym porażeniu], wreszcie trwały i szybki wynik terapeutyczny—ustąpienie porażenia w ciągu 12-tu dni pod wpływem leczenia psychicznego.

Analizę psychologiczną przeprowadziliśmy w kierunku przyczyn seksualnych [w celu interpretowania przypadku w duchu teorii FREUD'a] oraz w kierunku suggestyjonowania chorej przez otoczenie [w celu określenia elementu „pityatycznego“ według teorii BABIŃSKIEGO].

1. Psychoanalizę przeprowadzono częścią w hipnozie, częścią na jawie, nie idąc tu za FREUD'em, który prowadzi w ostatnich czasach analizę na jawie; w danym przypadku łatwiej było wydobyć u chorej dawne wspomnienia w hipnozie, po której przeminięciu właśnie następowała amnezja wydobytych faktów. Chora w istocie doznała w życiu kilku urazów, które wpłynęły na przebieg choroby. Raz w 8-ym roku życia przeleżała się na ulicy cygana, doznawszy wtedy rodzaju „napadu“ [chorą od dziecka rodzice stale straszili cyganem: „Jak nie będziesz grzeczna, przyjdzie cygan.“]. Że odbiło się to na jej życiu późniejszym, dowodzi fakt, że od tego czasu bała się mężczyzn brunetów, co pozostało jej w pewnym stopniu do dnia dzisiejszego [bała się np. lekarzy brunetów]. W 15-ym roku życia spotkał ją podobny uraz, już, wyraźnie natury seksualnej — dwu mężczyzn napadło na nią na ulicy wieczorem, wciągnęło do bramy; tam dostała spazmów, „drgawek nerwowych“, nie mogła sama wrócić do mieszkania, dokąd odprowadził ją stróż domu. W 21-ym roku życia miała przejścia ze szwagrem, które były prawdopodobnie bardziej bezpośrednią przyczyną jej choroby. Gdy siostra, u której mieszkała, ciężko chorowała, szwagier ją wtedy napastował, dając różne przyczyny. Chorej szwagier się podobał, ale wszelkie kroki z jego strony odrzucała ze wstrętem ze względu na siostrę i po części na dawniejszą odrazę do mężczyzn. Po śmierci siostry szwagier zaproponował jej wspólne mieszkanie ze sobą, mówiąc, że sama nie zdoła się utrzymać, że nie jest wskutek chorowitości zdolną do pracy i t. d. Chora miała się wtedy wyrazić: „Raczej stanę się nędzarką, niż pójdę do ciebie.“ W tym właśnie czasie chora doznawała omdlenia w nogach, które w pół roku potem przeszło w porażenie.

Jeśli powyższe fakty interpretować w duchu teorii histeryi FREUD'a, to mamy tu:

1) uraz w dzieciństwie, który powtórzył się w okresie pokwitania i który seksualność u chorej zabarwił ujemnie pod względem wzruszeniowym [odraza do mężczyzn];

2) przyczynę do tłumienia w sobie swych uczuć seksualnych [w związku ze szwagrem: z jednej strony miała dla niego uczucie, z drugiej—tłumiła je ze względu na siostrę], czyli *Verdrängung* w pojęciu FREUD'a;

3) usposobienie do „konwersji“, t. j. do wyładowania się tego afektu-

stłumionego i uwięzionego w podświadomości, w objawach ruchowych—porażeniu [ciężkie warunki materyalne, choroba płucna, afera [ze szwagrem], co FREUD nazywa *Flucht in die Krankheit*. Wreszcie dodać należy, że po wydobyciu na jaw idei traumatyzujących i przejścia ich do świadomości (*Abreagierung des eingeklemmten Affectes*) usposobienie chorej zmieniło się, stała się weselszą, mniej dokuczliwą dla otoczenia, przestała się skarżyć na mnóstwo dolegliwości i t. d. Jednocześnie ustępowały objawy ruchowe, jakkolwiek i pod wpływem innych czynników leczniczych—elektryzacyi, reedukacyi ruchowej i psychoterapii gólnej.

2. Strona pityatyczna przypadku. Jeśli przypadek ten analizować z punktu widzenia teorii BABIŃSKIEGO, utrzymującego, że auto- i heterosuggestye odgrywają wyłączną rolę w historii, to znajdujemy tu wiele punktów, pogląd ten potwierdzających. Tło dla pityatyzmu—„interes chorowania“—odegrał tu rolę wyraźną: chora w czasie powstawania porażenia znajdowała się w takich warunkach, że w jej interesie było chorować [niemożność zapracowania, uciezka przed szwagrem]. Pole więc do autosuggestyi było olbrzymie. Nadto w tym czasie sami lekarze ją suggestyonowali w kierunku choroby. Tak np. gdy chora w 1902 r. była w lecznicy i skarżyła się na omdlenie w nogach, lekarz, dowiedziawszy się, że szyje na maszynie nożnej, powiedział jej: „Jeżeli będzie pani dalej szyła na maszynie, to straci nogi.“ Chora szyła mimo to jeszcze pół roku i po roku właśnie nogi straciła. Gdy zachorowawszy na płuca [w końcu tego samego roku], leżała w szpitalu i skarżyła się na bole w nogach, z polecenia „profesora“ [było to w klinice terapeutycznej] okręcano jej nogi bandażami i nie pozwalano poruszać, każąc posługaczkom na sali natychmiast rozginać nogi, gdy je zegnę—chciano widocznie w ten sposób zapobiedz przykurczeniom i stosować unieruchomienie kręgosłupa, przypuszczając próchnicę kręgów. Takie unieruchomienie kończyn usposobiło je do porażenia, które wystąpiło podczas pobytu na tym oddziale. Na innych oddziałach chorej dawano na bole morfinę, tak że chora stała się morfinistką, nie mogąc się obyć bez narkotyku do dnia dzisiejszego. Chora przytoczyła kilkanaście odezwań się lekarzy, które doskonale pamięta, w guście np. takich: „Przy tej chorobie bywa zawsze ból krzyża, on nie ustanie, aż po operacyi“—„w pani niema ani jednego członka zdrowego, dziwna rzecz, że jeszcze zęby pozostały zdrowe,“—„choroba pani jest dziedziczna i nieuleczalna,“—„zatrzymanie uryny nie ustanie, gdyż to pochodzi od choroby krzyża.“ [W początkach choroby do kompletu objawów porażenia organicznego brakowało zaburzeń ze strony uryny i stolca, co bez wątpienia zasuggestyonowano chorej przez dopytywanie się]. Gdy w początkach leczenia powiedzieliśmy chorej, że zacznie niezadługo chodzić, chora przyjęła to z oburzeniem: „Jakże to jest możliwe, jeśli tacy lekarze, jak ten i ów, powiedzieli mi, że zostanę kaleką na całe życie.“ Jako cechę charakterystyczną psychiki chorej notujemy nadzwyczajną podległość suggestyi ze strony lekarzy oraz „kult“, jaki żywi dla lekarstw: większość środków zna doskonale, sama dyktuje sobie antypirynę z kodeiną, kłóci się o dodanie opium do bizmutu, pamięta np. że 7 lat temu doktor przepisał jej plaster Thapsia oraz kodeinę z *Guajacolum carbonicum*

i t. d. „Prawdziwie powiedzieć mogę—powiedziała raz z dumą—że sztuka lekarska jedna trzyma mnie przy życiu“.

Z tych faktów, rola sugestyi w powstaniu objawów ruchowych u chorej jest aż nadto widoczną; chora jest typową „pitytyczką“, jak nazywa BABIŃSKI chorych, których cierpienia powstają wskutek autosugestyi lub sugestyi ze strony otoczenia—w znacznej mierze ze strony lekarzy, przypuszczających cierpienie organiczne i bezwiednie je poddających¹⁾. Wyraz „pitytyzm“ oznacza właściwie uleczalność przez perswazyę—i ten właśnie warunek w danym przypadku osiągnęliśmy.

Leczenie bowiem polegało na odwrotnem postępowaniu względem tego, co odbywa się przy sugestyi: przy poddawaniu powstaje objaw niezależnie od świadomości chorego, przy perswazyi usuwa się ten sam objaw przez przekonywanie, przez uświadomienie chorego, że dany ruch, jest możliwy do wykonania. Trzymamy np. kończynę na pewnej wysokości nad podłogą i każąc chorej uczynić wysiłek podniesienia nogi do góry, nagle puszcza ją—noga nie opada wtedy, lub opada powoli, co się wyzyskuje, aby chorą przekonać, że porażenia właściwie niema. Albo nagle dotykamy elektrodą kończyny porażonej, którą chora, unikając bólu, szybko cofa i znów się przekonywa, że ruch jest możliwy. Taką właśnie perswazyą i stopniowo reedukacyą prowadziliśmy leczenie porażenia, stosując zarazem psychoterapię moralną, polegającą na wyjaśnianiu właściwości choroby, na przekonywaniu, że wszystko zależy od woli chorej, przyczem jednak tłumaczono zawsze, że nikt tu nie myśli o udawaniu choroby. Stosunkowo najtrudniej było usuwać bole w pachwinach, o których pisaliśmy powyżej; i tu starano się przekonywać, że panowanie nad nimi zależy też od woli chorej, że lepiej na nie nie zwracać uwagi i starać się chodzić pomimo nich, i aby przyzwycząić chorą do takiego „bohaterstwa“, zastosowano kilka razy forsowną aż do bolesności elektryzację. Słowem, starano się doprowadzić chorą do takiego stanu, aby czuła, że własną chęcią i wysiłkami woli dochodzi do poprawy. Raz, podczas takiej reedukacyi, chora mówi: „Co to jest, żebym ja nie mogła chodzić? Ból jest silniejszy ode mnie—ja chcę być silniejszą od bólu!“ I chora biegnie po pokoju, śmiejąc się i płacząc od bólu zarazem. I po 12-u takich seansach reedukacyi, chora, która nie mogła nawet sięść na łóżku, poczęła chodzić zupełnie poprawnie.

Hipnozy w celu leczniczym nie stosowano; usypiano tylko w celu wykrycia podświadomych idei, jak to wykazano powyżej. Objawy usuwano w takiej kolejności, jak to czyni w takich przypadkach BABIŃSKI: zrazu usunięto znieczulenie, potem porażenie, wreszcie bole.

¹⁾ Zaznaczamy, że u chorej pomimo tak rozwiniętej historii, nie znaleźliśmy żadnych stygmatów, a więc: punktów bolesnych, znieczulenia śluzówki gardzieli oraz łącznicy, zwężenia pola widzenia współśrodkowego i t. d. Potwierdza to dowodzenie BABIŃSKIEGO, że stygmaty histeryczne są zwykle produktem badania lekarskiego i że niema ich, gdy się ich nie chce znaleźć. Jedyne „stygmat“ u chorej, mianowicie znieczulenie połowicze, usunięte zostało zaraz podczas pierwszego seansu elektryzacyi.

Nasuujące się wnioski ogólne:

1. Histeria może przez czas długi [w danym prz. 6 $\frac{1}{2}$ l.] symulować porażenie organiczne, które jednak przy energicznem leczeniu może być usunięte w przeciągu stosunkowo krótkiego czasu, nawet przy istnieniu wtórnych niekształceń wskutek zaniku mięśniowego (*pes equino-varus* u naszej chorej).

2. Hipnoza w leczeniu histeryi z objawami ruchowymi nie jest skuteczna sama przez się; racjonalniejszą jest suggestya oraz oddziaływanie psychiczne na jawie—i tu hipnotyzm może oddać usługę pośrednio, przez utrwalenie wpływu na chorego ze strony lekarza, który łatwiej w dalszym ciągu może stosować psychoterapię z udziałem świadomości chorego.

3. Jeśli nie wszystkie przypadki histeryi należą do typu FREUD'a lub typu BABIŃSKIEGO, to jednak, bez wątpienia, zdarza się w praktyce histeria FREUD'owska, jak też „pityatyzm“ BABIŃSKIEGO. Przypadek opisany właśnie ilustruje i w części potwierdza teorię tego ostatniego, jakkolwiek i czynniki FREUD'a odegrały tu pewną rolę. Zdaniem naszym, nie stanowi to sprzeczności, gdyż każda z tych teorii ujmuje rzecz z innej strony i obie mogą mieć zastosowanie w jednym i tym samym przypadku. Punktem obie teorie godzącym, jest punkt widzenia psychologiczny JANET'a, który wykazał, że idea traumatyzująca [niezawsze jednak, jego zdaniem, seksualna, jak chce FREUD] może w psychice, dziedzicznie obciążonej, wywołać dysocjację świadomości i doprowadzić do osłabienia syntezy myślowej, czyli, innemi słowy, umożliwić powstanie suggestyjności, t. j. przyjmowania poddawanych idei bez kontroli wyższych, u zdrowego człowieka ściśle zsyntezowanych w tem, co nazywamy „ja“, wyobrażeń. Tak, że czynniki traumatyczno-seksualne mogą wyrobić tło, na którem rozwija się pityatyzm. Suggestyjność w histeryi jest z jednej strony zjawiskiem pochodnem, zależnem od ukrytych w podświadomości idei pasorzytnicznych [i tę właśnie zależność usiłuje określić teoria FREUD'a], a z drugiej strony jest cechą, wywołującą cały szereg objawów somatycznych [co stara się ująć w prawa teoria „pityatyizmu“]. W myśl tego usunięcie porażień ruchowych drogą perswazyi sposobem BABIŃSKIEGO nie jest wyleczeniem histeryi, a tylko zniesieniem jednego jej objawu, pochodnego w drugiej linii; właściwe leczenie polegać powinno na rozszczepianiu i pozbawianiu wpływu idei traumatyzujących t. j. usuwaniu suggestyjności. FREUD i JANET, jedyjni, którzy tego rodzaju leczenie psychiczne stosują, utrzymują, że chore, po dłuższem takim oddziaływaniu, tracą suggestyjność [np. przestają być podatnemi na hipnozę], gdyż usunięte idee podświadome już nie wysługują dysocjacji świadomości i powraca tym sposobem utracona syntetyczność myślowa. [FREUD nazywa to „odreagowaniem uwięźniętego afektu“, JANET zaś „dysocjacją *idée-fixe*, czyli moralną dezynfekcją“].

4. Przytoczona historia chorej wskazuje, jak bardzo ujemną rolę odegrał w rozwoju choroby wpływ otoczenia, a w znacznej mierze i lekarzy, którzy bezwiednie suggestyonowali chorej cały szereg objawów. Sądzymy, że na miejscu będzie tu przytoczyć słowa BABIŃSKIEGO ¹⁾: „Lekarz, świadomy wpły-

¹⁾ Démonbrement de l'hystérie traditionnelle (Sem. médicale, Nr. 1, 1909).

wu, jaki wywiera na jednostki wrażliwe, świadomy roli, jaką może odegrać w powstawaniu u nich objawów chorobnych, lekarz ten, mając baczenie na chorych, musi zarazem baczyć na siebie samego: powinien dokładnie ważyć swe słowa, ciągle pamiętać, że źle postawione pytanie lub nieostrożne zdanie może być źródłem długo trwających zaburzeń chorobnych“.

Składam podziękowanie drowi BYCHOWSKIEMU za wskazanie mi tego przypadku i umożliwienie dokonania nad nim powyższych obserwacji.

III. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet.

Podał

Michał Pietkiewicz.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego polskiego w Kijowie w dniu 7. października 1909 r.

(Dokończenie — Patrz Nr. 8).

Ze względu na wielką doniosłość omawianego przedmiotu, nie od rzeczy będzie krótkie streszczenie poglądów współczesnych autorów na sprawę gruźliczą narządów moczowych.

Gruźlica narządów moczowych może być jednym z objawów ogólnej prosówki. Sprawy gruźlicze płuc, gruczołów, narządów płciowych i t. d. mogą służyć nieraz źródłem zakażenia narządów moczowych. Godnym jest jednak uwagi fakt, iż bardzo często gruźlica narządów moczowych występuje jako choroba samodzielna. Moje przypadki potwierdzają to zdanie.

Z wyjątkiem 3-ch chorych [przyp. 2-gi, 6-y i 10-y], u reszty 7-u nie było, o ile z wywiadów dowiedzieć się można, żadnych chorób poprzedzających, któreby wzbudzały podejrzenie gruźlicy, jak również i w czasie obserwacji nie wykryto objawów chorobnych ani w narządach płciowych, ani w płucach, ani w gruczołach lub w innych miejscach, służących często jako siedlisko gruźlicy. Nie chcę bynajmniej twierdzić, iż u tych 7-u chorych nie było wcale w ustroju jakiegoś ukrytego i niedostępnego do zbadania ogniska gruźliczego, które mogło być powodem zakażenia narządów moczowych, wiadomo bowiem, iż takie ognisko, np. w gruczołach, trwać może całymi latami w stanie utajonym, nie dając żadnych objawów.

Panujący do niedawna pogląd, iż zarazek gruźliczy dostaje się przez cewkę moczową do pęcherza i sprawia tam zakażenie miejscowe, a następnie przechodzi stamtąd drogą wstępującą (*tuberculosis ascendes*) do moczowodu i nareszcie do nerki, został prawie ogólnie zaniechany. Przeważająca wię-

kszość autorów jest zdania, że zakażenie gruźlicze rozprzestrzenia się zwykle jako *tuberculosis descendens* i że pierwotnym siedliskiem gruźlicy narządów moczowych jest prawie zawsze nerka, a mianowicie częściej nerka prawa niż lewa.

L. IMBERT i P. MASINI w najnowszej swej pracy, umieszczonej w *Gazette des Hôpitaux* [Nr. 89 w sierpniu r. b.] mówią: „*Si la tuberculose est primitivement vésicale, ce qui est très rare et même exceptionnel pour la plupart des auteurs, la tuberculose rénal étant dans la grande majorité der cas primitive etc.*“ [p. 1125].

A. GLUZIŃSKI na zasadzie obfitego materiału sekcyjnego z prosekterjum lwowskiego [3493 przypadki gruźlicy w ogóle i 313 przypadków gruźlicy nerek] stwierdza: „Schorzenia na pewno „pierwotne“ pęcherza w stosunku do innych części *tractus urogenitalis* należą do wyjątków“. Dalej: „Nerki stanowią w 88% punkt wyjścia dla gruźlicy narządu moczopłciowego“.

L. CASPER twierdzi, iż zwykle mamy do czynienia z pierwotną gruźlicą nerek i że u kobiet *tuberculosis ascendens* jest w ogóle wątpliwa. U mężczyzn uznaje on tę formę za możliwą, chociaż trafiającą się rzadko.

F. VOELCKER mówi: „*Die erste Localisation der Tuberculose im Harnapparat ist meistens eine Niere*“.

W. STOECKEL: „*Ich halte die Blasentuberculose, abgesehen von sehr seltenen Ausnahmen, stets für einen descendirenden Process*“.

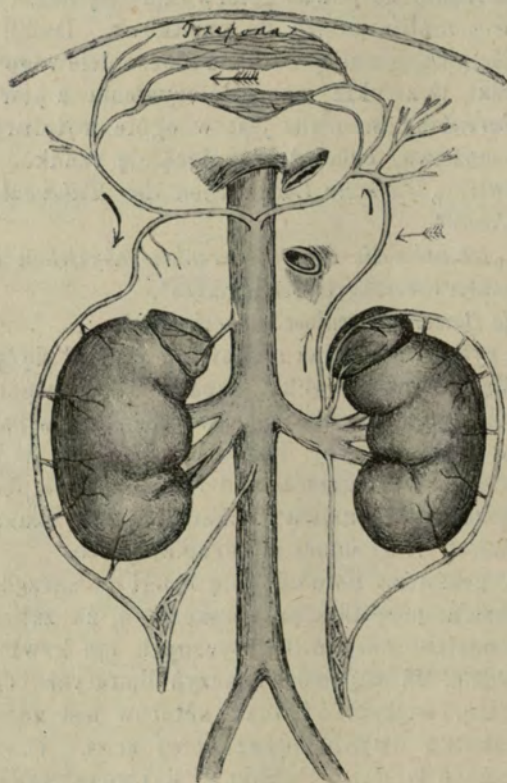
R. KNORR: „*Jede Blasentuberculose ist secundär*“.

Z przytoczonych cytatach widać, jak stanowczo zmienił się pogląd na patogenezę gruźlicy w narządach moczowych. Zapatrywania współczesnych autorów można sformułować w ten sposób: Sprawa gruźlicza w narządach moczowych rozpoczyna się w przeważającej liczbie przypadków w jednej lub drugiej nerce; stamtąd przechodzi na moczowód i nareszcie na pęcherz moczowy. Jeśli więc stwierdzoną została gruźlica pęcherza, należy szukać pierwotnego siedliska choroby wyżej, t. j. w jednej lub drugiej nerce.

Ponieważ prątki gruźlicza inne obierają drogi do narządów moczowych, niż np. dwoinki NEISSER'a, pozostaje przypuszczenie, że zakażenie gruźlicze nerki odbywa się przy udziale naczyń limfatycznych lub krwionośnych. TENDELOO dowiódł wprawdzie, iż zapomocą naczyń limfatycznych możliwe jest zakażenie nerek gruźlicą, większość jednak autorów jest zdania, iż zakażenie to przychodzi do skutku zwykle przez obieg krwi. To zdanie uzyskało poparcie w doświadczeniach DURAND-FARDELA, BAUMGARTNERA i ALBARRAN'a. Zakażeniu ulega najczęściej jedna tylko nerka. Druga nerka może także stać się ofiarą gruźlicy, ale to dzieje się w okresie późniejszym, niekiedy po latach dopiero. Zakażenie drugiej nerki odbywa się także, jak i pierwszej, przez obieg krwi.

Ciekawą w tym względzie pracę znajdujemy w *Foliu urologica* 1907 r. [wrześ. Nr. 2] ALBARRAN'a i CATHELIN'a (*Le diagnostic et le traitement chirurgical de la tuberculose rénale*). Zgadając się ze zdaniem prof. GUYON'a, iż pomiędzy obydwiema nerkami istnieje „sympatya z punktu widzenia nerwowego“, autorowie dowiedli zapomocą badań anatomicznych połączenia ukła-

dów żylnych pomiędzy jedną nerką a drugą. Opisany przez ALBARRAN'a i CATHELIN'a „kanał żylny odchodzi po połączeniu się żyły nerkowej i żyły niedercza (*veine capsulaire*) lewej strony i łączy się z żyłami dolnymi przepony (*veines diaphragmatiques infér.*) lewej strony, które tworzą pod przeponą gęstą sieć z żyłami odpowiednimi strony prawej. Żyły zaś przeponowe prawej strony łączą się z łukiem zewnętrznym nerki prawej, zwanym łukiem *Testut*. Ten ostatni łączy się z żyłami wewnętrznymi nerki“. Kanał żylny ALBARRAN'a i CATHELIN'a „jest również stale spotykany, jak i kanał żylny zwany „*le canal veineux réno-azygolombaire* TUFFIER'a i LEJARS'a; w 95% przypadków istnieje wyłącznie z lewej strony“. Autorowie dali odkrytemu przez się kanałowi nazwę „*le canal veineux réno-capsulo-diaphragmatique*“.



Układ żylny nerek według ALBARRAN'a i CATHELIN'a. (*Folia urologica*. 1907 r. wrzes. Nr. 2, str. 169).

Na Kongresie urologów 1902 r. ESCAT zwrócił uwagę, iż „dzięki odkryciu ALBARRAN'a i CATHELIN'a umożliwionem zostało wyjaśnienie patogenezy niektórych postaci obustronnego zapalenia nerek i miedniczek nerkowych, tam gdzie nie było zakażenia pęcherza moczowego“. Tego rodzaju zjawiska obserwujemy w niektórych przypadkach obustronnego zapalenia nerek i miedni-

czek w czasie ciąży, gdzie nie było ani ucisku moczowodów, ani zapalenia pęcherza moczowego, w niektórych przypadkach zakażenia nerek pierwotnie wstępującego (*ascendante*), gdzie objawy chorobne ze strony pęcherza usunięte zostały, a pomimo to nastąpiło zakażenie drugiej nerki; wreszcie, w całym szeregu przypadków gruźlicy nerek, w których sprawa chorobna, umiejscowiona pierwotnie w jednej nerce, przechodzi w późniejszym okresie na drugą nerkę i t. d.

Rzecz jasna, iż, dzięki ścisłemu połączeniu układu żylnego pomiędzy jedną nerką a drugą, zakażenie jednego narządu od drugiego jest znacznie ułatwione, szczególnie przy zastoju w żyłe głównej (*v. cava*).

W przebiegu gruźlicy narządu moczowego obserwujemy 4 okresy choroby [KNORR i inni]:

A. Pierwszy okres, początkowy. Sprawa gruźlicza, umiejscowiona w mięszu nerki, nie komunikuje się z miedniczką nerkową; w śluzówce dróg moczowych niema zmian żadnych. W tym okresie chorzy uskarżają się na ogólne osłabienie, niedomaganie i czasami na bole w krzyżach. Jako objawy przedmiotowe obserwowano nieraz nadmierne oddawanie moczu (*polyuria*) i białkomocz.

B. Drugi okres. Sprawa chorobna w nerce przechodzi na miedniczkę nerkową i moczowód. W tym okresie zjawiają się już prawie stale bole przy oddawaniu moczu i parcie na mocz. Mocz prawie zawsze mętny, zawiera znaczną liczbę leukocytów, erytrocyty i prątki gruźlicze. Pojemność pęcherza prawidłowa lub nieco zmniejszona.

C. Trzeci okres. Sprawa gruźlicza rozprzestrzenia się stopniowo na pęcherz moczowy. W tym okresie widzimy za pomocą cystoskopu wyraźne zmiany chorobne w samym ujściu moczowodu i w najbliższym jego sąsiedztwie: przekrwienie, wybroczyny, owrzodzenia i czasami typowe gruzelki gruźlicze. Ujście moczowodu bywa często rozwarłe i rozszerzone nakształt krateru.

W pewnym oddaleniu od moczowodu, komunikującego się z chorą nerką, błona śluzowa pęcherza pozostaje jeszcze zupełnie prawidłową, bez charakterystycznych zmian nieżytowych. Badanie moczu wykazuje obecność takich samych składników, jak w okresie 2-im, z większą nieraz domieszką krwi. Parcie na mocz bardzo częste i bolesne. Pojemność pęcherza znacznie zmniejszona.

D. Czwarty okres. Sprawa gruźlicza zajmuje obok narządów wyżej wymienionych [nerki i moczowodu] całą błonę śluzową pęcherza moczowego (*cystitis tuberculosa*). Na pierwszy plan występują tutaj objawy zapalenia pęcherza. Pojemność jego zmniejszona do *minimum*. Chorzy odczuwają co chwila potrzebę oddawania moczu, które jest połączone z parciem i nadzwyczajną bolesnością. Męczarnie takich chorych są trudne do opisania; nie mają oni chwili spokoju i wypoczynku. Mocz bardzo mętny i nieraz, wskutek znacznej domieszki krwi, koloru soku mięsnego.

W pierwszym okresie choroby cystoskopia i kateteryzacja moczowodów nie mają, oczywiście, praktycznego znaczenia i są niezbędne dopiero w 2-im,

3-im i 4-ym okresie. W okresie 4-ym pojemność pęcherza bywa nieraz o tyle zmniejszona, iż badanie cystoskopem jest wielce utrudnione, a czasami nawet wprost niemożliwe.

Wśród moich chorych nie obserwowałem ani razu pierwszego okresu choroby. W drugim okresie miałem 4 chore, w trzecim 2 i w czwartym 4.

Należy zaznaczyć, iż następowanie jednego okresu po drugim nie zależy bynajmniej od czasu trwania choroby. Naturalnie, trudno jest stwierdzić początek choroby, t. j. chwilę, kiedy utworzyło się pierwsze ognisko gruźlicze w nerce, ponieważ ono nie daje o sobie znać żadnym objawem przedmiotowym; objawy zaś podmiotowe—niedomagania i ogólnego osłabienia—zwracają na siebie uwagę tylko osobników wrażliwych i przywykłych ściśle obserwować stan swego zdrowia; większość chorych wskazywała, jako początek choroby w ogóle, zbyt częste i bolesne oddawanie moczu, a więc objawy, charakteryzujące okres choroby 2-gi i 3-ci.

Na zasadzie wywiadów i obserwacji, mogłem przekonać się, iż u niektórych osobników sprawa chorobna postępuje nader szybko, tak, że po 3-ch — 4-ch miesiącach od zjawienia się pierwszych jej objawów przedmiotowych, następował już 4-y, t. j. ostatni okres choroby [przyp. 1-y i 9-y]. W innych zaś przypadkach obserwowałem, iż gruźlica pozostawała długo, całemi latami, umiejscowiona w jednej nerce i w jednym moczowodzie [przyp. 10-y]; pęcherz zaś nie brał udziału w sprawie chorobnej. Tego rodzaju zjawiska nie powinny nas dziwić, wiemy bowiem, że i w innych narządach ustroju gruźlica miewa przebieg rozmaity.

Jeśli wolno na zasadzie szczupłego materiału, zawartego w pracy niniejszej, wyprowadzić wnioski, pozwolę sobie zestawić je w sposób następujący:

1) Gruźlica narządów moczowych u kobiet bierze dosyć często początek w czasie ciąży, lub wkrótce po przebytej ciąży.

2) U młodych osobników sprawa gruźlicza narządów moczowych przebiega z wysoką ciepłotą ciała, ale nie ma tendencji do szybkiego rozprzestrzenienia się na pęcherz moczowy i pozostaje przez długi czas umiejscowioną w jednej nerce i w jednym moczowodzie.

3) Obecność pierwiastków morfologicznych i białka w moczu nerki, nie wydzielającej prątków gruźliczych, nie powinna służyć za bezwarunkowe przeciwwskazanie do wycięcia nerki, zajętej sprawą gruźliczą. Po usunięciu z ustroju ogniska gruźliczego, t. j. po dokonaniu nefrektomii, objawy chorobne nerki drugiej znikają zwykle bez śladu.

4) W sprawie wyjaśnienia sprawności nerek w gruźlicy narządów moczowych i w innych chirurgicznych chorobach nerek doświadczenia z floryzyną i chromocystoskopia [z karminem indygowym] mają znaczenie decydujące i mogą zastąpić inne sposoby badania.

5) Operacja wycięcia nerki, zajętej sprawą gruźliczą, daje dobre wyniki nawet w 4-ym okresie choroby, t. j. po przejściu gruźlicy z nerki na pęcherz moczowy. Sprawa chorobna pęcherza, po wycięciu chorej nerki, staje się znacznie łagodniejszą i po pewnym czasie może uleść stopniowo zupełnemu wyleczeniu.

6) Moczowód, zajęty sprawą gruźliczą, powinien być wycięty na możliwie większej przestrzeni; w przeciwnym razie następuje długotrwałe ropienie, które znacznie opóźnia wygojenie pęcherza moczowego.

Odnosnie przypadku 4-go (patrz Nr. 7-ym Gazety, str. 158), otrzymałem w styczniu r. b. wiadomość, że po kilkumiesięcznym pobycie chorej w Suchumie na Kaukazie stan jej zdrowia nie nie pozostawia do życzenia i że badania moczu nie wykazały obecności prątków gruźliczych.

L I T E R A T U R A.

- 1) ALBARRAN i CATHELIN. Le diagnostic et le traitement chirurgical de la tuberculose rénale. Folia urologica 1907, Nr. 2.
- 2) ANSCHELES. Izoliruwannaja kliniczkeski pierwicznaja bugorczatka fallopjewoj truby w swiazii s uczeniem o ženskoj połowoj bugarczatkie woobszcze. Wraczeb. gazieta 1909, Nr. 24.
- 3) L. CASPER. Lehrbuch der Urologie, 1903.
- 4) Tenże. Handbuch der Cystoskopie. 2-e wyd. Lipsk 1905.
- 5) A. DOEDERLEIN i B. KROENIG. Operative Gynäkologie. Lipsk 1905.
- 6) I. C. FELIKS GUYON. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. 4-te wyd. 1903.
- 7) M. FRANK. Ueber Genital-Tuberculose. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1899, t. X, str. 629.
- 8) H. FRITSCH. Die Krankheiten der Frauen. 8-e wyd. Berlin 1897.
- 9) Tenże. Nierenexstirpation bei Ureterfistel. Zeitschr. f. gynaeol. Urologie 1909, zesz. 3.
- 10) A. GLUZIŃSKI. Gruźlica narządu moczowo-płciowego. Lwowski Tyg. Lek. 1908, Nr. 9, 10, 11.
- 11) L. IMBERT i P. MASINI. La tuberculose du rein. Gaz. des Hôpitaux, 1909, Nr. 89.
- 12) ISRAEL. Pathologie u. Therapie der primären Nierentuberculose. Centr. f. Chirurgie, t. XXV, str. 23.
- 13) W. KARO. Zur Frage der funktionellen Nierendiagnostik. Monatsber. f. Urologie 1904, t. IX, zesz. 1.
- 14) R. KNORR. Der gegenwärtige Stand der Nierendiagnostik. Zeitschr. f. Gyn. Urologie. 1908, zesz. 1.
- 15) Tenże. Die Cystoskopie u. Urethroscopie beim Weibe. Berlin 1908.
- 16) O. KNEISE. Handatlas der Cystoskopie. Halle u. Saale 1908.
- 17) H. PEISER. Nierenveränderungen bei Uretervaginalfisteln. Zeitschr. f. gynaeol. Urologie, 1909, z. 3.
- 18) M. SCHAKHOFF. Beitrag zur Kenntnis der Genitaltuberculose der Frau. Inaug. Diss. Genewa 1903.
- 19) W. STOECKEL. Ureterfisteln u. Ureterverletzungen. Lipsk 1900.
- 20) Tenże. Zur Diagnose u. Therapie der Blasen-Nierentuberculose bei der Frau. Beitr. zur Klinik d. Tubercul. Wyd. v. L. BRAUER'a.
- 21) W. STOECKEL. Die Cystoskopie des Weibes. Lipsk 1904.
- 22) Tenże. Atlas der gynaeol. Cystoskopie. Berlin, 1908.
- 23) F. VOELCKER. Diagnose der chirurg. Nierenerkrankungen nebst Verwertung der Chromocystoskopie. Wiesbaden, 1906.
- 24) G. WINTER. Lehrbuch der gynaeol. Diagnostik. 2-e wyd. Lipsk, 1897.
- 25) W. ZANGEMEISTER. Atlas der Cystoskopie der Weibes. Stuttgart, 1906.
- 26) E. ZURHELLE. Zur Behandlung schwerer Entzündungen der weibl. Blase. Zeitschr. f. gynaeol. Urologie. 1908, zesz. 2.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— i —

26. Maurycy Perrin. O anemii surowiczej ostrej i przewlekłej.

GILBERT i GARNIER dowodzili, że po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej u chorych na marskość wątroby, liczba czerwonych krążków krwi znacznie się powiększa. [W jednym np. przypadku z 2.048.000 w 1-ym m. sz. do

3.007.000 dnia następnego; w innym, przed przekłuciem 2.573.000, po przekłuciu dnia następnego 2.973.000, a na trzeci dzień 3.009.000]. Ten stan chorobny, będący następstwem przemijającego zagęszczenia krwi wskutek przesiąkania surowicy [części wodnej i białkowej] do opróżnionej jamy otrzewnej nazwali oni „anemią surowiczą.“ W ciągu 3-ch—6-u dni krew otrzymuje z powrotem swoją wodę. Ilość białka i nadal pozostaje zmniejszona. GILBERT i GARNIER sądzą, że powtarne i częste upusty płynne z jamy brzusznej prowadzą do stanu „anemii surowiczej przewlekłej“, która klinicznie przedstawia się w sposób następujący: twarz wychudzona, nos szpiczasty (*se pince*), rysy wyciągnięte (*tirés*), cera ołowiana (*plombé*), skóra sucha. Upadek sił po każdym przekłuciu coraz znaczniejszy, i w końcu chory gaśnie powoli lub umiera wskutek zapaści. PERRIN przyjmuje nazwę „anemii surowiczej przewlekłej“ z pewnemi zastrzeżeniami: 1) Uważa za właściwe dodać określenie „postępująca“ ze względu na przebieg kliniczny. 2) Zwraca uwagę, że ten stan chorobny nie należy brać jako skutek wyłączny często powtarzanych upustów z jamy brzusznej. Rozwija się on czasem po jednym przekłuciu, czasami bez przekłucia. Niewątpliwie dużą tu odegrywa rolę stan samej wątroby u chorych na marskość wątroby. 3) Sama nazwa choroby w stosunku do stanów przewlekłych nie ma tej wartości hematologicznej, co w stosunku do stanów ostrych. W tych pierwszych obok zmian we krwi, odpowiadających pojęciu „anemii surowiczej“, zachodzą i inne, polegające na ubytku czerwonych krążków krwi, czyli mamy tu do czynienia z anemią ogólną.

(*La Presse médic.* 1910, Nr 7).

M. Gliński.

27. Audibert i Monges. O autoseroterapii puchliny brzusznej (*ascites*).

Metodę autoseroterapii stosowano dotąd tylko w zapaleniu surowiczem opłucnej. Autorowie zastosowali w jednym przypadku marskości wątroby LAËNNEC'a. Chora, lat 41, o cerze żółtaczkowej, z gorączką 37°—37,7°, z obfitą puchliną brzuszną. Biegunka, wymioty krwawe, szmer skurczowy u wierzchołka serca, upadek sił. Choroba rozwinęła się we 2 miesiące po ospie. Ilość moczu zmniejszona do 700 ctm. sz. Ani dyeta ściśle mleczna, ani wielokrotne przekłucia brzucha nie dawały stałej poprawy. Po sprawdzeniu jałowości płynu drogą szczepienia śwince morskiej, autorowie rozpoczęli zastrzykiwania podskórne płynu jamy brzusznej. Zastrzyknięć takich zrobiono 12 w odstępach czasu mniej więcej 6-dniowych. Ilość płynu na dawkę wahała się od 3-ch do 10-u ctm. sz. Wyniki leczenia autorowie streszczają w następujących wnioskach:

- 1) Zabieg nie powoduje odczynu miejscowego.
- 2) Zastrzykiwany płyn nie wpływa na ciepłotę chorego; nie wpływa też na wydzielanie chlorków.
- 3) Zwiększa znacznie wydzielanie moczu.
- 4) Wpływa na zmniejszenie się puchliny brzusznej i polepszenie stanu ogólnego chorego.
- 5) Dobrze jest tę metodę stosować, zmniejszając jednocześnie ilość podawanych chlorków. Przechodząc do diety mniej ścisłej, należy powiększyć dawkę zastrzykiwanego płynu.

Zgodnie z wnioskami powyższymi autorowie radzą próbować w przypadkach uporczywej puchliny brzusznej podanej metody leczniczej, która w przypadku przytoczonym dała wyniki zupełnie zadowalające, gdy inne środki zawiodły zupełnie.

(*La Presse médic.* 1910. Nr 10).

M. Gliński.

28. Karol Noorden. O blednicy.

Z powodu jednego, dość zresztą zwykłego przypadku blednicy, często powracającej, wiedeński profesor wypowiedział kilka uwag, mających dość ważne znaczenie kliniczne.

Co się tyczy badania krwi—tylko na świeżych przypadkach, w 1-ym napadzie blednicy znajdujemy liczbę normalną czerwonych ciałek obok ubóstwa hemoglobiny; w przypadkach przewlekłych, w następnych napadach zwykle znaleźć można obok zmniejszenia hemoglobiny i zmniejszoną liczbę czerwonych ciałek [do 3-ch milionów].

Zwiększoą diurezę [przy prawidłowem pożywieniu] NOORDEN uważa za objaw pomyślny, rokujący pędwsze wyzdrowienie. W cięższych przypadkach blednicy płyny tkankowe obfitują w wodę; w miarę poprawy ilość wody się zmniejsza przy zwiększonym wydzieleniu moczu. W blednicy spotykamy często niedorozwój części płciowych [macicy, jajników]. Na 85 kobiet bezpłodnych w różnym wieku—56 miało w młodości blednicę. Wogóle stosunek blednicy do narządów płciowych i do gruczołów z wydzieliną wewnętrzną [gruczoł tarczowy] zasługiwałby na bliższe zbadanie. W pewnym związku z blednicą NOORDEN przytacza spostrzeżenia nagłej utraty miesiączkowania u młodych dotychczas zdrowych dziewcząt najczęściej po chorobach zakaźnych. Jednocześnie zjawia się silne wychudnienie, a z biegiem czasu zaburzenia troficzne skóry (*sclerodermia*) bez zmian blednicowych we krwi [znajdywano nawet hiperglobulię]. Taka *degeneratio genito-sclerotic*a stoi w związku z zaburzeniami w narządach płciowych i gruczole tarczowym.

W blednicy trafia się często wysokie ustawienie przepony, co w pewnych razach tłómaczy powierzchowne oddychanie chlorotyczek. Systematyczne ćwiczenia oddechowe usuwały ten objaw, nim jeszcze wystąpiła poprawa w składzie krwi.

Znane jest powszechnie zaparcie stolca, występujące przy użyciu żelaza w blednicy. Najmniej daje się uczuć ta dolegliwość przy użyciu wód mineralnych, zawierających obok żelaza kwas węglowy [Franzensbad, Schwalbach, Krynica], po części dobrze są znoszone wody zawierające siarczan żelaza [Levico, Roncegno, Srebernica]. Zastrzykiwania żelaza bynajmniej zaparcia stolca nie usuwają, gdyż wydziela się ono przez кишки. NOORDEN jest przeciwnikiem usuwania zaparcia stolca przez lawatywy, zwłaszcza obfite, gdyż te prowadzą tylko do zwiotczenia, rozszerzenia i zupełnego lenistwa кишек grubych. Trzeba się raczej uciekać do leczenia dyetetycznego. Jeżeli żelazo zawodzi [a to się często zdarza], uciekamy się do arszeniku, który na równi z żelazem i niektórymi innymi metodami leczniczymi posiada własność pobudzania narządów krwiotwórczych. Chociaż zastrzykiwania podskórne kakodylatów przedstawiają dużo dobrych stron i naogół działają dobrze, to jednak należy mieć tu na uwadze i niektóre złe strony tych przetworów: w kakodylatach i atoksylu kwas arsenawy jest bardzo silnie związany: sól jego musi być rozłożona przez tkanki, ale nie wiemy nigdy kiedy i ile arsenu, znajdującego się w kakodylacie, odszczepi się i zacznie wywierać działanie lecznicze i trujące. Jeżeli z przyczyn niewiadomych odszczepienie arsenu wystąpi szybko i całkowicie, nie wyłączone są objawy zatrucia, co było już notowane. NOORDEN w jednym przypadku widział *polyneuritis* z lekkim porażeniem, w drugim *neuritis optica*. Nie można zatem uważać zastrzykiwań kakodylatów za środek niewinny.

W końcu swego odczytu NOORDEN podnosi znaczenie dowozu białka w blednicy i dość ostro powstaje przeciwko modnemu obecnie jarstwu, które w blednicy i wogóle w niedokrwistości jest, według niego, zupełnie nie

na miejscu. Nie chodzi tu o przeciążanie pokarmami białkowymi, ale 100—120 grm. białka dziennie uważa NOORDEN za konieczne w jadłospisie chorych na blednicę.

(Mediz. Klinik. 1910. Nr 1).

A. Puławski.

29. Paweł Rettig. Splenomegalia typu Gaucher'a.

Cały szereg spraw chorobnych, dla których charakterystycznymi są: powiększenie śledziony, powiększenie wątroby oraz pewne niedość stałe zmiany we krwi—należy do obrazu t. zw. niedokrwistości śledzionowej (*anaemia splenica*). Zaliczamy tu przede wszystkim chorobę BANTI'ego, przewlekłą żółtaczkę rodzinną i splenomegalię—typu GAUCHER'a.

Pierwsza z tych trzech spraw ma prawdopodobnie swe pochodzenie w wytwarzaniu się w samej śledzionie substancji trujących; pod ich działaniem rozwija się *endophlebitis* [stwierdzona sekcyjnie], a drogą żył choroba przenosi się na wątrobę [BANTI]. Za teorią taką przemawiałyby przypadki powrotu do zdrowia chorych, którym wycięto śledzionę. RETTIG jednak oraz EICHORST, MINKOWSKI i in., którzy przypuszczają tu jako czynnik etyologiczny syfilis, są zdania, że dzisiaj nie należałoby choroby BANTI'ego uważać za samoistną postać kliniczną.

„Przewlekłą żółtaczkę rodzinną“ pierwszy opisał w Niemczech MINKOWSKI. Jej cechy charakterystyczne—to żółtaczkowe zabarwienie skóry, powiększenie śledziony, urobilinuria i zmiany we krwi pod postacią zwykłej anemii. To ostatnie właśnie wedle autorów [BENJAMIN, SŁUKA] ma wywoływać cały obraz chorobny: znaczny rozpad ciałek czerwonych krwi tłomaczyły tu żółtaczkę [wskutek policholii wtórnej] i obrzęk śledziony (*tumor spodogenes*).

Trzecią postacią tu należąca jest splenomegalia typu GAUCHER'a. Na całość obrazu chorobnego składają się tu: olbrzymie powiększenie śledziony, charakterystyczne zabarwienie skóry od koloru ołowianego i bronzowożółtego do ciemnobronzowego, prawie zawsze powiększona wątroba i twarde obrzękłe gruczoły limfatyczne. Do reszty cech należy nader przewlekły przebieg, dziedziczność [szczególniej w linii żeńskiej] i stały brak puchliny brzusznej; we krwi zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, białych i hemoglobiny. Sprawa zaczyna się zwykle w młodym wieku, a do śmierci prowadzi dzięki dołączającej się zazwyczaj gruźlicy. Tę postać chorobną GAUCHER uważa za pierwotne schorzenie śledziony. Na zasadzie spostrzeżeń sekcyjnych przypuszcza on mianowicie nabłoni na śledziony. Jedni autorowie jak np. CORNIL, BOVAIRD uważają tę sprawę za przerost śledziony z rozrostem tkanki siateczkowatej; inni, jak MARCHAND, RISEL, przypuszczają, że te wielkie komórki—które uważano za komórki nowotworowe, powstają z komórek istoty siateczkowatej, z gruczołów limfatycznych i komórek szpiku kostnego dzięki odkładaniu się w nich pewnej substancji obcej. Ta obca substancja, to prawdopodobnie jakieś nieznanne dotąd ciało białkowane, mające dalekie powinowactwo do hyaliny i amyloidu.

Wobec niepewnych danych anatomiczno-patologicznych, trudno zrozumieć istotę i etiologię powyższego cierpienia. Gdy dawniejsi badacze uważają tę sprawę za nowotworową z przerzutami do gruczołów limfatycznych, inni, jak np. SCHLAGENHAUFER, sądzą, że mamy tu do czynienia z chorobą konstytucjonalną aparatu limfatycznego i krwiotwórczego. Według tego ostatniego przychodzi tu pierwotnie do bujania tkanki siateczkowatej, następnie zaś do zmian w gruczołach, wątrobie i szpiku kostnym. Co jest właściwym tu czynnikiem, trudno na razie orzec, być może gruźlica, która sprawie tej często towarzyszy.

Autor na zasadzie dwu obserwowanych przez się przypadków, wyklucza gruźlicę i syfilis, jako czynnik etyologiczny, godząc się z zapatrywaniami SCHLAGENHAUFER'a i RISEL'a, którzy w splenomagiach wskazanego typu widzą chorobę konstytucjonalną z pierwotnemi zaburzeniami we krwi i następstwami zmianami w śledzionie, gruczołach i wątrobie.

(Berliner klin. Wochenschrift, 1909, Nr. 46).

M. Gromski.

Wiadomości bieżące.

— Od Komitetu Tow. okulistów polskich otrzymujemy odezwę następującą:

Zawiązane w lipcu w r. 1907 Tow. okulistów polskich we Lwowie uchwaliło odbyć pierwsze zebranie w Krakowie, pozostawiając niżej współpodpisanemu Prezesowi Komitetu wybór terminu.

Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w r. 1908, Kongresy: międzynarodowy okulistyczny w Neapolu, a później lekarski w Budapeszcie w roku minionym stały na przeszkodzie zwołaniu Zjazdu. A i sprawa pory roku najdogodniejsza dla naszych kongresów—niestety—nie rozstrzygnięta dotychczas. Urządzona przez nas w tym celu na początku roku ankieta nie doprowadziła do wyniku pożądanego przede wszystkim dlatego, że nie wielu Kolegów raczyło odpowiedzi nadesłać, nadesłane zaś odpowiedzi rzecz pozostawiały nierozstrzygniętą, gdyż jedni Koledzy za grudniem, inni za styczniem, jeszcze inni za Zielonymi Świątkami lub za lipcem się oświadczyli. Z rozmowy z Kolegami odnieśliśmy jednak wrażenie, że lipiec dla większości byłby najdogodniejszą porą, zwłaszcza dla Kolegów z zaboru rosyjskiego. To też na razie ten właśnie miesiąc wybieramy na nasz pierwszy Zjazd.

Oznaczenie zaś ściślej daty odkładamy na później, pragnąc rzecz tak doprowadzić, by Zjazd nasz złączyć z uroczystościami czy obchodami, które w tym właśnie czasie niejednego z Kolegów do Krakowa może przyciągnąć zdołają. Będziemy więc starali się połączyć *utile dulci*.

Na razie podajemy tylko do wiadomości, że Zjazd pragniemy w tym roku—i to na lipiec, przygotować.

Prosimy szan. Kolegów o podanie nam co rychlej tematów, czyto referatu ogólnego—czy też odczytów z zakresu okulistyki, jakie wygłosić pragną.

W następnych numerach Postępu Okulistycznego i tygodnikach lekarskich będziemy podawali nazwiska zgłaszających się Kolegów i brzmienie zapowiedzianego ściśle określonego tematu czy demonstracji, informując czytelników o postępie przygotowań dla Zjazdu.

Biuro Zjazdu: Klinika okulistyczna, ul. Kopernika.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od dnia 6-go do 12-go lutego do szpitali warszawskich przybyło 111 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 23, odrą 2, płonicą 13, błonicą 5, różą 7, tyfusem plamistym 10, tyfusem brzuszny 11, grypą 6, kokluszem 1 i zapaleniem płuc 33.

W tymże czasie zmarło osób 19, mianowicie: na ospę 7, odrę 1, błonicę 1, różę 1, tyfus plamisty 1, tyfus brzuszny 3 i zapalenie płuc 5.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 6-ym lutego 3244, a w dniu 12-m lutego 3280 osób.

— Do najpierwszych procedur, którym podlega u nas każdy chory po przyjęciu do szpitala, należy zwyczajowo ustalona kąpiel przedwstępna. Nie podobna nie oburzać się na niewłaściwość szablonowego stosowania do wszystkich chorych tego zwyczaju. Najgorętszy zwolennik czystości nie mógłby się przecież zgodzić na kąpiel bez wskazówek lekarskich i bez właściwego dozoru w każdym przypadku zapalenia płuc, gruźlicy, cierpień sercowych i t. p. Wprost z kąpeli chorzy prowadzeni są przez podwórze szpitalne do oddziału i przybywają na salę nieraz z sińcą i upadkiem tętna albo wprost w stanie zapaści. Czy nie należałoby ściślej przestrzegać obowiązku, aby lekarz dyżurny, po przyjęciu chorego, notował na karcie szpitalnej o potrzebie kąpeli lub tylko obmycia chorego.

— Wschodnio-galicyjska Izba Lekarska po dyskusji nad sprawą pojedynków i udziału w nich lekarzy, sformułowała następujące trzy pytania: 1) Czy nie jest moralnym obowiązkiem lekarza, wzywano go do pojedynku, dla zapobieżenia zbrodni pojedynku donieść o zamiarze pojedynku władzy, lub w razie niepełnoletności klienta rodzicom lub opiekunom jego? 2) Czy według zasad etyki lekarskiej lekarz, zamówiony do pojedynku, może stawić się na placu boju w celu udzielenia pomocy lekarskiej? 3) Czy za uczestnictwo w pojedynku i pomoc lekarską dla rannych może lekarz żądać wynagrodzenia?

Ciekawa rzecz, jak lekarze odpowiedzą na powyższą ankietę. Tymczasem kol. MIKOŁAJSKI w N-rze 4-ym Głosu Lekarzy kreśli bardzo słuszne uwagi o udziale lekarzy w pojedynkach w związku z pytaniami, postawionymi przez Izbę Lekarską.

— W Saksonii prezydent rządu zakazał wydawania kąpeli leczniczych, t. j. gazowych, elektrycznych, solankowych i t. p. bez odpowiedniego przepisu lekarza. Właściciele zakładów kąpielowych, nie stosujący się do tego postanowienia, karani będą grzywną od 60-u marek, lub aresztem.

— ZMARLI: Dr ALEKSY NOWAKOWSKI w Warszawie. Żył lat 33.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, że termin ostateczny do składania prac na konkurs imienia dra JÓZEFA WSZEBORA oznaczony został na rok bieżący do dnia 31-go marca włącznie. Dane o warunkach konkursowych ogłoszone były w pismach lekarskich w lipcu i sierpniu roku zeszłego.

p. o. Sekretarza Stałego, *dr Józef Winiarski.*

Do numeru dzisiejszego dołącza się tablicę do art. dra GREKA i REICHENSTEIN'a.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.