

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola J. Jareckiego
Dla Dzieci
Nr. 1129



Serya XX.

Zeszyt 7, 8.

ODCZYTY KLINICZNE

WYDAWANE PRZEZ

Redakcję Gazety lekarskiej

Nr 235, 236.

CIAŻA I GRUŻLICA oraz wzajemny ich stosunek

NAPISAŁ

Dr Józef Jaworski. 1865-1920

WARSZAWA

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

Kraków — G. Gebethner i S-ka.

—
1913.

Biblioteka Główna
MUM



www.dlibra.wum.edu.pl

ODCZYTY KLINICZNE,

wydawane przez Redakcję GAZETY LEKARSKIEJ

SERYA I.

1. HEUBNER. Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie. (Wyczerpany).
2. STRUEMPELL. Nerwice pochodzenia traumatycznego
- 3 i 4. LOEWENFELD. Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. (Wyczerp.).
- 5 { DUEHRSSSEN. O pomocy akuszerzyjnej w przypadkach zwiężeń miednicy. (Wyczerpany).
- SCHAUTA. O leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy. (Wyczerpany).
6. HERTZ. Gruźlica płuc u dzieci.
7. SATTLER. O stosunku narządu wzroku do cierpienia ogólnych organizmu.
8. KRÓWCZYŃSKI. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego (Wyczerpany).
- 9 i 10. OERTEL. Dyetetyczno - mechaniczne leczenie chorób serca. (Wyczerpany).
11. MATLAKOWSKI. Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. UNVERRICHT. Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej. (Wyczerpany).

SERYA II.

13. SOKOŁOWSKI. Skryte postacie suchot płucnych. (Wyczerpany).
14. DUEHRSSSEN. Leczenie krwotoków poporodowych. (Wyczerpany).
- 15, 16 i 17. BEARD. Neurastenia. (Wyczerp.).
- 18, 19 i 20. GAJKIEWICZ. Syfilis układu nerwowego.
- 21, 22 i 23. ELSEMBERG. Leczenie syfilisu (Wyczerpany).
24. DUNIN. O habitualnem zaparciu stolca. (Wyczerpany).

SERYA III.

25. SAENGER. Zakażenie tryprowe u kobiet.
26. GRASSET. O zawrocie głowy, zależnym od zmian w naczyniach, oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności. (Wyczerpany).
27. RYDYGIER. O leczeniu ran. (Wyczerpany).
- 28 { STRUEMPELL. O istocie i leczeniu władu rdzenia kręgowego (*tabes dorsualis*).
- KAHLER. O wczesnych objawach władu rdzenia kręgowego. (Wyczerpany).
29. MEYNERT. *Paralysis universalis progressiva*.
- 30 i 31. KIJEWSKI. Promienica u człowieka.
- 32 i 33. GOLDFLAM. O przymiocie rdzenia.
34. REJCHMAN. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (*Cholelithiasis*)

35. ARNSTEIN. O biegunce letniej u dzieci.
36. NUSBAUM. O natężeniu spraw patologicznych.

SERYA IV.

37. HIRSCHFELD. Zasady żywienia chorych.
38. BURGONZIO. Technika hydroterapii.
39. OLSHAUSEN. O drgawkach porodowych.
40. PRZEWOSKI. Działalność naukowa Virchow'a.
41. HEBRA. Leczenie pryszczycy.
- 42 i 43. LOEWENFELD. Choroby nerwowe na tle zaburzeń płciowych powstałe.
- 44, 45 i 46. TALAMON. O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek około kiszki ślepej.
47. KRAMSZTYK Z. Jaskra (*Glaucoma*).
48. KRAJEWSKI. O chirurgicznem leczeniu pęknięć macicy.

SERYA V.

49. A. FRENKEL i O. VIERORDT. Dusznica bolesna. (Wyczerpany).
- 50, 51 i 52. GILLES DE LA TOURETTE. Histerya. Część I. (Wyczerpany).
53. SOKOŁOWSKI. Leczenie klimatyczne suchot płucnych.
54. RYDYGIER. O sposobie chloroformowania
- 55 i 56. FILATOW. O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kiszek u dzieci, głównie u ssawców.
57. F. HIRSCHFELD. Leczenie otyłości.
58. HIRSCHFELD. Leczenie moczówki cukrowej.
- 59 i 60. LEWINSON. O dyatezie moczanowej.

SERYA VI.

61. MINTZ. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka.
62. SOKOŁOWSKI. O bólu gardła.
63. ARONSON. Podstawy leczenia surowicą krwi.
64. BĄCZKIEWICZ. Leczenie dyfterytu gardzieli u dzieci.
- 65, 66 i 67. M. HIRSCH. Suggestya i hypnoza.
- 68 i 69. E. BIERNACKI. Afazy w świetle badań współczesnych.
70. H. NUSBAUM. O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe.
71. F. LEGUEU. O chirurgicznem leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej.
72. WŁ. JANOWSKI. Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.

SERYA VII.

73. RABE. Współczesne teorye gorączki.
74. DUNIN. O stanach anemicznych.

CIAŻA I GRUŻLICA

oraz wzajemny ich stosunek.

ODCZYT KLINICZNY

Napisał

Dr Józef Jaworski.

I.

Wpływ ciąży, porodu i okresu poporodowego na przebieg gruźlicy.

Stosunek ciąży do gruźlicy, jako choroby wogóle, jest z kilku powodów zupełnie odrębny.

Nasamprzód, pamiętać musimy, że gruźlica należy do chorób wyjątkowo rozpowszechnionych, że wyrządza ona takie spustoszenia wśród ludzi, iż żadna choroba, żadna inna niemoc, co do liczby ofiar, jakie rok rocznie zabiera, ani co do długości trwania, w porównaniu z nią iść nie może. Powtóre, gruźlica, a właściwiej usposobienie do niej, drogą dziedziczenia przekazywana bywa następnym pokoleniom. Po trzecie, gruźlica przez zarażenie szczególnie łatwo w małżeństwie, w rodzinie szerzyć się może.

Nakoniec, gruźlica znajduje wyjątkowo korzystny grunt do wybuchu i rozwoju właśnie w okresie rozrodczej, najczęściej chorobowo wzmożonej działalności wogóle u suchotników, specjalnie zaś u kobiety, a także w okresie największych wysiłków i walki o byt, często nieodłącznej od zawiązywania i tworzenia ogniska rodzinnego.

Zawarcie małżeństwa stanowi niejako wtargnięcie nie tylko w czucie i myślenie, ale wywołać może i najczęściej wywołuje

różnicę w położeniu materyalnym, a także stałą zmianę w czynnościach danego osobnika.

Kobieta, wstępująca w związek małżeński, staje się niejako inną osobą. Zamiast troskliwego kierunku macierzyńskiego, występują własne przeznaczenia. Co dotychczas było zakazaniem, staje się obowiązkiem.

Wkrótce nadchodzi cięża i połów, a nawet karmienie, co wszystko wymaga dużego zasobu sił fizycznych i energii.

Wszystkie te wyjątkowe okoliczności i wpływy osłabiają odporność organizmu, a wzmagają skłonność przy istnieniu czynników wrodzonych lub nabytych do zapadnięcia na gruźlicę. Wszak większa część zawieranych małżeństw u obudwu płci wydarza się pomiędzy 20-ym a 30-ym rokiem życia, a więc właśnie w tym czasie, kiedy liczba wypadków śmierci na gruźlicę bywa największa. Z drugiej strony znany jest powszechnie fakt, że kobieta wcześniej wstępuje w związek małżeński niż mężczyzna.

Na 100 zawartych małżeństw w Prusach przypada na czas do lat 20-tu u kobiety 8,88, a u mężczyzny zaledwie 0,09; na czas zaś od 20 do 30 lat u kobiety—73,26, u mężczyzny zaś przeciwnie tylko 69,55.

Na 100 idących za mąż kobiet jest przeszło 82, a na 100 zeniących się mężczyzn zaledwie 70, dochodzących 30 lat wieku.

Te zestawienia liczebne z różnych dziedzin, t. j. najczęstszy wiek, w którym zawierane są małżeństwa, i wiek największej śmiertelności z gruźlicy, nie są przypadkowe.

Świadczą one, o czem już i skądinąd wiemy, że życie płciowe wraz z jego następstwami u kobiety—cięża, poród, połów, karmienie, wywołuje znaczne pogorszenie istniejącej już sprawy gruźliczej w płucach, lub wybuch dotychczas skrycie lub łagodnie przebiegającej.

Wogóle, wpływ ciąży na gruźlicę poruszany był już w piśmiennictwie bardzo dawno. Moriceau w r. 1645 wypowiedział był zdanie, że pośród różnych chorób wikłających ciężę, gruźlica płuc należy do najbardziej niekorzystnych i dlatego w przypadkach szybko naprzód postępujących, autor ten doradzał przerwanie ciąży. Poczynając od stulecia XVIII do lat 50—ubiegłego, na ogół autorzy wypowiadali zdania wprost przeciwnie, a mianowicie, że cięża przerywa rozwój gruźlicy, oddziałując korzystnie na jej przebieg. Od czasu tego pogląd jednakże na stosunek wzajemny ciąży i gruźlicy zasadniczo się

zmienił skutek nagromadzenia materiału klinicznego i badań anatomopatologicznych.

Lebert, Virchow, Brehmer i inni torują drogę temu zapatrywaniu, że ciąża niekorzystnie wpływa na przebieg gruźlicy.

Dzisiaj na podstawie licznych i dokładnych spostrzeżeń wiemy, że przypadki, w których głównie w pierwszych miesiącach ciąży gruźlica istniejąca przycicha, należą do nader rzadkich, natomiast, poczynając od miesiąca 5-go ciąży, wszystkie przypadłości, właściwe gruźlicy płuc, jak oto: gorączka, kaszel, bóle, nawet krwioplucie, występują najczęściej ze zdwojoną siłą.

Badacze współcześni prawie jednomyślnie wypowiadają zdanie, że ciąża w razie istnienia gruźlicy daje jak najgorsze rokowanie co do przebiegu cierpienia tego i sprawności do życia dzieci, urodzonych od obciążonej gruźlicą kobiety. Z tych powodów autorowie ci doradzają przerywanie ciąży zaraz, w pierwszych jej miesiącach.

Autorzy i klinicyści, którzy nie godzą się na takie stawianie kwestyi, zwłaszcza co do wskazań leczniczych i czynią zastrzeżenia w zależności od wieku, obciążenia dziedzicznego oraz socjalnego położenia ciężarnej, stanowią liczebnie mniejszość.

Przechodząc do rozejrzenia się w materiale klinicznym, naturalnie wobec jego ogromu, tylko w najważniejszym, zastrzec muszę, iż mówiąc w tym miejscu o gruźlicy, mieć będę na myśli jedynie z całą pewnością klinicznie rozpoznane przypadki gruźlicy płuc albo krtani.

Otóż, jak powiedziałem, większość autorów wypowiada się w ten sposób, że ciąża, poród i okres poporodowy ujemnie, nawet szkodliwie, wpływa na gruźlicę, szczególnie w przypadkach postępujących. Ten wpływ ujemny przejawia się w tem, że początek sprawy gruźliczej prawie zawsze w większości przypadków odnieść się udaje albo do istniejącej, albo do minionej ciąży.

Drugim niejako sprawdzianem wpływu ujemnego ciąży na gruźlicę bywa pogorszenie się tej sprawy chorobowej z chwilą zajścia kobiety w ciążę, przyczem pogorszenie to występuje tem wyraźniej i silniej, im proces gruźliczy jest znacznie rozwinięty.

Poród, głównie okres poporodowy, u kobiet w drugim okresie suchot, często przebiega z powikłaniami, jak oto: z wysoką gorączką, krwiopluciem; nadto stwierdzić się daje szybkie

postępy sprawy chorobowej podczas porodu i bezpośrednio po porodzie, czasami gruźlicę prosówkową i śmierć. W przypadkach gruźlicy w okresie rozpadowym cięża nie dobiega do końca, a przyspiesza śmierć.

Co się tyczy stosunku ciąży do gruźlicy krtani, to według E. Glasa i E. Krausa, Kuttnera, a także L. Lublinera i A. Sokołowskiego, wpływ i stosunek ten ująć można w następujące punkty i ze spostrzeżeń, zebranych przez nich, wyprowadzić takie wnioski. Cięża, poród i okres poporodowy wpływają na gruźlicę krtani w większości przypadków niekorzystnie, wprost ujemnie. Postaci rozlane wrzodziejącej gruźlicy krtani dają rokowanie zupełnie złe, przyczem większość przypadków tych kończy się śmiercią w okresie poporodowym. Zdarza się, iż nawet tuberkulomy, ograniczone nacieki i owrzodzenia podczas ciąży ulegają obostrzeniu, przeistaczają się w postaci rozlane, wrzodziejące, a *in puerperio* również prowadzą do zejścia śmiertelnego. Postaci ograniczone, zwłaszcza w końcu ciąży i przy pomyślnym stanie płuc i odpowiednim przyroście na wadze, dają rokowanie dobre.

Następnie, w żadnym z przypadków, które zakończyły się zejściem śmiertelnym, kobieta nie zmarła przed rozwiązaniem.

Osobiście miałem możność spostrzegania przypadku śmierci z gruźlicy krtani i płuc przed rozwiązaniem kobiety ciężarnej. Wydobyte dziecko, przez cięcie cesarskie *in cadavere*, w śmierci pozornej i docucione, wkrótce jednakże zmarło.

W 28^o/o wszystkich przypadków nastąpiło samoistne przezwanie ciąży, a w następstwie exitus letalis.

60^o/o dzieci, pochodzących od matek, u których nastąpiło rozwiązanie bez pomocy postronnej, żyło po urodzeniu tylko kilka dni.

W kazuistyce ciąży przy gruźlicy płuc, podanej w piśmiennictwie i w przypadkach, spostrzeganych przeze mnie, stwierdzano pogorszenie sprawy gruźliczej w następującym stosunku:

1) v. Bardeleben	80 ^o /o
2) Bollenhagen (klinika prof. Franquego)	68 ^o /o
3) Fellner-Schauta	68.3 ^o /o
4) Hofbauer	55 ^o /o
5) Kaminer	66 ^o /o
6) Mięśowicz (ambulatoryum krak. klin. chorób wewn.)	78 ^o /o
7) Neltner	67 ^o /o
8) Pankow-Küpferle	90 ^o /o.

9) Bruine Ploos v. Amstel	100 ^o %
10) Pradella	90 ^o %
11) Reiche	77 ^o %
12) v. Rosthorn	100 ^o %
13) Zirkel	34.48 ^o %
14) Jaworski	77 ^o %

Śmiertelność zaś wynosiła:

Kaminer	61 ^o %
v. Rosthorn.	16 ^o %
Pradella	26 ^o %
Bruine Ploos v. Amstel	100 ^o %
Jaworski	25,5 ^o %

Oświetlenie faktu szkodliwego wpływu ciąży, porodu i okresu poporodowego na gruźlicę bez względu na okres cierpienia tego—wstępny, wtórny, czy ze zmianami rozpadowemi, a także i wpływu gruźlicy na ciążę w znaczeniu gruźliczego zakażenia przez laseczniki łożyska, ewentualnie przekazania jej potomstwu, posiadamy w bardzo bogatym materiale kliniczno-statystycznym, a także w badaniach anatomopatologicznych wreszcie w doświadczeniach na zwierzętach.

Gerhardt już nieco dawniej zestawił spostrzeżenia kilku autorów (Evisoll'ego, H. Webera, van Sendyck'a) odnośnie przebiegu ciąży, porodu, położu i karmienia u osób z gruźlicą w różnych okresach. Z pracy tej między innymi widzimy, iż z 27 kobiet, które, będąc chore na gruźlicę, zaszły w ciążę, u 3-ch przebieg choroby nie zmienił się, 12 kobiet, które w czasie porodu znajdowały się w drugim lub trzecim okresie choroby, po rozwiązaniu nie żyły dłużej niż 4 miesiące; pomiędzy 10 kobietami, które w czasie porodu znajdowały się w pierwszym okresie gruźlicy, lub w początkach drugiego, u 3-ch gruźlica wzięła bardzo szybki przebieg; u 2-u nastąpiło znaczne pogorszenie, u 5-ciu lekkie polepszenie. Z 22-u na gruźlicę chorych kobiet 3 urodziły pomiędzy drugim a trzecim miesiącem, 3 pomiędzy siódmym a ósmym. Porody były w większej części łatwe, a dzieci słabe.

Według van Sendyck'a na 26 kobiet w wieku od 20—30 lat, których część była dziedzicznie obciążona, część bardzo wyniszczona, część zaś już przedtem cierpiała na gruźlicę, u 21 z pomiędzy nich cierpienie płucne zaczęło się lub pogorszyło w czasie położu, u 3-ch w czasie karmienia, u 2-u w czasie ciąży.

Z pomiędzy tych 26 kobiet 14, t. j. 54% zmarło najdalej po upływie dwu lat od zawarcia małżeństwa.

Bodaj gorsze wyniki podają inni autorzy. Heiman obliczył ze statystyki, podanej przez szereg autorów, jako cyfry przeciętne, że stan gruźliczych kobiet podczas ciąży pogarsza się w 73,4%, a 45,9% kobiet chorych na gruźlicę zmarło z powodu niej podczas ciąży.

Przy starej umiejscowionej gruźlicy spotykane były nawroty podczas ciąży w 68% (Fellauer-Schauta).

Zirkeł ujmuje w następujące cyfry szkodliwy wpływ i wzajemny stosunek ciąży i gruźlicy: w 67,7% przypadkach ciąża dobiegła do końca, w 32,2% nastąpiło rozwiązanie przedwczesne. Dzieci rodziły się o wadze, wynoszącej przeciętnie 3022 grm., lecz znaczna ich większość zginęła w kilka tygodni po urodzeniu. Co się tyczy stosunku wzajemnego pomiędzy ciążą a gruźlicą, to w 34,48% początek choroby wystąpił współcześnie z ciążą. Pogorszenie następowało zarówno podczas ciąży, jak i w okresie poporodowym.

Neltner z kliniki Strassburskiej podaje, że u kobiet gruźliczych znaczne pogorszenie w okresie poporodowym występowało w 67%.

Bardzo niekorzystnie przedstawia się statystyka Pradelli, oparta na 1035 przypadkach, poczerpniętych z literatury. Pogorszenie, mianowicie w położu nastąpiło w $\frac{3}{5}$ wszystkich przypadków, a 1 $\frac{1}{4}$ % zmarło przed porodem. Większość kobiet chorych znajdowała się w złych warunkach życiowych; do zestawień tych weszły chore we wszystkich okresach suchoć. W liczbie przypadków znajdują się sztuczne poronienia, które, według autora, dały w 83% polepszenie.

II.

Sprawa dziedziczenia i zaraźliwości gruźlicy w małżeństwie i rodzinie.— Badania statystyczne, kliniczne, doświadczalne. — Badania w kwestyi dziedziczności nad rozwojem komórek płciowych.—Badania łożyska gruźliczych chorych. — Przenikanie laseczników do łożyska oraz do krwiobiegu płodu.— Mechanizm przenikania tego.

Przechodząc obecnie do sprawy dziedziczenia i zaraźliwości gruźlicy w małżeństwie i rodzinie, stwierdzić trzeba, iż zarówno zwolennicy teoryi dziedzicznego usposobienia do gruźlicy, jak i kontagioniści, t. j. wierzący w szerzenie się suchot wyłącznie drogą zarażenia, najchętniej opierają się pod tym względem na statystyce.

W zestawieniach co do tej kwestyi posiłkować się będą pracą A. Riffła, którą już Baumgarten uznał jako wartościową, jednakże dopiero dzięki Kirchnerowi z Berlina doczekała się ona właściwej oceny i poznana została przez szersze grono lekarzy.

W 110 suchotniczych małżeństwach statystyki Riffła rozchodzi się wogóle o 111 mężczyzn i 147 kobiet.

Mężczyzna pierwszy zapadł na gruźlicę w 51 rodzinach, połączywszy się z 60-ciu kobietami. Z tych 60-ciu kobiet dostało gruźlicy 21, t. j. 35%.

Kobieta pierwsza zachorowała na gruźlicę w 80-u rodzinach pomiędzy 87 kobietami. Z tych 80-u mężczyzn dostało gruźlicy 20-tu, t. j. 25%.

Z zestawień tych wynika, że kobieta, która, wogóle przeciętnie mniejszą wykazuje śmiertelność na gruźlicę (w Prusach w 1892—1894 z 10 tysięcy mężczyzn zmarło 26,75, a z 10 tysięcy kobiet 22,56 na gruźlicę), w małżeństwie częściej była nią dotknięta, niż mężczyzna.

Niebezpieczeństwo gruźlicy małżeńskiej, jeżeli wolno użyć tego wyrażenia, ma się u kobiety w stosunku do mężczyzny jak 7 do 5.

Tym sposobem zapomocą zestawień liczbowych otrzymano wyraźny dowód, znany tylko ze spostrzeżeń życia codziennego, niebezpieczeństwa zawierania małżeństw pomiędzy zdrowymi a suchotnikami.

Liczyby te w ten sposób oświetlają sprawę omawianą: 25% zdrowych mężczyzn, wstępujących w związki małżeńskie, naraża się na niebezpieczeństwo zarażenia się suchotami od chorych na nie żon; 35% zdrowych kobiet, wstępujących w związki małżeńskie, naraża się na niebezpieczeństwo zarażenia się suchotami od chorych mężów.

Rozważając następnie pytanie, jaki wpływ gruźlica rodziców wywiera na ich dzieci, jakie ma ona znaczenie dla ich potomstwa, znaleźć możemy ważne i ciekawe dane również w statystyce Riffila-Kirchnera.

W badanych przez nich 716 rodzinach było 3911 dzieci, z których 173, t. j. 4,42% miało gruźlicę.

W 606 rodzinach, w których oboje rodzice byli zdrowi, było 3274 dzieci.

Z tych było 100, t. j. 3,5% chorych na gruźlicę.

W 35-iu rodzinach, w których tylko ojciec miał suchoty, rozchorowało się z 149 dzieci 11, t. j. 7,38% na gruźlicę.

W 60-iu rodzinach, gdzie tylko matka była chora na suchoty, rozchorowało się z 369 dzieci 36, t. j. 9,76% na gruźlicę.

Nareszcie, w 19-u rodzinach, gdzie oboje małżonkowie byli suchotnikami, rozchorowało się z 119 dzieci 26, t. j. 21,85% na gruźlicę.

Niebezpieczeństwo zatem gruźlicy rodziców dla dzieci nie może ulegać wątpliwości.

Jest ono większe, gdy pochodzi od matki, mniejsze, jeżeli pochodzi od ojca, a największe, jeżeli oboje rodzice są suchotnikami.

Niebezpieczeństwo to okaże się jeszcze większem, gdy zważymy liczbę rodzin, w których dzieci uległy gruźlicy.

Z 606 rodzin, w których oboje rodzice byli zdrowi, wystąpiła gruźlica u ich dzieci w 73 przypadkach, co stanowi 12,06%.

W 31 rodzinach, w których tylko mąż był suchotnikiem, wystąpiła gruźlica u dzieci w 8-iu przypadkach, co wynosi 25,81%.

W 60-iu rodzinach, w których tylko żona była suchotnicą,

zapadły na gruźlicę dzieci w 28-iu przypadkach, co wynosi 46.67%.

W 19-u wreszcie rodzinach, w których oboje małżonkowie mieli gruźlicę, zapadły na nią dzieci w 11-u przypadkach, co wynosi 57.89%.

Liczyby te są wprawdzie bardzo smutnym, lecz bardzo jasnym dowodem, jak wielkie jest niebezpieczeństwo gruźlicy, gdy choć jedna strona w związku małżeńskim bywa nią obciążona. Udziela się ona nie tylko drugiej stronie, drugiemu zdrowemu małżonkowi, lecz i dzieciom.

Jako uzupełnienie powyższej opinii, opartej na spostrzeżeniach klinicznych i badaniach statystycznych, szkodliwego wpływu ciąży na przebieg gruźlicy, zaznaczyć trzeba wynik badań na zwierzętach.

Doświadczenia na świnkach morskich dowiodły również szkodliwego wpływu ciąży na gruźlicę. Herman i Hartl wykazali, że ciąża ujemnie wpływa na stan i życie gruźlicznych świnek morskich w 71.2%.

Powyższe zestawienia liczbowe, dowodzące z jednej strony roli dziedziczności w powstawaniu gruźlicy, z drugiej szerzenia się gruźlicy w małżeństwie drogą zarażenia, znajdują potwierdzenie także w badaniach biologicznych nad rozwojem komórek płciowych i stosunkiem ich do patogenezы gruźlicy.

Badania biologiczne nad rozwojem komórek płciowych są tak wszechstronne, że w kwestyi o roli dziedziczności w powstawaniu gruźlicy wyrównać mogą różnicę w poglądach pomiędzy zwolennikami teoryi dziedziczności a t. zw. kontagionistami. Ostatecznie między zapatrywaniami temi niema różnicy zasadniczej, a istnieje tylko ilościowa, stosownie do tego, że jedni więcej oskarżają podłoże, a inni pierwiastki zakaźne.

Bardzo ważny dla dziedziczności proces—to zapłodnienie komórki jaja, podczas którego łączą się dla wytworzenia indywiduum nowego ojcowskie i matczyne właściwości lub przymioty. Jeżeli na ustrój zapatrywać się będziemy jako na sumę właściwości i cech albo elementarnych przymiotów, według wyrażenia de Vries'a, to zgodzić się musimy na istnienie cząstek w komórce zarodkowej, stanowiącej te właściwości. Stojąc na stanowisku teoryi komórkowej, powinniśmy w zjawiskach życia komórki odnajdywać warunki przekazania właściwości dziedzicznych. Wszystkie zasoby przymiotów duchowych i cielesnych, właściwości chorobowe i zdrowotne, z którymi się ro-

dzimy, zawdzięczamy obojgu rodzicom. Ten fakt biologiczny znajduje potwierdzenie bezpośrednio w zjawiskach, spostrzeganych przy zapładnianiu; po podziale włókien chromatynowych połowa jądra obu komórek płciowych łączy się z drugą połową. W ten sposób w nowopowstałej protoplazmie znajdują się dwa nowe jądra, z których każde otrzymało dla powstania swego jednaką ilość materiału zarówno od plemnika, jak i od jaja. Następnie odbywa się dzielenie komórek.

Przytem we wszystkich komórkach, rozwijających się z zapłodnionego jaja zwierzęcia, znajduje się jednakowa ilość istoty chromatynowej pochodzenia matczynego jak i ojcowskiego. Nowe indywiduum więc ze wszystkimi częściami i właściwościami swymi już zostało określone.

Wpływ matki po zapłodnieniu być może tylko redukujący, t. j. zatrzymujący lub przyśpieszający rozwój zarodka; wpływ ten jednakże nie może już nic dodać nowego do ustalonej masy dziedzicznej; wpływ ten nie jest w stanie wprowadzić nowej właściwości. Właściwości chorób, według teorii Weismana, t. z. determinanty, które każdy z nas posiada w różnej ilości, postaci i zestawieniu, wynikły, podobnie jak wszystkie właściwości danego osobnika, wskutek jemu jednemu przynależnej masy dziedzicznej jego przodków (Ahnenmasse) (Heider, Martius).

Patologia konstytucjonalna, na którą pierwszy Hueppe zwrócił uwagę główną, wskazuje na rolę dziedziczności w powstawaniu chorób.

W żaden sposób nie daje się zaprzeczyć istnienie usposobienia do gruźlicy. Predyspozycja specyficzna istnieje w samym ustroju, uległym chorobie, posiada podkład anatomiczny, w którym drobnoustroje, jak twierdzi Hueppe, nie mogą wywołać tego, co w budowie jego nie sprzyja powstaniu.

Toż samo i Trousseau przypisywał ustrojowi, właściwiej podłożu, wielkie znaczenie przy powstawaniu chorób:

„Ce terrain qui fait que chacun de nous individualise la maladie à sa manière; ce terrain que nous recevons par héritage où que nous façonnons au cours de notre existence; ce terrain, qui suivant les états d'immunité, de réceptivité, d'opportunité morbide, peut ennuler, peut favoriser ou modifier, à l'infini de l'enveloppement des germes“.

Według poglądu Baumgartena dziedziczność gruźlicy, uznana przez lekarzy wszystkich czasów, jest najgłówniejszą

przyczyną rozprzestrzenienia tej choroby wśród ludzkości. Na gruźlicę, według niego, trzeba się zapatrywać jako na wynik dziedzicznego przeniesienia laseczników gruźliczych. Pogląd ten opiera się na badaniach dokładnych nad noworodkami i zwierzętami. Laseczniki gruźlicze, przeniesione drogą dziedziczenia, będąc zatrzymane w ustroju płodu i stopniowo rozwijając się w nim, wskutek działania hamującego tkanki płodowej, na tyle słabną, że w pierwszej chwili po urodzeniu się płodu albo zupełnie nie wywołują w tkankach żadnych zmian, albo powodują bardzo nieznaczne, uchodzące uwagi nawet przy badaniu ścisłym, tymczasem później, w pierwszych miesiącach lub latach życia dziecka, rozwijają się, nie zawsze dające się stwierdzić klinicznie, ogniska gruźlicze, które jako ukryte miejsca — skryta postać gruźlicy, stać się mogą punktem wyjścia dla gruźlicy wyraźnej. Pogląd ten o skrytej postaci gruźlicy, jako i sposobie przekazywania jej, znajduje potwierdzenie także w badaniach innych.

Birch-Hirschfeld twierdzi, że wiele spostrzeżeń, co do powstania gruźlicy u pozornie zdrowych dzieci, urodzonych z chorych na gruźlicę rodziców, które uważane dotychczas były, jako posiadające usposobienie dziedziczne, sprowadzić można do zarażenia się ich w okresie płodowym przez laseczniki gruźlicze w nie dużej ilości, z mniej lub więcej skrycie przebiegającym okresem, w następstwie którego rozwija się już gruźlica wyraźna.

Na ten sam temat Behring wypowiedział się w formie poetycznej: pojawienie się choroby jest tylko ostatnim akordem pieśni, rozpoczętej przy narodzinach chorego.

Zresztą, kwestyę dziedziczenia, nie tylko usposobienia, lecz wprost samej choroby — gruźlicy, rozstrzygnęły już w znaczeniu dodatnim badania anatomopatologiczne nad łożyskiem kobiet, dotkniętych gruźlicą. Badania te, głównie Schmorla, dowiodły, że przy istnieniu gruźlicy płuc, wszystkie części składowe łożyska dotknięte być mogą również procesem gruźliczym. Z prac tych wynika ten ważny wniosek, iż przejście gruźlicy z matki na płód odbywać się może już podczas życia płodowego.

Według Schmorla dwiema drogami uledek może łożysko zarażeniu przez laseczniki gruźlicze.

Droga pierwsza — to prąd krwi, druga — przenoszenie się tworów gruźliczych z narządów płciowych. Schmorl rozróżnia cztery, postaci gruźlicy łożyska. Pierwsza przed-

stawia się jako ogniska gruźlicze na powierzchni kosmków i w przestrzeniach międzykosmkowych. W podścielisku kosmków znajdują się skupiny komórek okrągłych, pośrodku których rozpad o cechach zgorzeli, zawierający wielką liczbę laseczników gruźliczych, a na równi z temi ogniskami okrągłokomórkowemi często spostrzedz można i typowy gruzełek. W okresie późniejszym cały kosmek ulega zgorzeli i obrasta gruźliczą tkanką granulacyjną. Potem następują zmiany w naczyniach kosmków: albo naczynia zanikają wskutek pęcznienia podłoża, rzadziej wskutek przerostu endotelium, lub ulegają zaniknięciu przez zakrzepy szkliste.

Zanik naczyń posiada doniosłe znaczenie, albowiem wskutek tego w ciągu dłuższego czasu staje się niemożliwem przeniesienie laseczników gruźliczych do obiegu krwi płodu.

Jednakże w pięciu przypadkach gruźlicy łożyska, w naczyniach kosmków, w których krwiobieg najwidoczniej był zatrzymany, ustał, znaleziono jednakże laseczniki gruźlicze pośród czerwonych ciałek krwi.

Druga postać gruźlicy łożyska, według Schmorl'a, polega na tem, że gruźlicza tkanka granulacyjna pierwotnie rozwija się wewnątrz kosmków i najczęściej powoduje braki w nabłonku. Rzadka postać ta powstaje w ten sposób, że albo laseczniki, unoszone prądem maczynym krwi, przenikają z przestrzeni międzykosmkowych, mianowicie z powierzchni kosmków w głąb przez defekty, braki w nabłonku, lub laseczniki, znajdujące się w naczyniach płodu, powrotnym prądem krwi, od płodu przenoszone bywają na kosmki jeszcze nie uszkodzone.

Trzecia postać—to zajęcie procesem doczesnej późnej (*decidua serotina v. basalis*). W tym razie wypada mówić nie o gruźlicy w ścisłym słowa tego znaczeniu, lecz o zwyrodnieniu serowatem łożyska, nacieku okrągłokomórkowym, który często znajduje się w głębokich warstwach doczesnej, a głównie obok warstwy Nitabucha.

Postać ta uważana jest za zapalenie doczesnej charakteru serowatego, którego najczęstszym wynikiem bywa poronienie.

Czwarta postać — to gruźlica kosmówki. Schmorl obserwował ją dwa razy. W jednym przypadku proces ten był wtórny, przerzut z ogniska serowatego w łożysku, przyczem uległa zgorzeli i owodnia. W przypadku drugim stwierdzono ognisko serowate w kosmówce, które pierwotnie rozwinęło się w przestrzeni międzykosmkowej i zniszczyło duże naczynie ło-

zyskowe; rozpad zawierał dużo laseczników gruźliczych. Godnem jest uwagi, że ognisko serowate w kosmówce rozszerzyło się i na owodnią, która na pewnej przestrzeni była uszkodzona w ten sposób, iż na powierzchni wewnętrznej błon płodowych znajdował się rozpad serowaty i laseczniki.

Z powyższego wynika, że laseczniki, będąc zmieszane z wodami okołopłodowymi, dostać się mogą do żołądka płodu, który, jak wiemy, połyka ten płyn. W następstwie tego zrozumiałem się staje powstanie gruźlicy kiszek i otrzewnej płodu.

Wobec powyższego z badań Schmorla wynika, że w razie istnienia gruźlicy płuc wszystkie części łożyska dotknięte być mogą przez gruźlicę, a co za tem idzie, że i zarażenie płodu staje się zupełnie możliwe. Łożysko ulega gruźlicy i we wczesnych miesiącach ciąży, w 4 — 6-ym, a w skutek zachorowań doczesnej krwotoki i poronienia bywają nieuniknione.

Następnie, z badań tych wyprowadzić się daje ten doniosły wniosek, że łożysko ulega gruźlicy nie tylko przy jej postaci prosówkowej lub przy suchotach płucnych, wogóle bardzo rozwiniętych, lecz także gdy cierpienie znajduje się w okresie wstępnym.

Wreszcie, uważać trzeba za rzecz zupełnie dowiedzioną przejście gruźlicy od matki na płód.

Wnioski Sitzenfrey'a, wypływające z jego obszernej pracy o gruźlicy wrodzonej i o gruźlicy łożyska, są zbliżone do powyżej podanych. Przypuszczenie o usposobieniu specyficznym wrodzonym do zachorowań natury gruźliczej w pierwszym roku życia, a także i przeniesienie laseczników gruźliczych przy zapłodnieniu od ojca do matki są zupełnie dopuszczalne.

O ile możliwość zarażenia gruźlicą przy zapłodnieniu jest prawdopodobną i jeszcze nie zupełnie dowiedzioną, o tyle przejście wewnątrzmaciczne laseczników gruźliczych przez łożysko nie budzi już wątpliwości. Przytem bardzo ważne znaczenie posiadają spostrzeżenia, w tej liczbie i autora, że przy gruźlicy kosmków kosmówki rodzić się mogą pozornie zupełnie zdrowe dzieci, przynajmniej przez pierwsze miesiące życia; stosownie do siły napięcia sprawy chorobowej u matki w mniejszym lub większym stopniu ulega cierpieniu i dziecko; w przypadku pierwszym autora, w którym łożysko było usiane gruzelkami prosówkowatymi i wielkimi ogniskami gruzelkowatymi, dziecko zmarło w cztery godziny po urodzeniu.

W przypadku drugim, w którym znaleziono na łożysku stosunkowo nie wiele gruzełków, zachorowało dziecko w trzy miesiące po urodzeniu na przewłoczny proces gruźliczy i zapalenie opłucnej. W przypadku trzecim, w którym stwierdzono tylko jedno ognisko gruzełkowe, dziecko pozostało zdrowem. Sitzenfrey z naciskiem dodaje, iż uprzywilejowanym miejscem dla przenikania laseczników gruźliczych są białe infarkty łożyskowe.

Do spostrzeżeń Sitzenfrey'a, rzucających tak jaskrawe światło na sprawę bezpośredniego dziedziczenia gruźlicy, przybiera z pośród innych nadzwyczaj ciekawy przypadek F. Harbitz'a, profesora anatomii patologicznej w Chrystyanii, ogłoszony, przed paru miesiącami. Kobieta z otwartą gruźlicą płuc urodziła słabe, najpewniej niedonoszone, dziecko i wkrótce potem zmarła. Dziecko natychmiastowo oddzielono od matki. Zmarło ono na 25-ty dzień po porodzie. Badanie pośmiertne matki i dziecka wykazało bardzo rozwiniętą gruźlicę płuc. U matki oprócz tego znaleziono gruźlicę trąbek, macicy i miejsca, w którym było przyklejone łożysko.

Na innej drodze dowiedziono też dziedziczenia gruźlicy właściwiej przeniesienia jej od matki na płód. H. Dufour i E. Thiers podali opis spostrzeżenia na posiedzeniu Towarzystwa pediatrycznego w Paryżu, w maju r. b., według którego łożysko kobiety, zmarłej od gruźlicy, zawierało laseczniki Kocha, a surowica z ascites płodu, przy inokulacji szczurom dała gruzełki gruźlicze.

Przypadki powyższe nie nastęrczają, zdaje się, wątpliwości, co do wewnątrzmacicznego zarażenia się dziecka gruźlicą matki, której laseczniki, najpewniej, przedostały się przez łożysko.

Sam mechanizm przenikania laseczników do łożyska, oraz do krwiobiegu płodu bywa różny. Ogniska okrągłokomórkowe, posiadające laseczniki i znajdujące się w błonie dočasnej, przez przerwanie warstwy Nitabucha, przenikać mogą w przestrzenie międzykosmkowe i stać się powodem poronienia lub porodu przedwczesnego. Powtóre, wskutek długotrwałego zastojów krwi w naczyniach włoskowatych kosmków, zawartość naczyń tych przy wzrastającym ciśnieniu wewnętrznym, wtargnąć może do przestrzeni międzykosmkowych; w razie zaś następnego obniżenia ciśnienia krwi w naczyniach kosmków, staje się możliwym, iż składowe części krwi mat-

czynej wraz z lasecznikami, w razie istnienia ich w niej, przenikają do krwiobiegu płodu.

Oprócz powyższego mechanizmu, polegającego na przerwaniu naczyń włoskowatych obwodowych, istnieje jeszcze druga ewentualność bezpośredniego przenikania laseczników gruczliczych z krwi przestrzeni międzykosmkowych do naczyń płodu. Mechanizm ten polega na, t. zw. deportacji kosmków kosmówki.

Proces ten, pierwszy raz zbadany i opisany przez prof. Veita, znalazł następnie potwierdzenie w spostrzeżeniach i badaniach Schmorla, Pels-Leusdena, Lubarscha, a także moich, dokonanych pod kierunkiem prof. H. Hoyera, w pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Według badań tych skurcze macicy prowadzić mogą do obrywania się kosmków i przenoszenia ich do krwiobiegu matki. Otóż, gdy kosmek został oderwany i naczynia jego są otwarte, następuje bezpośrednio zmieszanie się krwi maczynej i krwi płodu oraz wtargnięcie bez przeszkód laseczników gruczliczych do krwiobiegu płodu. Wobec tego że zmiany gruczlicze przeważnie umiejscowione bywają w błonie doczesnej, staje się możliwym przeniknięcie laseczników do ustroju dziecięcego. Ogniska gruczlicze w miarę rozszerzania się przerywają i owodnią, wskutek czego ulegają zakażeniu i wody płodowe. Następnie we wczesnych okresach ciąży, ogniska gruczlicze błony doczesnej przenikać mogą w naczynia kosmówki przezroczystej (*chorionis laevis*) i w kosmki doczesnej zagiętej (*deciduae reflexae*), a stąd laseczniki przedostają się do krwiobiegu płodu.

Nadmienić muszę, iż zmiany gruczlicze spotykane były i w naczyniach pępowiny.

Z 26 łożysk, pochodzących od chorych kobiet na gruczlicę, zbadanych przez Sitzenfrey'a, w 7-iu przypadkach okazała się gruczlica, 11-ście przypadków dało, co do jej istnienia w łożysku, wynik ujemny. Nadto autor ten przeprowadził badanie pośmiertne na dwu płodach i u jednego z nich znalazł laseczniki gruczlicze we krwi i w gruczołach chłonnych.

III.

Poglądy na różne metody postępowania w gruźlicy płuc i krtani podczas ciąży. — Metoda dyetetyczno-klimatyczna. — Przerywanie ciąży jako metoda lecznicza. -- Poglądy różnych autorów na przerywanie ciąży w gruźlicy płuc i krtani.

Rozważając rokowanie i postępowanie lecznicze w gruźlicy podczas ciąży, rozpatrzyć nasamprzód wypada zapatrywania na metodę dyetetyczno-klimatyczną, a następnie na czynną interwencję leczniczą, polegającą na przerwaniu ciąży.

Co do metody pierwszej, to większość autorów powątpiewa o jej skuteczności w gruźlicy płuc, a tem bardziej i krtani podczas ciąży. Pewna jednakże liczba klinicystów podnosi wartość i skuteczność metody dyetetyczno-klimatycznej w gruźlicy podczas ciąży, czyniąc jednakże zastrzeżenie co do jej wyników, zależnie od okresu ciąży oraz stopnia cierpienia w danym przypadku, od wieku i położenia socjalnego chorej. Przytem podawane są (Schauta) wyniki statystyki zakładów niemieckich dla gruźliczych (*Heilstätte*), z których między innymi okazuje się, że tylko $\frac{1}{4}$ chorych po 4-ach latach zdolna była do pracy. Jeżeli pod zdolnością do pracy rozumieć będziemy powrót do zdrowia, co zresztą niezawsze tak bywa pojmowane, to okaże się, iż tylko 25% chorych zdrowieje. Statystyka, zdaniem Schauta'y, przedstawiałaby się daleko gorzej, gdyby do zakładów takich przyjmowano kobiety w ciąży.

Wyniki sanatoryjnego leczenia w gruźlicy kobiet, będących w ciąży, podają między innymi dwaj lekarze szwedzcy.

Albeck miał pod swoją opieką 19 chorych w ciąży w sanatorium dla gruźliczych. Z 16-u kobiet, u których poród odbył się normalnie, 6 zmarło w ciągu $1\frac{1}{2}$ roku.

Essen-Möller obserwował u kobiet ciężarnych, które leczyły się również w sanatorium, w 50% śmierć lub pogorszenie sprawy gruźliczej w płucach.

Turban zaznacza, że nawet u kobiet, znajdujących się w wyjątkowych warunkach życiowych, pierwszy wybuch choroby przypada na ciążę. Tak samo zdarza się i wśród kobiet najwyższych sfer, a zatem posiadających wszelkie warunki do przeprowadzenia racjonalnego leczenia.

Odmiennego zdania, co do korzyści z leczenia sanatoryjnego gruźlicy podczas ciąży, są następujący klinicyści: Burkarth zdaje sprawę z leczenia w sanatorium górskim 15-tu chorych na gruźlicę podczas ciąży i wyprowadza wnioski, że ciąża sama przez się nie wpływa szkodliwie na przebieg gruźlicy, a przy leczeniu powietrzem górskim chore się poprawiają, następnie, że wykonanie poronienia wskazane bywa tylko wobec ciężkiej postaci gruźliczej i przy wikłaniu ciąży nie dającymi się powstrzymać wymiotami.

Barthas, rozpatrując wpływ gruźlicy krtani i płuc na ciążę, wypowiada się za ogólnym leczeniem, a przeciwko przerywaniu ciąży.

Bollenhagen, opierając się na dużym materiale 124-ch chorych z kliniki prof. Franque'go, z których 54 ciężko obciążonych gruźlicą, doradza w przypadkach wątpliwych leczenie sanatoryjne.

Malsberg, przyznając, iż ciąża nawet w skrytych postaciach suchot płucnych wywołać może obostrzenie sprawy chorobowej, stwierdza jednocześnie, że widywał powstrzymanie się procesu w płucach, pod wpływem zmiany warunków życiowych i leczenia klimatycznego.

Merletti, na podstawie poznania literatury odnośnej i własnych spostrzeżeń, wypowiada zdanie, że ciąża niezawsze pogarsza stan gruźliczych, będących w ciąży, a gdy nawet ujemny wpływ jej wystąpi, radzi leczenie sanatoryjne. Wreszcie, Zirkel ze swej wielkiej statystyki wyróżnia przypadek 25-ty, w którym przy ciąży, osiągnąć się udało znaczne polepszenie, pomimo wyraźnych objawów gruźlicy płuc, pod wpływem leczenia klimatycznego.

Z pośród moich obserwacji, obejmujących za ostatnie 20 parę lat ogółem 35 przypadków ciąży przy gruźlicy płuc, oraz krtani, znajduje się 5, w których leczenie klimatyczno-sanatoryjne dało dobry wynik, a nawet w trzech przypadkach

chore ze zmianami w wierzchołkach płuc o charakterze włóknistym, obarczone dziedzicznie, pod wpływem ciąży poprawiały się.

Przypadki takie, w których gruźlica podczas ciąży nie tylko nie przybiera niepomyślnego obrotu, lecz nawet jakby przychodzi, aczkolwiek należą do rzadkich, wbrew opinii niektórych autorów, niewątpliwie się zdarzają. Sam znałem przypadki takie, a trzy z nich dokładnie przez lat kilkanaście obserwowałem, gdzie kobiety, obarczone gruźlicą, pod wpływem ciąży każdorazowo poprawiały się, a zawsze bezwzględnie przybywały znacznie na wadze.

Pierwsza z niewiast tych, której potomstwo obserwuję już w drugiej generacji, nie tylko że zносиła dobrze pięciokrotnie ciężę, lecz rodziła donoszone, względnie zdrowe dzieci. Tymczasem w międzyczasie drugiej i trzeciej ciąży gorączkowała przez czas dłuższy, miewała krwioplucie i zmuszona była zimę przepędzić na południu.

Szczególnem zjawiskiem u dzieci osoby tej, dziś już nieżyjącej, dobrze znanej wielu lekarzom tutejszym, było zajęcie u wszystkich wogóle lewego płuca, a głównie lewego szczytu tegoż płuca. Sama zmarła w wieku lat 52, ostatecznie na lewostronną pleuro-pneumoniam tuberculosam; na to samo umarła druga z rzędu jej córka w wieku lat 36-iu, a dwie córki tej ostatniej, dziś osoby dorosłe, obie mają zgęszczenia w lewym szczycie płucnym. Fakt ten ilustruje ciekawe spostrzeżenia Turbana, który na podstawie większego materiału, mianowicie szczegółowego badania 88-u rodzin, których członkowie kolejno zapadali na gruźlicę lub inne umiejscowione choroby płuc, dochodzi do wniosku, że na ogół 80% wykazuje stale mniejszą odporność jednego lub drugiego szczytu płucnego na zarazek gruźlicy.

Turban przytacza 155 historii chorób osobników, należących do 88-iu rodzin, wśród nich, jak wyżej nądmieniono, 80% przedstawiało zupełną zgodność, co do umiejscowienia gruźlicy, to jest, że ojciec, syn, córka, kolejno zapadając na gruźlicę, mieli zawsze zmiany najpierwsze lub najsilniejsze w tym samym szczycie.

Doniosłe znaczenie tych spostrzeżeń polega na tem, że w sprawie dziedziczenia gruźlicy, ustalono fakt dziedziczenia nawet oddzielnych odcinków płucnych, naturalnie mniej uodpornionych. Fakt ten w ten tylko sposób można tłumaczyć, że pewien określony odcinek płuc okazuje się dziedzicznie mniej

odpornym na zarazek gruźlicy, a nawet na inne zarazki, niż naprzykład na zarazek ostrego zapalenia płuc.

Druga osoba ze zmianami o charakterze włóknistym w obu szczytach, z gorączką nieregularną od czasu do czasu, przy dwukrotnej ciąży w czasokresie pomiędzy 25—34 rokiem, każdorazowo czuła się lepiej niż w stanie normalnym. W celu jednakże, jak sama mawiała, zaasekurowania się, przebywała prawie do końca ciąży w uzdrowisku leśnym (w Otwocku). W każdym razie stan jej ogólny i w płucach podczas ciąży poprawiał się i w obu razach stwierdzić można było przybytek na wadze. Gorzej ona znosiła czasokres poporodowy, bo aczkolwiek nie karmiła, chudła znacznie i dopiero przy leczeniu odpowiednim, zawsze zakładowem, odzyskiwała siły. Gdy jednakże w siedm lat po ostatnim porodzie, będąc wogóle w gorszych warunkach życiowych, a niekorzystnych klimatycznych, bo przebywała w Petersburgu, zaszła w ciążę, z powodu stanu podgorączkowego i znacznego upadku odżywiania, wykonano przerwanie ciąży, a uczyniono to trafnie, bo wkrótce potem poprawiła się i wogóle obecnie czuje się zdrową.

Trzeci przypadek dotyczy osoby, która względnie późno wyszła za mąż, bo mając lat 30-ci. Matka jej ze zmianami rozległymi w płucach o typie włóknistym, z krwotokami płucnymi bardzo znacznymi, dożyła 72 lat. Ona sama w 23-m roku przebyła zapalenie opłucnej wysiękowe, po którym stwierdzić można wyraźne zrosty i zgęszczenie w lewym szczycie. Przebyła pomyślnie dwie ciąży w ciągu pięciu lat. Każdej ciąży towarzyszyła euforya, zwiększone łaknienie, bezwzględny przybytek na wadze. Dzieci rodziła donoszone, dziś już dorosłe, aczkolwiek delikatne i o typie „*vir populeus*“ osobników nadmiernie wyrosłych, chudych, zawsze zmęczonych, jednakże względnie zdrowe. W międzyczasie tych dwu ciąży przebyła leczenie klimatyczne na południu.

Nietylko przypadki, podobne do opisanych, zdarzają się, gdzie sprawa gruźlicza w szczytach, o charakterze włóknistym, nie pogarsza się pod wpływem ciąży i nie wpływa na przebieg w znaczeniu jej przerwania lub skrócenia terminu, lecz nawet przy ciężkiej gruźlicy szczytów ciężarne czasami odznaczają się, jak się wyraża w swych Wykładach chorób dróg oddechowych A. Sokołowski, dziwną tolerancją. Przypadki takie autor ten widywał wielokrotnie, z których jeden, bardzo interesujący opisuje w ten sposób: Dotychczas widuję chorą,

która w 20-ym roku życia była dotknięta ciężką gruźlicą szczytów, po kilkoletniej systematycznej kuracji sprawa uspokoiła się w zupełności, pozostawiając jednak wyraźne zmiany szczytowe. Pacjentka ta, czując się zresztą zupełnie dobrze, wyszła zamąż; zaszedłszy w ciążę, przebyła ją najfatalniej, wystąpiły bowiem wszystkie wyżej wzmiankowane powikłania, a nawet pod koniec jeszcze ciężka influenza z zapaleniem ogniskowem płuc. Ze względu na ciężki stan chorej, duszność, objawy zastoiny i niedomogę serca, proponowane było sztuczne przerwanie ciąży. Chora jednak nie zgodziła się na to. Cięża dobiegła terminu, poród odbył się szczęśliwie. W okresie porodowym wystąpiło ciężkie, wiele tygodni trwające zakażenie gnilne, a pomimo to chora wycieńczona do ostateczności poprawiała się stopniowo, zmiany gruźlicze w płucu nie uległy pogorszeniu. Naturalnie, są to przypadki, mówi autor, wyjątkowe, lekarz jednak i o tej możliwości winien pamiętać.

Wracając do kazuistyki mojej, to znam z obserwacji 3 przypadki, gdzie z powodu gruźlicy płuc, czyniącej postępy pod wpływem ciąży, przerwano ciążę w II-im—III-im miesiącu z dobrym wynikiem, zwłaszcza w dwu, gdzie chore mogły przeprowadzić leczenie następcze klimatyczne. W jednym z tych przypadków, gdzie dokonano poronienia, i chora pozostawała nadal w szpitalu, stan jej, co do wahań ciepłoty i sił bardzo stopniowo się poprawiał.

W 9-ciu przypadkach ciężkiej, otwartej gruźlicy płuc, w 5-ciu wikłanej gruźlicą krtani, nastąpiła śmierć w okresie poporodowym, z wyjątkiem 1-go przypadku, gdzie rodząca zmarła przed rozwiązaniem, a płód wydobyłem przez cięcie cesarskie.

Dzieci wszystkich tych kobiet zmarły w pierwszych dniach lub tygodniach po urodzeniu.

W pozostałych 18-tu przypadkach, chore urodziły niedonoszone dzieci, w VII-ym i VIII-ym miesiącu, z których sześcioro przed rokiem życia zmarło.

Materyał mój kliniczny, zawarty w 35 spostrzeżeniach, pochodzi ze szpitali i ambulatoryów szpitalnych: Ś-go Ducha, Przytułku położniczego miejskiego II-go, szpitala Wolskiego i ostatnio szpitala Ś-go Rocha, a także z ambulatoryów fabrycznych Zakładów przemysłowych, a w szczególności z obserwacji pracownic jednej z fabryk warszawskich, wreszcie, z lecznicy i praktyki prywatnej. Materyał ten, na jakim opieram moje spostrzeżenia, jest parokrotnie

większy niż podaję. Przypadków jednakże ciąży przy gruźlicy płuc i krtani, które widywałem raz, a nawet czasami i parę razy, lecz o których, co do przebiegu ciąży, rozwiązania i okresu poporodowego, a także losu dzieci nowonarodzonych, nie miałem ściślejszych wiadomości, nie włączyłem do niego i zestawienie statystyczne czynię li tylko na podstawie wyżej podanej cyfry.

Rozpatrując więcej szczegółowo moje własne spostrzeżenia, przekonamy się, że na 35 przypadków ciąży przy gruźlicy płuc, a z tych 5-ciu i gruźlicy krtani, było 8 zakończonych zupełnie pomyślnie.

W 18-tu przypadkach ciąży przy gruźlicy płuc nastąpił samodzielnie poród przedwczesny, między VII a IX miesiącem ciąży, zaś 9 przypadków ciężkiej, otwartej gruźlicy płuc, 5 razy wikłanej gruźlicą krtani, zakończyły się zejściem śmiertelnem.

Co do losu dzieci, zrodzonych z matek tych, to dziewięcioro z nich zmarło w okresie poporodowym, w pierwszych dniach lub tygodniach po urodzeniu. Z 18-ściorga dzieci, urodzonych przedwcześnie, a więc niedonoszonych, 6-cioro, jak wyżej nadmienilem, zmarło przed ukończeniem roku życia.

Porównywając cyfry, wypływające z mojej kazuistyki, z zestawieniami innych autorów, okazuje się, że w przypadkach moich nastąpiło samodzielne przerwanie ciąży przy gruźlicy płuc i krtani między VIII a IX-ym miesiącem ciąży w 51,400.

Zirkel określa stosunek ten, t. j. przedwczesny samodzielny poród przy gruźlicy płuc na 32,20%.

Pankow podaje dwie cyfry. Podług niego samodzielne przerwanie ciąży u gruźliczych zdarza się między V-ym a VII-ym miesiącem ciąży w 14,30% przypadków, między VIII-ym a IX-ym miesiącem w 41,40% przypadków.

Los dzieci, zrodzonych z matek gruźliczych, co do % śmiertelności, według różnych autorów, wyraża się następującymi cyframi:

Zirkel wykazuje 530% śmiertelności u dzieci, zrodzonych z matek gruźliczych.

Deiber 7,80%.

Weinberg podaje, że z 321 dzieci, zrodzonych z matek gruźliczych, które zmarły w rok po porodzie, dzieci ich po roku zmarło 217, t. j. 67,90%.

Podług Pankowa śmiertelność wśród dzieci, zrodzonych z matek z objawami gruźlicy nie postępującej, wynosiła 25,9% w pierwszym roku życia, natomiast ogólna śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia wynosiła w tym samym roku i w tej okolicy 19,5%.

Już to jedno zestawienie oświetla wyraźnie znaczenie i wpływ postaci gruźlicy przewłocznej, nie postępującej i gruźlicy otwartej, ostrawej, podczas ciąży, na los, ściślej, śmiertelność dzieci, urodzonych w tym lub innym okresie choroby ich matek.

Większość kobiet ciężarnych z gruźlicą płuc, obserwowanych przezemnie, u których nastąpił poród przedwczesny, pochodziła ze sfery robotniczej, były to najczęściej pracownice fabryczne. U tej kategorii kobiet, nawet względnie zdrowych, jak wykazały między innymi i moje badania i spostrzeżenia, zawarte w rozprawie, p. n. „Wpływ warunków higienicznych i pracy zawodowej na przebieg ciąży i rozwój płodu“, często skraca się końcowy okres ciąży, a noworodki matek z tych warstw czyni mało odpornymi na choroby i obniża ich zdolność do życia. Wpływ taki wywiera nie tylko praca w fabrykach, lecz i zajęcia rękodzielnicze, dokonywane w niekorzystnych warunkach, jak np. w pół zgiętej lub stojącej pozycji, np. u zawodowych krawcowych, zawodowych praczek, prasowaczek. U tych kobiet wogóle ciąża rzadko dosięga 260 dni, a przerywa się nieraz znacznie wcześniej.

W ścisłym związku przyczynowym uciążliwej pracy zawodowej, zwłaszcza w fabrykach, podczas ciąży, pozostaje, jak wiemy, i ogólny rozwój, a specjalnie waga noworodka. Na podstawie dużej ilości liczb, waga ta, jak badania wykazują, przeciętnie o 300 gm. jest wyższa u noworodka kobiety, która na dwa do trzech miesięcy przed porodem zaprzestaje zajęć zawodowych, w porównaniu z wagą noworodka kobiety, która pracuje w fabryce do chwili rozwiązania.

Tem sobie tłumaczę stosunkowo wysoki % przypadków przedwczesnych porodów, głównie w VII miesiącu u kobiet ciężarnych, przezemnie obserwowanych. Tem bardziej że wszystkie kobiety te znajdowały się w jednakowych warunkach socjalnych i prowadziły zbliżony sposób życia.

Rzecz naturalna, że obok ciężkiej pracy zawodowej, stwarzającej warunki do przedwczesnego porodu, dołączył się w tych razach tak niekorzystny, wprost wysoce szkodliwy czyn-

nik chorobowy, jakim jest wogóle gruźlica, a specyjalnia podczas ciąży.

Karmienie przez kobiety dziedzicznie usposobione do gruźlicy, a tem bardziej z rozwiniętą gruźlicą płuc, wywiera wpływ bardzo niekorzystny, wprost szkodliwy wogóle na ich stan zdrowia oraz ich dzieci, na przebieg samego cierpienia.

Nawet gruźlica nieczynna pod wpływem wyczerpującego karmienia, szczególnie długo trwającego, bierze obrót niekorzystny, rozwija się. Najczęściej kobiety te, w drugiej połowie roku karmienia, pomimo dobrego uprzednio samopoczucia i dobrego łaknienia, zaczynają chudnąć i tracić siły. Wkrótce występuje suchy kaszel i stan podgorączkowy. Charakterystycznym jest, że u kobiet karmiących, chorych na gruźlicę płuc, kaszel prawie zawsze bywa suchy, że kobiety karmiące nie wykrztuszają płwociny. Toż samo daje się powiedzieć i o potach, które bardzo rzadko u kobiet karmiących występują.

Prawdopodobnie, iż zachodzi w tych razach związek pomiędzy obfitem wydzielaniem mleka z gruczołów mlecznych, i potu z gruczołów potowych, a wytwarzaniem się płwociny i jej wykrztuszaniem w znaczeniu ograniczenia tej ostatniej, a także przytłumienia czynności gruczołów potowych.

Ten wpływ karmienia na ograniczenie wykrztuszania płwociny przy istnieniu zmian w płucach, u kobiet karmiących, posiada duże znaczenie, bo doprowadzić może pod względem rozpoznawczym, a w większym stopniu pod względem rokowania do mylnych wniosków. Liczyć się w tych razach musimy ze znanym i ustalonym faktem, że postaci, t. z. gruźlicy suchej i wilgotnej, szczególnie podczas ciąży, dają zupełnie różne rokowanie co do przebiegu i zejścia. W formie pierwszej gruźlicy pogorszenie podczas ciąży występuje w 40% przypadków, tymczasem w—drugiej, t. j. w gruźlicy wilgotnej w 83%. Tembardziej trzeba mieć te okoliczności na uwadze, iż w wielu razach gruźlica u kobiet karmiących rozwija się skrycie, a nawet przy zmianach posuniętych daleko, bo rozpadowych w płucach, jak zaznaczają doświadczeni klinicyści, w tej liczbie i A. Sokołowski, chore skarżą się tylko na ogólne osłabienie i wyczerpanie, które zazwyczaj kładzione bywa wyłącznie na karb karmienia i dopiero wystąpienie krwioplucia staje się dla chorej i otoczenia groźnym objawem.

Przerwanie karmienia, o ile wcześniej nastąpi, jak miałem możność obserwowania w kilku przypadkach, wpływa zwykle

na poprawę stanu ogólnego, natomiast ujemnie oddziałują na macicę. Czynność bowiem gruczołów mlecznych, zwłaszcza gdy jeszcze jest wzmożona, powoduje skurcze mięśnia macicy, co znakomicie sprzyja zwinięciu narządu tego (Lactationsatrophie). Natomiast przytłumienie czynności gruczołów mlecznych, między innymi i wskutek tego, że przedwcześnie urodzone, słabe dzieci, jak to widywałem, nie są w stanie odpowiednio brodawkę ujmować, a tem samem i ssać, tembardziej ustanie czynności tej sprowadza nieraz krwotoki maciczne, lub w najlepszym razie przedwczesne i bardzo obfite miesiączkowanie.

Krwotoki te, rzecz naturalna, bardzo ujemnie wpływają na stan chorych gruźliczych, już wyczerpanych ciężą i porodem. Zaliczane słusznie, do t. zw. czynników szkodliwych (v. Bardeleben) okresu połogowego u gruźliczych chorych, zdaniem mojem, w dużej mierze zależęć mogą od złego zwijania się poporodowego macicy. Niezależnie od tego i same zmiany, wogóle schorzenie specyficzne narządu tego, stwierdzone podczas ciąży i po porodzie jeszcze przez Rokitansky'ego, a później przez Simonsa, niezaprzeczenie mieć może również wpływ na tak częste powstawanie krwotoków w okresie porodowym u gruźliczych kobiet.

Przystępuję obecnie do streszczenia i rozważenia poglądów na przerywanie ciąży jako na zabieg leczniczy, w razie istnienia gruźlicy. Poglądy te u różnych autorów są bardzo różnorodne, czasami wprost przeciwne.

Omawiając kwestyę przerywania ciąży, trzeba rozróżnić ciążę w miesiącach pierwszych od okresu jej późniejszego.

W tym ostatnim razie, a także w przypadkach ciężkich, przerywanie ciąży mieć może znaczenie jedynie dla dziecka. Ciężki stan i groźne objawy ze strony matki uledez mogą tylko zmniejszeniu, wynik ostateczny zostaje zawsze ten sam. Gdy Heiman i Margaliano np. uważają za wskazane poronienie u każdej kobiety, chorej na suchoty, a wyjątek czynią tylko dla tych, które koniecznie pragną mieć dziecko, lub gdy stan chorej sam przez się jest beznadziejny, a Leopold i v. Holst, mniej więcej z małemi zastrzeżeniami powyższe zdanie podzielają, to znów inni, jak na przykład Pinard, uważają przerywanie ciąży za bezcelowe i nielogiczne, a Barthas wywody w tej kwestyi kończy uwagą, że z przerwania ciąży matka nie odnosi żadnej korzyści, płód zaś ginie.

Przyjrzyjmy się jednak dokładniej, więcej szczegółowo, tym poglądom i zapatrywaniami, co do przerywania ciąży u gruźliczych chorych.

Stosownie do zapatrywań pod tym względem, podzielić można wszystkich autorów na trzy grupy.

Do grupy pierwszej należą przede wszystkim autorowie francuscy. Wprawdzie uznają oni szkodliwy wpływ ciąży na przebieg gruźlicy, są jednakże przeciwni przerywaniu ciąży, a natomiast oczekują dobrych wyników od leczenia dyetetycznego i klimatycznego.

Do grupy drugiej zaliczam tych autorów, którzy są za indywidualizacją w leczeniu, przerywają ciążę w zależności od okresu sprawy gruźliczej, wieku chorej, jej położenia socjalnego.

Wreszcie, grupa trzecia klinicystów uważa każdy klinicznie rozpoznany przypadek gruźlicy płuc lub krtani za podlegający bezwzględnemu wskazaniu do przerywania ciąży.

Klinicyści grupy pierwszej uważają przerywanie ciąży w gruźlicy za zbyteczne i nielogiczne, gdyż albo twierdzą, że ciąża nie wpływa szkodliwie na gruźlicę płuc, albo też, że gruźlica płuc może być korzystnie leczona podczas ciąży, albo, że przerywanie ciąży nie wstrzymuje sprawy gruźliczej w płucach a nawet ją pogarsza. Zdaniem ich należy leczyć gruźlicę metodą dyetetyczno-klimatyczną i wogóle polepszeniem warunków bytowych chorej. Z wybitnych francuskich ginekologów zdanie takie wypowiada Pinard. Z autorów niemieckich pogląd ten podzielają w mniejszym lub większym stopniu: Ahlfeld, Burghardt, Gusserow, Gönner, Löhlein, Runge, Veit, Weinberg Bokelman, Barthas, Kalabin, którzy głównie zalecają stosowanie leczenia konserwatywnego.

Inni znów klinicyści są bardzo powściągliwi i wogóle niechętnie stosują przerywanie ciąży w gruźlicy. Tak np. w klinice we Wrocławiu, według tego, co podaje Schauta, w ciągu 12-tu lat wykonano tylko siedm razy przerywanie ciąży w przypadkach początkowej gruźlicy czynnej.

Autorzy grupy drugiej, względnie najliczniejsi, zalecają przerywanie ciąży w gruźlicy, czyniąc zabieg ten zależnym od towarzyszących objawów, okresu suchot i ciąży, wieku chorej i t. d. Naturalnie, zachodzą między autorami tymi mniej lub więcej wydatne różnice w poglądach co do szczegółów, właściwych pojedynczym przypadkom.

Dla łatwiejszej orientacji w zaznajamianiu się z poglądami

najważniejszych autorów, spróbuje, może nieco sztucznie, zszeregować także i ich nazwiska, stosownie do zapatrywań.

Jedni autorzy uważają za wskazane i nadające się do przerwania ciąży tylko te przypadki, w których gruźlica płuc lub krtani jest we wstępnym, początkowym okresie, i wogóle przypadki lżejsze, a co ważniejsza wypowiadają się za przerywaniem ciąży tylko we wczesnych jej okresach: Chrobak, Hammerschlag, Lubliner, Neltner, Ruge, Sokołowski, Sterling, Mięśowicz.

Mięśowicz szczegółowo uzasadnia zapatrywania swoje na stosunek ciąży do gruźlicy i odwrotnie na wpływ gruźlicy na przebieg ciąży i potomstwo, a także na postępowanie i leczenie w tych razach. Przerwanie ciąży w przebiegu postępującej, czynnej gruźlicy płuc uważa za zabieg ze stanowiska lekarskiego usprawiedliwiony. W gruźlicy płuc nieczynnej, niepostępującej, powikłanej ciążą, możemy wyczekiwać i spodziewać się dobrego wyniku, szczególnie wtedy, jeżeli chorą umieścimy w odpowiednich warunkach higieniczno-dyetyetycznych, najlepiej w sanatorium dla chorych piersiowych.

Postępowanie lecznicze sanatoryjne może być przy ścisłym spostrzeganiu lekarskiem stosowane także i w poszczególnych przypadkach gruźlicy płuc czynnej, powikłanej ciążą. Jednakowoż nie można zbyt długo na poprawę wyczekiwać.

W gruźlicy płuc bardzo rozległej, a posuwającej się szybko, należy więcej uwzględniać życie dziecka, aniżeli matki. Ponieważ w przypadkach takich prawie na pewno twierdzić można, że postępu gruźlicy płuc, mimo przerwania ciąży, nie wstrzyma się, a zatem, że i życia matki uratować nie można, przeto należy usiłować utrzymać dziecko przy życiu przez troskliwą pieczę o matkę. W ostatnich kilku tygodniach ciąży, kończy autor, wywołać można poród przedwczesny, jeżeli zachodzi obawa, że z powodu trudności oddychania matki, nastąpią zaburzenia w oddychaniu płodu.

Wychudzenie, brak łaknienia, a głównie stały ubytek na wadze, są najważniejszymi wskazaniem do przerwania ciąży w gruźlicy (Fritsch, Zirkel).

Szybko posuwająca się gruźlica płuc lub krtani, tem bardziej obu narządów, podwyższona ciepłota, krwioplucie i wogóle pogorszenie, stwierdzone zapomocą badania fizykalnego, a o ile ciąża jest w okresie wczesnym, słowem całość tych

objawów, jest wskazaniem do przerywania ciąży (Funke, Fraenkel, Himmelfarb, v. Rosthorn).

Oddrębne i bardzo radykalne stanowisko, co do przerywania ciąży, zajmują: Maragliano i Hamburger. Pierwszy, opierając się na statystyce swojej, według której w równym czasokresie zmarło 94% gruźliczych ciężarnych, a tylko 18% gruźliczych nieciężarnych, gorąco zaleca w ciąży u gruźliczych wywoływanie sztucznego poronienia. Na Zjeździe przeciwgruźliczym w Berlinie, w r. 1899, Maragliano wyraża się w sprawie tej w sposób następujący: Prawdą jest, iż niektóre kobiety gruźlicze znoszą ciążę bez szkody, lecz również pewną jest rzeczą, że gruźlica u wielu kobiet w ciąży lub po porodzie nabiera cechy choroby gwałtownie rozwijającej się. Ponieważ zaś nie mamy możności rozstrzygnięcia, czy gruźlica pogorszy się w następstwie ciąży, zatem jedynym środkiem dla ochrony zdrowia chorej na gruźlicę podczas ciąży jest jej przerywanie. Im stan chorej gruźliczej jest lepszy, tem usilniej należy dążyć do przerywania ciąży. W przypadkach gruźlicy posuniętej u ciężarnych, sprzeczaćby się można o celowość przerywania ciąży. W przypadkach gruźlicy łagodnej, ograniczonej, nie powinno być żadnej wątpliwości. Jeżeli trzeźwo i celowo myślimy o obronie ludzkości przed gruźlicą, to musimy wszelki sentymentalizm co do przypuszczalnych praw płodu odrzucić i na pierwszym, przednim miejscu postawić prawo matki.“

Zbliżony pogląd na wskazania do przerywania ciąży wypowiada Hamburger, zastanawiając się nad wpływem ciąży u chorych na gruźlicę płuc z warstw robotniczych. Między innymi autor ten mówi: Ponieważ dla żony wyrobnika, chorej na gruźlicę płuc, ciąża jest nieszczęściem, ponieważ podczas jej ciąży nie możemy leczyć jej choroby płuc, a przez to czas ciąży jest dla leczenia bezpowrotnie stracony, dalej, ponieważ zdolność do życia potomstwa chorych gruźliczych jest wątpliwa, a każda chora gruźlicza jest niebezpieczna dla otoczenia, przeto względ na chorą, rodzinę i ogół wymaga, aby jedyną daną korzyścią w dziewięciomiesięcznym czasie ciąży wyzyskać, to znaczy—ciążę przerwać i to tem lepiej, im wcześniej.

Zapatrywania zbliżone do powyższych, co do wskazań przerywania ciąży ze względu na położenie specjalne gruźliczej chorej, wypowiada i Schwarz.

Odmienne przyczyny, co do przerywania ciąży, podaje v. Bardeleben, który w kwestyi stosunku ciąży do gruźlicy w osta-

tnich trzech latach ogłosił siedm rozpraw, ostatnią zaś przed paru miesiącami. Opierając się na 800 przypadkach gruźlicy płuc podczas ciąży, v. Bardeleben stwierdza, iż gruźlica czynna w 50% przypadków pogarsza się w czasie ciąży. Uważając łożysko u gruźliczych chorych jako ognisko wtórne, domaga się przerwania ciąży ze względu na umożliwienie leczenia ogniska pierwotnego w płucach. Nadto, v. Bardeleben dowodzi, że po poronieniach u chorych z gruźlicą posuniętą występują krwotoki maciczne w 90% przypadków, gdy z gruźlicą we wstępnym okresie tylko w 26%. Krwotoki te wpływają na szybkie postępy cierpienia podstawowego.

Wreszcie najradykałniejszy w zapatrywaniach i we wskazaniach do czynnego zabiegu podczas ciąży w gruźlicy jest obóz tych klinicystów, którzy doradzają w każdym przypadku gruźlicy przerywanie ciąży. Wyjątek pod tym względem stanowią ma chęć i życzenie samej chorej, aby mieć dziecko, lub stan jej beznadziejny, gdy przez przerywanie ciąży nie ma widoków na poprawę lub wogóle uratowanie. Autorzy ci wychodzą z tego założenia, że cięża, poród i okres poporodowy prawie zawsze pogarszają istniejącą gruźlicę płuc lub krtani, leczenie zaś gruźlicy podczas ciąży uważają wprost za utopię. (Heiman, Hamburger, Maragliano, Pradella, Schauta).

Jako przeciwstawienie tak skrajnemu stawianiu kwestyi, można podnieść te okoliczności, że nasamprzód nie każda ciężarna, chora na gruźlicę, umiera od tego cierpienia i niezawwsze sztuczne poronienie chroni chorą taką od postępu sprawy gruźliczej; powtóre, nie jest także dowiedzionem, aby każde dziecko, zrodzone z matki gruźliczej, umrzeć musiało na sucho.

Nie można znów pojęcia o usposobieniu dziedzicznym brać w znaczeniu zbyt dosłownem. Nie posiadając danych co do położenia rodzinnego nie tylko całego szeregu pokoleń w linii wstępnej, lecz nawet co do pokoleń najbliższych, bywa bardzo trudnem ustalenie, u którego z przodków powstało usposobienie chorobowe. Ostatecznie, koniec końców sprawa dziedziczenia właściwości patologicznych, a także normalnych psychicznych i fizycznych, sprowadza się do teoryi prawdopodobieństwa.

Trafne też czyni porównanie autor pracy, „O patogenezie chorób wewnętrznych“, Martius, gdy twierdzi, że żaden człowiek rozsądny nie myśli, aby istniał system, za pomocą którego

można by ściśle wyliczyć, czy padnie przy grze w Monte Carlo kula na rouge, noir, czy też na zero. Wiemy tylko, że prawdopodobieństwo potoczenia się kuli na rouge wyraża się stosunkiem 1:2, a dla zera 1:35. Z tem samym przypuszczeniem twierdzić możemy, że prawdopodobieństwo przejścia usposobienia do gruźlicy na dzieci od rodziców, obarczonych całościem objawów i właściwości, nazywanych pospolicie „wybitnem usposobieniem do gruźlicy“, jest tem większe, im więcej wśród przodków było gruźliczych.

Z tego jednakże nie wypływa, żeby w pewnych razach rodzice i przodkowie z gruźlicą dziedziczną nie mogli wydać niezwykle odporny, w stosunku do zapadnięcia na gruźlicę, organizm.

Pogląd, który kryje w sobie zasadę ogólną przerywania ciąży w gruźlicy, jako zabiegu nieszkodliwego, jest diametralnie przeciwny zdaniu np. Gusserowa, który zabieg ten, co do niebezpieczeństwa, stawia na równi z grozą ciąży dla suchotnic.

Ze stanowiska zaś zasadniczego należy nie podług ogólnych, lecz podług poszczególnych wskazań postępować.

Każdy zatem przypadek z osobna oceniony być musi według wyników ścisłego badania przedmiotowego.

Można być uprawnionym, ale nie obowiązany, do przerywania ciąży w gruźlicy płuc.

Słusznie też twierdzi W. Bylicki, że lepszy jest ten lekarz, biorąc rzecz ogólnikowo, który się rzadziej decyduje na wzniecenie poronienia. Indywidualnym bowiem sposobom patrzenia — pisze autor ten—takie tu pole zostawiono, że niekiedy granica pomiędzy leczeniem a karygodnem wzniecaniem poronienia może się nieznacznie zacierać, tem bardziej że tu nie mamy do czynienia z jasno określonymi sytuacjami, lecz z ewentualnościami.

Co zaś do rozszerzenia wskazań do wywołania poronienia i w przypadkach, w których domagają się tego względy społeczne, to zgodnie z uchwałą Sekcji ginekologiczno-położniczej XI Zjazdu Lek. i Przyr. Polsk. stoimy w kwestyi tej na stanowisku czysto lekarskiem i jesteśmy zdania, że na poronienie ze względów społecznych w nauce niema miejsca.

Bardzo dokładne i szczegółowe wskazania co do przerywania ciąży przy gruźlicy krtani podczas ciąży kreślą z jednej strony Kutner, E. Glas i E. Kraus, z drugiej A. v. Rosthorn Kutner na podstawie materiału około 100 przypadków

cięży przy gruźlicy krtani, stwierdza, że oprócz 3-ch, w których z korzyścią dla zdrowia przerwano ciążę w III-im i V-ym miesiącu, tylko siedm kobiet przetrwało ciążę, wszystkie zaś inne zginęły w następstwie gruźlicy.

Z 66 dzieci, objętych wyliczeniami temi, zmarło 60% wkrótce po porodzie. W rok po urodzeniu żyło tylko 10 dzieci, a z tych czworo było słabowitych.

W 6-ciu przypadkach przerwano ciążę w VI-ym miesiącu ciąży, z wynikiem niekorzystnym dla wszystkich matek. W 6-iu innych przypadkach przerwano ciążę w III-im lub IV-ym miesiącu. W trzech z tych przypadków po roku chore żyły jeszcze i były zdolne do pracy. W jednym z tych przypadków chora po dwu latach przebyła jeszcze jedną ciążę.

Według autorów tych, kobiety ciężarne, cierpiące na chrypkę, przy podejrzeniu na gruźlicę, powinny być dokładnie zbadane przez specjalistę i pozostawać pod obserwacją, aby mieć możliwość stwierdzenia pierwszych objawów posuwania się procesu. W razie gdy sprawa gruźlicza w krtani czyni postępy, a tem bardziej gdy istnieje tej samej natury proces w płucach, jest wskazanem wywołanie poronienia w pierwszych miesiącach ciąży. Sztuczny poród przedwczesny, przy szybko postępującej sprawie gruźliczej, jest przeciwwskazany, ponieważ zabieg ten w żadnym razie powstrzymać nie może ostro szerzącej się sprawy chorobowej. W przypadkach takich, głównie w postaciach rozlanych wrzodziejących, zdaniem autorów, przy względem zwężeniu, trzeba dokonać tracheotomii w celach leczniczych, ponieważ po wprowadzeniu rurki, proces w krtani może się polepszyć znacznie.

O słuszności twierdzenia tego, że pod wpływem tracheotomii i wprowadzenia rurki gruźlica krtani może się polepszyć, przekonałem się na przypadku, który i z innego powodu zasługuje na uwagę: 36-letnia kobieta, silnej budowy i dobrze odżywiana, będąc trzeci raz w ciąży w 6-ym miesiącu, leczyła się z powodu gruźlicy krtani przez czas dłuższy ambulatoryjnie w szpitalu Ś-go Ducha. Pewnego razu pod wpływem zmęczenia, spóźniła się bowiem na wizytę, a także i stanu powietrza, było to w grudniu, będąc w szpitalu, dostała gwałtownej duszności, która, z minuty na minutę się wzmagając, wywołała wkrótce upadek działalności serca, wprost brak tętna, sinicę, słowem wszystkie groźne objawy duszenia się, najwidoczniej warunkowane ostrym obrzękiem krtani. Obecny przytem kol.

Z. Dmochowski, oceniwszy odrazu grozę położenia, co do stanu chorej, leżącej na ziemi ze słabemi oznakami życia, przystąpił niezwłocznie w pozycji klęczącej, przy pomocy mojej, do wykonania tracheotomii i założenia rurki. Zastosowane zaraz oprócz tego sztuczne oddychanie i środki pobudzające pod skórę zrobiły po pewnym czasie swoje, bo chora stopniowo zaczęła coraz prawidłowiej oddychać i odzyskiwać przytomność.

Osoba ta, zamieszkała w Radomiu, według ówczesnej, t. j. z r. 1890 notatki mojej, urodziła we właściwym terminie dziecko, a jeszcze w 1½ roku po porodzie miałem wiadomość, że się czuje dobrze.

Zdaniem v. Rosthorna gruźlica płuc i krtani, jako taka, nie jest wskazaniem do przerywania ciąży. Wypada działać w tych razach, ściśle indywidualizując oddzielne przypadki; nasamprzód, dokładnie zbadać każdy przypadek, następnie—obserwować przez czas pewien i tylko w tym razie, gdy się ujawni, że ciąża istotnie wywiera wpływ szkodliwy na przebieg gruźlicy, naradzić się ze specjalistą, doświadczonym w leczeniu gruźlicy.

Jak ważna bywa indywidualizacja, co do rokowania i postępowania przypadków gruźlicy krtani podczas ciąży, poucza następujący przypadek, o którym wspominałem już podczas dyskusji na ten temat w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim: 24-letnia kobieta, będąca pierwszy raz w ciąży, w VI-ym miesiącu, przybyła ze wsi do zakładu leczniczego w Warszawie z powodu trudności i bólu przy połykaniu. Badanie internistów i laryngologa stwierdziło u niej bardzo nieznaczne zgęszczenie w lewym szczycie i dosyć rozległe zmiany w postaci owrzodzeń, głównie na nagłośni. Stan ten chorej pod wpływem leczenia miejscowego w krtani i stan ogólny na razie zaczął się poprawiać. Następnie jednakże, widocznie, w miarę postępu ciąży, nastąpiło pogorszenie. Ponieważ ciąża, prawidłowo przebiegająca, weszła w okres ośmiomiesięczny, postawiono kwestyę na naradzie, na którą i mnie zaproszono, przerywania ciąży, mając na uwadze poprawę na tej drodze stanu zdrowia chorej, ewentualnie życie dziecka. Pomimo stwierdzenia przez kolegów, że leczenie miejscowe w krtani daje coraz lepszy wynik, bo owrzodzenia się zablźniają, chora może dobrze łykać, a zmiany w płucu nie uległy pogorszeniu, ja osobiście odradzałem przerywania ciąży. Zdanie moje pod tym względem oparłem na tej zasadzie, że pomimo poprawy co do zmian w krtani, pomi-

mo bardzo dobrych warunków higienicznych, wzmożonego odżywiania przy istnieniu nawet dużego łaknienia, chora stale chudnie, a w ostatnich tygodniach nawet znamienne traci na wadze. Nadto, że istnieją, aczkolwiek nieznaczące, lecz stałe wahania ciepłoty, a pomimo pozornej euforyi, chora czuje się coraz więcej osłabiona. Proponowałem więc odroczenie decyzji co do przerwania ciąży na tydzień. Tymczasem w 3 dni po naradzie chora dostała bólów porodowych i w parę godzin w zakładzie bez pomocy, w asystencji akuszerki, urodziła niedonoszone dziecko. Już podczas porodu ciepłota podniosła się do 39° C. Cały okres poporodowy aż do chwili zgonu, który nastąpił 9-go dnia po rozwiązaniu, przebiegał bardzo burzliwie. Przebieg ciepłoty miał typ prawie ropnicowy. Wahania codzienne wyrażały się $36,5^{\circ}$, $37,0^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$, $40,0^{\circ}$, $40,5^{\circ}$. Tętno, które na razie po porodzie wykazywało 85 uderzeń na minutę, później wahało się stosownie do ciepłoty pomiędzy 120—150, a nawet 150 uderzeń. Podbrzusze wdęte, macica duża, przy ucisku bolesna, odchody połogowe umiarkowane i wogóle normalne. Jednocześnie stwierdzono z dnia na dzień zwiększającą się duszność bez wyraźniejszych jednakże objawów w płucach. Na dwa dni przed śmiercią wystąpiła nieomoga serca z sinicą, objawy mózgowe Dziecko zmarło 6-go dnia po urodzeniu.

Przypadki gruźlicy krtani podczas ciąży, jak już wiemy, dają bardzo niepomysłne rokowanie dla ciężarnych, a także wielką śmiertelność dzieci. Przypadek naszkicowany należał do kategorii tych, gdzie w okresie połogowym sprawa gruźlicza z. nadzwyczajną szybkością posuwa się naprzód, chociaż badanie fizykalne nie zawsze wykazuje w płucach zmiany, odpowiadające ciężkości objawów i wogóle ogólnemu stanowi chore

W tym razie pogorszenie, bądź co bądź pozornie niezbyt złego stanu chorej, jednakże przy ciągłym ubytku na wadze osłabieniu wsrastającym, ciepłocie stale podwyższonej, wystąpiło wprost gwałtownie w okresie poporodowym. Pogląd, że ten właśnie okres u kobiet chorych na gruźlicę płuc, wikłaną gruźlicą krtani, nadzwyczaj sprzyja szybkiemu szerzeniu się sprawy chorobnej, która prowadzi do zejściu śmiertelnego, wypowiedziany był jeszcze przed 40-u laty przez Rudolfa Virchowa, a ostatnio potwierdzony badaniami anatomopatologicznymi Schlimperta, według którego na okres poporodowy u tej kategorii chorych przypada największa liczba zejść.

Podobny przebieg okresu poporodowego, cały obraz jego,

jaki obserwowałem w naszkicowanym powyżej przypadku, naprowadzać może, nie bez słuszności, na przypuszczenie, że mamy przed sobą gorączkę porodową, o charakterze ropnicy połogowej. Brak jednakże momentów etiologicznych, a co ważniejsza uważne rozważenie, rozbiór patogenezy położu przy gruźlicy płuc i krtani, powinno rozstrzygnąć wątpliwości pod tym względem.

Już przed 50-ciu z góra laty v. Rokitansky pierwszy opisał przypadek śmierci po porodzie u chorej na gruźlicę płuc, do którego powyższy przebiegiem swym jest zbliżony.

Spostrzeżenie to dotyczyło 34-letniej kobiety, będącej 9-ty raz w ciąży, która samoistnie urodziła niedonoszone dziecko w VIII miesiącu ciąży i przy objawach wysokiej ciepłoty, bardzo przyspieszonego tętna, wzdęcia i bolesności podbrzusza na 19 dzień po porodzie zmarła.

Rozpoznanie jego, jakie ze stanowiska anatomo-patologicznego postawił, a następnie definicya, ściślej nazwa, jaką v. Rokitansky nadał spostrzeżeniu temu, określa dokładnie w tym razie patogenę i charakter samego cierpienia. Uczony ten zdefiniował przypadek swój, jako „ostrą tuberkulizację macicy w okresie połogowym“: „Ein Fall der acuter Tuberkulisation des puerperalen Uterus.“

Drugie spostrzeżenie takie, zanotowane w literaturze, należy do Zweifla, gdy jeszcze był profesorem w Erlangen. Przypadek ten, opisany przez M. Heimbs'a, dotyczy 23-letniej kobiety, która po 3-cim porodzie zmarła przy objawach gorączki porodowej. Badanie pośmiertne jednakże stwierdziło ostrą gruźlicę prosówkową macicy w okresie połogowym, przebiegającą pod postacią gorączki porodowej.

Niezaprzeczenie, iż przypadków takich, w których występuje „ostra tuberkulizacja,“ właściwiej zaś ostra prosówkowa gruźlica macicy, a także najpewniej i trąbek po porodzie u kobiet z gruźlicą płuc lub krtani, wydarza się więcej niż bywa ich rozpoznawanych.

Z pewnem prawdopodobieństwem i spostrzeżenie moje do tej kategorii należy, co te dwa, podane w literaturze, a przytoczone wyżej. Już dawniejsi nawet autorzy, jak np. Klob, Geil i inni uważali puerperium u kobiet z gruźlicą za okres wyjątkowo usposabiający do rozszerzenia się tej sprawy chorobowej na macicę i wogóle na narządy rozrodcze. Badania łożyska w tym kierunku, jak wiemy, obecnie wyświełają

dokładnie mechanizm przenikania laseczników gruźliczych do łożyska, które staje się wtedy wtórnym ogniskiem gruźliczem, mogącem wywołać zakażenie całego ustroju.

Wobec tak różnorodnych poglądów i wprost rozbieżności w zapatrywaniach na sprawę omawianą niektórzy klinicyści już dawniej starali się wytworzyć stałą zasadę, która byłaby niejako drogowskazem postępowania co do ciąży, wikłanej gruźlicą. Rzecz naturalna, iż w tym razie chodzi o to, aby jak najwłaściwiej postąpić ze względu na matkę i płód.

Otóż na zasadę taką, która dla rokowania odgrywać może rolę dużej doniosłości, wskazał prof. Veit w r. 1906 na Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Stuttgardzie. Zasadę tę, która otrzymała miano „prawa Veit'a”, zawarł on w formule, że ciąża sama przez się nie jest powikłaniem dla gruźlicy, zwłaszcza gdy ciężarnej kobiecie przybywa na wadze; gdy zaś waga jej się zmniejsza, przerwanie ciąży nie prowadzi do celu.

Istota zjawiska tego, któremu Veit przypisuje znaczenie pod względem rokowania, polega na tem, że zwiększenie wagi wynosi dla każdego z 3-ch ostatnich miesięcy ciąży—1500—2500 grm. Powiększenie to zależy nie tylko od samego wzrostu jaja płodowego, lecz także od powiększenia całej masy ciała kobiety ciężarnej. W ostatnim miesiącu ciąży waga ciała przeciętnie powiększa się o 1777 grm. Na płód średnio przypada 1000 grm., a cała reszta około 620 na ustrój kobiety.

W tem miejscu zaznaczyć muszę, iż w każdym przypadku ciąży, w którym istnieje podejrzenie na skrycie przebiegającą gruźlicę, trzeba zastosować cały aparat badań współczesnych w celach rozpoznawczych. Obok ścisłej obserwacji przez czas pewien co do wahań ciepłoty—przyczem nie należy zapominać, że u ciężarnych pod wpływem wzmożonej przeróbki materji zdarzać się mogą, jak o tem świadczą spostrzeżenia niektórych klinik niemieckich, nieduże wahania ciepłoty od 0,1 do 0,3 C⁰—otóż, obok zwykłego badania fizykalnego i na laseczniki, mierzenia ciepłoty ciała i tętna, kontroli wagi ciała, uciec się trzeba i do radiografii, której znakomitą wartość co do rozpoznania pod tym względem miałem możność parokrotnie stwierdzić. Następnie serodyagnostyka (d'Arloing i Courmont), jak również odczyny tuberkulinowe, np. oftalmoreakcja Calmette'a, którą w tym celu proponował i stosował E. Martin, pominięte być nie mogą. Wynik dodatni tej ostatniej reakcyi przekona nas o do-

statecznej ilości substancji ochronnych, które ochronić są w stanie ustrój przed szkodliwym wpływem ciąży. Ujemny wynik w pewnej mierze wskazać może na ewentualność potrzeby przerwania ciąży.

Ostatecznie dane cyfrowe z literatury co do wpływu przerwania ciąży na przebieg gruźlicy przedstawiają się w następujący sposób:

Pradella miał wynik korzystny dla zdrowia matek w 78% przypadków, jeżeli nie uwzględniał okresu gruźlicy płuc. Jeżeli zaś uwzględniał okresy gruźlicy płuc, to wyniki były następujące: W okresie I-ym w 89% przypadków wynik dodatni, w 11% przypadków ujemny. W okresie II-im w 83% przypadków wynik dodatni, w 17% przypadków ujemny. W okresie III-im w 25% przypadków wynik dodatni, w 75% przypadków ujemny.

Kaminer wykazał w 70% przypadków korzystny wpływ dla zdrowia matek. W 12% przypadków nastąpiło w końcu zejście śmiertelne.

Kiewe miał w 60% przypadków poprawę stanu zdrowia matek, w 10% przypadków pogorszenia, w 30% zejście śmiertelne.

Pankow i Küpferle zestawili w sprawie tej wielki materal statystyczny, z którego wypływa, że przerwanie ci zy wczesne, między I a IV miesiącem w czynnej gruźlicy płuc, jest dla zdrowia matek korzystne. Mniej korzystne bywają wyniki, jeśli przerywamy ciążę w późniejszych miesiącach i przy więcej posuniętej sprawie chorobowej.

Dobrowolny poród przedwczesny w II i III-im okresie dał 100% i 50% przypadków śmierci.

IV.

Profilaktyka i postępowanie lecznicze w gruźlicy płuc podczas ciąży. — Usposobienie dziedziczne w stosunku do małżeństwa. — Stosowanie środków ochronnych przeciwko zajściu w ciążę.

Przerywanie ciąży. — Technika poronienia i przedwczesnego porodu. — Wywoływanie stałej niepłodności. — Podwiązywanie jajowodów (*sterilisatio tubaria*). — Wyluszczenie całkowite macicy i przydatków. (*extirpatio totalis*)

Cięcie cesarskie pochwowe (*sectio caesarea vaginalis*).

Postępowanie przy porodzie normalnym u gruźliczych chorych.

Wnioski.

Pozostaje mi jeszcze w końcu omówić profilaktykę i postępowanie lecznicze.

Całą tę ważną sprawę starał się ująć w zwięzłe, lecz stanowcze zdanie Auvard, a zawarł je w następujących słowach: *Jeune fille—pas de mariage, femme—pas d'enfants, mère—pas d'allaitment.*

Istotnie, dla kobiety chorej na gruźlicę zajście w ciążę jest niepożądane i stanowi wydarzenie niedobre. Ciąża, poród i okres poporodowy ze zwiększoną przemianą materii, dekalcyfikacją i zmianami we krwi, warunkowanymi ciążą, których badanie i ja podejmowałem, jak oto: hiperglikemią, zmniejszeniem się wskaźnika opsonicznego surowicy krwi, zmniejszeniem się lipolitycznych własności surowicy krwi, jak już wiemy, oddziałują na przebieg sprawy gruźliczej prawie zawsze niekorzystnie, a przy usposobieniu dziedzicznym najczęściej są bodźcem do wybuchu choroby. Jeżeli nawet się wydarza, iż podczas ciąży, w pierwszej jej połowie, proces chorobowy przycicha, to w okresie poporodowym występuje nieraz pogorszenie, świadczące o postępie cierpienia.

Stąd wypływają wskazania, nasamprzód, co do profilaktyki, następnie co do postępowania leczniczego.

A zatem uznać musimy, iż zawieranie małżeństw pomiędzy suchotnikami kryje niebezpieczeństwo w sobie:

dla samego chorego, ponieważ życie płciowe, ciąża i po-
łóg nierozwiniętą gruźlicę łatwo rozbudzają, a już powstałą
wielce pogarszają;

dla małżonków i dzieci, ponieważ wydarza się nader czę-
sto przeniesienie choroby z jednego małżonka na drugiego,
a także przejście choroby z rodziców suchotniczych na dzieci,
jeżeli te ostatnie nie zostały umieszczone we właściwym czasie
w zdrowym otoczeniu.

Niebezpieczeństwa te są o tyle większe, o ile warunki ży-
cia dotkniętych osób są więcej ograniczone.

W celu zapobieżenia tym niebezpieczeństwom wypadałoby
przeszkadzać: aby osoby, u których usposobienie dziedziczne,
a także badanie budzą podejrzenie gruźlicy, nie zawierały mał-
żeństw w zbyt młodym wieku; aby osoby, u których istnieje
gruźlica, nie zawierały związków małżeńskich przed upływem
dwu lat po zupełnem wygaśnięciu objawów chorobowych.

Zasługuje to na szczególniejszą uwagę u tych osób, których
położenie majątkowe nie jest zapewnione, którzy ciężko na u-
trzymanie przy pomocy żon swoich pracować są zmuszeni.

Dla zwalczania zaś niebezpieczeństwa małżeństw pomię-
dzy suchotnikami jest koniecznie wymagalnem: aby oboje mał-
żonkowie w sposób zrozumiały, bez zastrzeżeń, o tych niebez-
pieczeństwach i ciężkiej odpowiedzialności względem dzieci
i pozostałych osób byli pouczeni.

Wreszcie, używanie środków ochronnych czyli, t. zw. pre-
zerwatyw w takiej lub innej formie w małżeńskim współżyciu
cielesnem, w razie istnienia gruźlicy, uważane jest poniekąd za
obowiązkowe. Wprawdzie wywoływać ono może w pewnych ra-
zach, jak wskazały badania Kisch'a i moje, szereg ciężkich zaburzeń,
głównie ze strony serca, mianowicie całości objawów, zwany
cardiopathia uterina, jak oto: bicie serca, przyspieszona, rzadziej
zwolniona czynność serca, wzmożone ciśnienie krwi, objawy
osłabienia, niedomogi serca z nierównem, przerywanem tętnem,
nerwobolami w okolicy serca, z napadami duszności, uczuciem
trwogi, lecz w każdym razie stosowanie środków ochronnych
uprzedza zajście i ewentualną potrzebę przerywania ciąży.

Środki ochronne przeciwko zajściu w ciążę są wprawdzie
bardzo liczne, często jednakże zawodne i niezawsze, jak nadmien-
iłem, obojętne dla zdrowia. Rozpatrując środki te, podzielić je mo-
żna na pewne grupy. Z pośród środków, niedopuszczających nasie-
nia do pochwy, kondon jest najpewniejszy, o ile nie pęka, aczkol-

wiek dla zdrowia obu małżonków, zwłaszcza przy użyciu przez czas dłuższy, niezupełnie obojętny; stosunek przerywany (*coitus interruptus*) bywa i niepewny i zawsze szkodliwie działa na zdrowie. Środki, zapomocą których drogą przepłukiwania wydała się wprost mechanicznie nasienie z pochwy, chociaż są kłopotliwe, szkody, o ile nie są trujące, zdrowiu nie przynoszą. Dalej idą środki, które zakrywają ujście macicy; jako to: gąbki, tampony z waty, oraz *pessaria oclusiva*, głównie w postaci czapeczek z gumy, metali na część pochwową macicy; są one pewne, o ile ściśle przylegają. Następnie środki, które niszczą plemniki, jak oto: ałun, chinina, *cremor tartari* etc., zarobione masłem kakaowem, lub wdmuchiwane zapomocą odpowiednich przyrządów. Masło kakaowe musi się dokładnie rozpuścić, proszek działa pewniej, lecz pozbawia pochwę ślizkości. Wreszcie do środków, które zapobiegają zetknięciu się jajeczka z plemnikiem, należy toaleta macicy po spółkowaniu, polegająca na wytarciu ust, ewentualnie szyjki macicy zapomocą waty na zgłębniku, zmoczonej w occie drzewnym, roztworze formaliny i t. p. Pomijam inne środki, jako zawsze szkodliwe dla zdrowia kobiety, z których pewne wkraczają w dziedzinę poronienia, jak np. proponowane przez Rychtera zakładanie nitki na stałe zapomocą zgłębnika do jamy macicy i t. p. Wszystkie wymieniane środki ochronne odpowiednio do stopnia kultury, sfery, do jakiej osoby należą, bywają mniej lub więcej często stosowane.

Zwolennicy stosowania środków ochronnych ze względu na momenty dziedziczne, na konsekwentną higienę rasy, ulepszenia jej (*Rassenverbesserung*) wychodzą z założenia, że człowiek nie może się wyrzekać takiej przezornej techniki w tej właśnie dziedzinie, gdzie tak bardzo chodzi o cały los ludzki.

Użycie tych sztucznych środków ma być podstawą urzęczywienia poczucia odpowiedzialności.

Z drugiej strony jednakże przyznać trzeba, iż sąd o prawie lub obowiązku rozradzania się jest zawikłany i nie łatwy do rozstrzygnięcia dlatego chociażby, że wchodzi tutaj w grę jeszcze pierwiastek etyczny i duchowy. Wszelkie wyższe etycznie podniesienie mężczyzny przez odczuwanie kobiece, które instynktowo dąży do połączenia mechanicznej strony z całym światem wznioślejszych i szlachetniejszych odczuwań i stara się stronę tę przesłaniać i poza świadomość usunąć, zostaje przez technikę zapobiegawczą zatracone, wprost znihilowane.

Zresztą, gdyby nawet praktyka ochronna rzeczywiście doprowadziła do zapobieżenia płodzeniu dużej liczby niezdrowego pokolenia i gdydy sprzyjała wydawaniu na świat tylko zdrowych dzieci, to i wtedy pozostaje do rozstrzygnięcia, nastęrczająca duzo wątpliwości, kwestya, czy w samej istocie zapobieganie nie spowoduje pod względem fizyologicznym i psychologicznym takiego zepsucia w całej dziedzinie płciowej, takiego zwyrodnienia działalności popędów i takiego upadku wznioślejszego życia miłości, że wskutek tej masy zabójczych oddziaływań, jak się wyraża Foerster, nawet „najdoskonalszy materyał ludzki“ w ciągu kilku pokoleń zostanie doprowadzony do zwyrodnienia fizycznego, nerwowego i psychicznego.

Powyższe zastrzeżenia i wątpliwości, które siłą faktów, poczerpniętych z obserwacyi, same się nastęrczają, nie mogą wpływać na zapoznavanie odpowiedzialności wobec bardzo ciężkich i nie ulegających wątpliwości niebezpieczeństw, wpływających z dziedziczności chorób, wśród których gruźlica zajmuje miejsce przodujące.

W kwestyi leczenia kierować się winniśmy właściwościami każdego poszególnego przypadku. Ocena stanu chorej i postawienie wskazań leczniczych nastąpić może tylko po wspólnej naradzie akuszerza z lekarzem internistą. Na rolę techników, wykonawców zleceń terapeutów akuszerzy, jak to w dyskusyi w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim z naciskiem w swoim czasie powiedziałem, nigdy zgodzić się nie mogą i nie zgodzą. Mają oni w kwestyi wskazań i postępowania leczniczego zbyt duzo w każdym przypadku do powiedzenia ze swego stanowiska, aby polegać mogli wyłącznie na zdaniu cudzem. Najlepiej świadczy o tem wielka liczba prac wartościowych w kwestyi ciąży i gruźlicy, przez akuszerów pisanych.

Co się tyczy więc leczenia, to leczenie dyetetyczno-klimatyczne gruźlicy podczas ciąży, zwłaszcza w sanatoryach, posiada, jak już zaznaczyłem, wśród klinicystów dosyć zwolenników i daje niekiedy dobre wyniki.

Jeżeli choroba postępuje, to przerwanie ciąży staje się usprawiedliwionem.

Przerwanie jednakże ciąży przy ciężkich postaciach gruźlicy, tem bardziej w drugiej jej połowie, bywa najczęściej bezcelowe; dziecko zawsze ginie, a matka również nie odnosi korzyści; zdarza się nawet, że matka umiera wskutek następstw

przedwczesnego porodu sztucznego, który był wykonany w celu przedłużenia jej życia.

Odnosnie techniki samej poronienia sztucznego przy gruźlicy, to proponowane były rozmaite sposoby. Fellner np. doradza w pierwszych miesiącach ciąży tamponowanie jamy macicy zapomocą gazy jodoformowej. Heiman poleca technikę Fritsch'a: nasamprzód wprowadzanie pręcików blaszkownicy (*laminaria*), po 24-ch godzinach gaza, po następnych 24-ch godzinach poronienie zwykle jest już dokonane, lub też w razie potrzeby płód usuwa się zapomocą kleszczyków specjalnych. Metoda ta, dotychczas dość często stosowana, wywołuje nieraz, co stwierdza w pracy swej i Schauta, ropne zapalenia, głównie trąbek. Inni modyfikują technikę powyższą w ten sposób, że po 24-ch godzinach pręcik blaszkownicy, napęczniały do wymiarów 2—3—krotnej swojej objętości, zostaje wyciągnięty, a w razie potrzeby wprowadza się pręcik grubszy, albo dwa obok siebie i znowu czeka się 24 godziny; po tem udaje się zazwyczaj wprowadzenie małego metreuryntera w kształcie skrzypiec. Jeśli można wygodniej przejść przez kanał szyjki jednym, albo lepiej dwoma palcami, to w razie wczesnego okresu ciąży opróżnia się macicę od razu; gdy zaś ma się do czynienia z większym płodem, to trzeba w dalszym ciągu posługiwać się metreurynterem, aż dopóki nie zostanie wypchnięty.

Rozszerzenie szyjki i ust macicznych oraz opróżnienie macicy powinno być wykonane, jak można najszybciej, nie koniecznie jednakże, jak tego żąda np. Bollenhagen, w przeciągu jednego zabiegu, chyba zapomocą cięcia cesarskiego pochwowego. Wydobycie bowiem płodu na drodze krwawej, po 10 tygodniach trwania ciąży, zapomocą łyżeczki, aczkolwiek pozornie upraszcza rzecz całą technicznie, naraża jednakże ciężarną, chorą na gruźlicę, na wielkie niebezpieczeństwo. Pod tym względem znaczenie badań łożyska na obecność laseczników Kocha jest dla wyboru postępowania leczniczego, właściwej techniki zabiegu, decydujące. Wiemy, iż laseczniki do krwi przenikają, przerywając przestwienie międzykosmkowe podczas porodu i poronienia, tem łatwiej, im znajdą po temu dogodniejsze warunki do wtargnięcia, a więc otwarcie jak największej liczby naczyń. To nam tłumaczy wielkie wahania tętna i ciepłoty z zejściem śmiertelnem po niektórych sztucznych poronieniach u chorych gruźliczych, a nawet obecność wtedy laseczników w kale i płwocinie, których przed poronieniem nie było.

Oprócz tego w wyborze zabiegów operacyjnych u ciężarnych, chorych na gruźlicę, wypada zawsze mieć na uwadze znaczenie nowych badań (Sterna, P. Bara i L. Devraign'a) nad reakcją ciężarnych i położnic na tuberkulinę. Z badań tych bowiem okazuje się, że podczas ciąży, głównie w 9-ym miesiącu, u także po porodzie na 4—10 dzień, stwierdzić można zmniejszenie reakcji na tuberkulinę. Zjawisko to wskazuje na łączenie się przeciwciał, krążących we krwi. Takie łączenie się tłomaczy ten fakt kliniczny, że ciężarne i położnice są mało zabezpieczone od zakażenia gruźliczego:

Wykonanie sztucznego porodu przedwczesnego, o ile do wykonania jego nastęrczyć się może wskazanie, w każdym razie dla przyczyn wyżej wyłuszczonych nie częste, dokonywa się albo zapomocą metreuryzy, albo przez przekłucie pęcherza płodowego, według sposobu Scheel'a, wreszcie przez wprowadzenie i pozostawienie w macicy pręta elastycznego (*bougies*), według metody Krausego.

Schauta w klinice swojej już od czasu dłuższego stosuje metodę czysto chirurgiczną, mianowicie *colpohysterectomia anterior (sectio caesarea vaginalis)*.

Toż samo czyni A. Rosner, który, pisząc o przerywaniu ciąży cięciem pochwowem, wypowiada zdanie, że wogóle dla przerywania ciąży w pierwszych jej miesiącach należy użyć metod doraźnych: w pierwszych dwu, najwyżej 2½ miesiącach ciąży znacznego rozszerzenia szyjki i wypróżnienia macicy zwykłą łyżeczką, choćby cierpienie, które stało się powodem zabiegu, nie miało w sobie samo przez się wskazania do postępowania doraźnego.

Następnie autor, opierając się na 12-tu własnych spostrzeżeniach, w których zastosował cięcie cesarskie pochwowem w celu przerywania ciąży — z tego wogóle 10 razy między 10-ym a 24-ym tygodniami ciąży, 5 razy z powodu gruźlicy płuc i opłucnej, a 1 raz przy nacieku w płucu, wikłanem niewyrównaną wadą serca i zapaleniem nerek—uważa stanowczo pochwową hysterotomię jako metodę wyboru, zwłaszcza w gruźlicy płuc, gdzie powolne poronienie, szczególnie w drugiej połowie 3-go i w 4-ym miesiącu, bywa zabiegiem często trudnym i więcej krwawym.

A. Rosner w ten sposób szereguje z jednej strony zalety, z drugiej wady zabiegów operacyjnych i całego wogóle prze-

biegu przerwania ciąży sposobem czysto chirurgicznym, doraźnym w porównaniu ze sposobami wzniecania.

Wyższosc doraźnego sposobu polega na tem, że 1) operacja trwa kilkanaście minut, a nie całe dni. Pomijając już niebezpieczeństwo, połączone z długim trwaniem manipulacji wewnątrzmacicznych, wiele kobiet ulega wstrząsowi moralnemu z powodu morderczej operacji dla płodu. 2) Sposoby wznecające są boleśniejsze, bo cały bieg poronienia lub porodu odbywa się bez znieczulenia. Chore po pochwowem cięciu cesarskiem nie żalą się wogole na żadne bóle. 3) Przy metodach wzniecania poronień nie daje się ściślej określić ewentualny czas jego ukończenia, co zarówno dla chorej, jak i dla lekarza bywa bardzo przykre. 4) Zabieg doszczętny, acz polega na zadaniu rany ciętej, jest znacznie mniej krwawy, niż bywa powolne poronienie, zwłaszcza w drugiej połowie 3-go i 4-go miesiąca. Gdzie chodzi o gruźlicę, tam z pewnością nie jest rzeczą obojętną, ile chora straciła krwi wśród zabiegu. 5) Naogół biorąc, autor miał przebieg pooperacyjny po cięciu pochwowem lepszy, niż po sposobach prowokacyjnych.

Pomimo tych zalet cięcie cesarskie pochwowe, jako metoda przerwania wczesnej ciąży, przy braku nagłego, doraźnego wskazania nie jest powszechnie uznane. Znaczna większość autorów jest zdania, iż metoda ta bez doraźnego wskazania nie powinna być stosowana (Bar, Bumm, Dührssen, Ehrendorfer, Hannes, Küstner i wielu innych).

Jedni z nich, jak Bumm i Dührssen, którzy położyli największe zasługi dla rozwoju techniki pochwowego cięcia cesarskiego, uważają, iż można i trzeba zabieg ten wykonywać tylko w tych przypadkach, w których leniwa macica nie odpowiada skurczami na zwykłe bodźce metod wznecających. Prawie wszyscy są tego zdania, że operacja ta nadaje się głównie do przypadków o wskazaniu nagłym, a także tam, gdzie po wydobyciu płodu ma się wykonać wycięcie macicy przez pochwę, np. przy raku, lub gdy zamierzona jest jednocześnie sterylizacja przez podwiązanie lub wycięcie trąbek. Inni jeszcze autorzy, jak Hannes, Küstner, wypowiadają się za dawnymi, powolnymi, sposobami przerywania ciąży, głównie metreuryzą, lub, jak Dührssen, tamponadą zapomocą gazy.

Sam A. Rosner w końcu pracy swej czyni zastrzeżenia, co do wskazań, ze względu na okres ciąży, do cięcia cesar-

skiego pochwowego i w ten sposób odpiera zarzuty, czynione zabiegowi temu. Operacja ta we wczesnym okresie ciąży, przed końcem 6-go miesiąca, i ten sam zabieg pod koniec ciąży, to dwie w technice jednakowe, w rokowaniu zgoła niepodobne operacje. W pierwszym bowiem razie jest ona całkiem lub prawie całkiem bezkrwawą, o dalszem rozdzieraniu się rany niema mowy wobec małych rozmiarów płodu, szyjka jest jeszcze jędrna i gruba, tak że kleszczyki trzymają ją doskonale, a wążka pochwa pierwiastki nie stanowi żadnej przeszkody.

Cała grupa akuszerów, jak Dützman, Jaschke-Rosthorn, Döderlein i Neu, wypowiedają się za *sterilisatio tubaria* u gruźliczych chorych, po dokonaniem poronieniu.

Bum i jego szkoła wyluszcza całkowicie macicę wraz z przydatkami po dokonaniu poronienia u takich chorych. Według zapewnień E. Martina, Bum w klinice swej wykonywa całkowite wyluszczenie nie tylko dlatego, że kobiety obciążone gruźlicą łatwo zachodzą w ciążę i żyją pod grozą postępu cierpienia i pogorszenia stanu zdrowia, lecz i z tego powodu, że po usunięciu jajników powiększa się podkład tłuszczu.

Nie można jednakże utożsamiać wyzdrowienia z utyciem. Co ważniejsza, przy zbyt niemi utyciu podczas ciąży w gruźlicy płuc występują niekiedy zaburzenia oddechowe, warunkowane niedomogą serca. Jest to zrozumiałe, ponieważ przerost serca podczas ciąży pozostaje w zależności od zwiększonej wagi ciała ciężarnej, a badania przeze mnie przedsięwzięte metodą skiografii (między innymi ostatnio w pracowni rentgenologicznej szpitala Ś-go Rocha), wykazały powiększenie wymiarów serca u ciężarnych.

Kraus również uważa za konieczne usunięcie jajników, aby kobieta uniknąć mogła ponownego zajścia w ciążę.

Nie ulega wątpliwości, że wywołanie niepłodności u kobiet, obciążonych gruźlicą, którym już przerywano ciążę, jest ważne dlatego, iż kobiety takie łatwo zachodzą w ciążę, a zbyt częste przerywanie ciąży nie może być obojętne dla ustroju. Zabieg jednakże tak duży jak wyluszczenie macicy wraz z przypadkami, przedsięwzięty w tym celu, jest stanowczo zbyt ciężką operacją dla tej kategorii chorych. Z powyższych względów niektórzy klinicyści, jak Döderlein, Sellheim, Schauta, doradzają w tym celu podwiązywanie trąbek. Ja bym dodał, że także ze względu na powstające niekiedy po trzebieniu: tachikardię napadową, otłuszczenie serca, a nawet i psychozy różnych postaci.

W tym celu proponowane są różne operacje, które polegają: na podwiązaniu trąbek, na przecięciu trąbek, na wycięciu ich części pomiędzy dwiema podwiazkami; następnie na wszywaniu światła trąbki na zewnątrz; w końcu na wycinaniu klinowatym trąbek z rogu macicy i zaszywaniu tych rogów. Niektóre z tych operacji mają na celu tylko czasową nieplodność, mianowicie podczas dłuższej trwającej choroby, gdy zaś następuje wyleczenie z gruźlicy, drożność trąbek ma być za pomocą operacji następczej przywrócona. W praktyce jednakże, jak wskazują spostrzeżenia, bywa to zawodnym. A nadto, i co do samego zapobiegania zajściu, niektóre z tych zabiegów nie dają pewności. Wogóle o zabiegach tych da się to powiedzieć, że im większa ma być pewność niezajścia w ciężę, tem cięższą operację wypada w tym celu wykonać.

Osobiście spostrzegalem przypadek, w którym prof. Wertheim w celu wywołania nieplodności podwiał obie trąbki. Osoba ta w 1 $\frac{1}{2}$ roku po operacji zaszła jednakże w ciężę.

Plauchu na posiedzeniu ginekologicznem w Lyonie, w maju r. b., demonstrował przypadek, dotyczący 4 razy rodzącej, u której przy 3-em cięciu cesarskiem wykonano w celu wywołania bezplodności obustronne podwiązanie trąbek. W 18 miesięcy potem wycięto z jednej strony trąbkę i jajnik. I potem w jakiś czas kobieta ta zaszła w ciężę.

Gdy operacje te wymagają otwarcia jamy brzusznej, to ogromnie komplikują niewielki i względnie bezpieczny zabieg: dokonanie poronienia.

Odnosnie do postępowania przy porodzie gruźliczych chorych, trzeba zawsze mieć na uwadze następujące okoliczności, które u takich chorych niekorzystnie oddziałują na sam akt porodowy. Znaczne podniesienie i nagłe zmiany w parciu krwi w naczyniach krwionośnych, gwałtowna czynność narządu oddychania w czasie porodu, która wywoływać może nie tylko krwoplucie, lecz i wchłanianie, wskutek głębokich wdechów zakażonej plwociny do odległych od ogniska gruźliczego odcinków płuc. Dla zmniejszenia szkodliwości czynników powyższych, a także ogólnej sumy pracy, nagłe wykonywanej podczas porodu, wskazanem bywa zastosowanie operacji położniczych skracających poród (obrót, kleszcze, cięcie cesarskie pochwowe).

U rodzących gruźliczych trzeba natychmiast po porodzie podwizać pepowinę wobec ustalonego faktu, że łożysko przepuszczać może laseczniki gruźlicze.

Rozważając z jednej strony wyżej podane poglądy, z drugiej, opierając się na własnych obserwacjach i doświadczeniu, jestem zdania, że nie mamy podstawy ani ze stanowiska teoretycznego, ani też klinicznego stawiania zasady przerywania ciąży, jako metody leczniczej gruźlicy.

Powtóre, że aczkolwiek proces gruźliczy w płucach i krtani najczęściej zaostrza się pod wpływem ciąży, nigdy jednakże nie jesteśmy pewni, jaki przebieg mieć może dany przypadek; i dlatego w przypadkach wątpliwych przy usposobieniu do gruźlicy, kobieta nie powinna zarezczać się wcześniej niż po upływie najmniej roku od zupełnego wygaśnięcia sprawy chorobowej; następnie, w małżeństwie drogą środków ochronnych unikać zajścia, gdy jednakże zajdzie w ciążę — poddać się leczeniu dyetetyczno-klimatycznemu.

Przypadki gruźlicy bez gorączki i krwotoków, nawet pomimo obecności laseczników w płwocinie przebiegają czasami podczas ciąży pomyślnie, a nawet, wprawdzie bardzo rzadko, chore poprawiają się, głównie w pierwszej połowie ciąży.

W gruźlicy płuc świeżo rozwijającej się w ciąży, w gruźlicy płuc I i II stopnia (podług Turbana) postępującej, w przypadkach bardzo posuniętej gruźlicy płuc — ciąża wpływa prawie zawsze niekorzystnie na przebieg choroby.

Dalej, samego przerwania ciąży w gruźlicy nie można uważać za środek leczniczy; poronienie u gruźliczych wpływa tylko, i to niezawsze, hamująco na przebieg cierpienia i dlatego uważać je trzeba jako wstęp do leczenia następczego ogólnego.

Do przerwania ciąży w razie istnienia gruźlicy nadają się tylko przypadki lżejsze, w początkowych okresach gruźlicy, lub pierwotna gruźlica krtani przy nieznacznych zmianach w płucach. W przypadkach takich im we wcześniejszym okresie ciąży dokonywane bywa jej przerwanie, tem zejście zwykle okazuje się pomyślniejsze.

Przypadki gruźlicy ze zmianami w płucach lub krtani daleko posuniętymi, przy gorączce stałej, nie nadają się do przerywania ciąży, albowiem w okresie poporodowym w tych razach następuje najczęściej pogorszenie z gorączką o typie hektycznym.

Kobieta, posiadająca chociażby tylko usposobienie do gruźlicy, a tem bardziej obciążona nią i to nawet tylko postacią zamkniętą, nie powinna karmić piersią dziecka.

PIŚMIENICTWO.

Albeck v. Sammelbericht über geburtshülflich-gynaekologische Literatur Dänemarks 1907. Monatschrift f. Geb. u. Gynaek. t. 27.

Bardeleben. H. v. Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Ber. klin. Wochenschr 1912.

Bardeleben. H. v. Therapeutische Richtlinien aus alten und neuen Forschungen über Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Zentralblatt für die Gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebite. 1913 t. I. z. I.

P. Bar et L. Devraigne. De la sensibilité à la tuberculine des femmes enceintes et récemment accouchées. Bull. de la Soc. d'obstr. de Paris. N^o 2. L'Obstetrique. 1911.

de Bruine Ploos v. Amstel. Phthisis pulmonum und Abortus provocatus. Beiträge zur Klinik der Tuberculose 7, 1907.

W. Biegański. Choroby zakaźne ostre. T. II. 1902

Bumm, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe 1909.

Bylicki W. O wzniecaniu poronienia ze wskazań lekarskich. Referat XI. Zjazdu Lek. i Przyrod. Polsk. Przegląd Lekarski. 1911.

Dufour H. et Thiers J. Transmission de la tuberculose de la mère au fœtus. Revue Mensuel'e de Gynékologie, D'Obstetrique et de Pédiatrie. 1913.

Fellner, Tuberkulose und Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschrift. 1904.

Fraenkel A. Diskussion. Monatschrift f. Geburtshilfe 23

Freund. H. W. Tuberkulose der Schwangeren. Handbuch d. Geburtshilfe Winkla 1904.

Fritsch, Klinik der Geburtshilflichen Operationen.

Glas und Kraus. Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberkulose des Kehlkopfes. Med. Klinik 1909.

Hamburger, Über die Berücksichtigung und Notwendigkeit, bei tuberkulösen Arbeitsfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen. Deutsche med. Wochenschrift. 1902.

Harbitz Fr. v. Ueber angeborene Tuberkulose. Münchener medicinische Wochenschrift. 1913.

Heider. Vererbung und Chromosome. 1906. Jahresbericht Virchow'a-Hirsch'a.

Heiman. Das Tuberkulöse Weib—in der Schwangerschaft und der Arzt. Med. Klinik. 1907.

Heimbs B. Acute Miliartuberculose des puerperalen Uterus inter den Symptomen eines Puerperalfiebers. *Dysertacya*. Erlangen. 1880.

Hertz M. Gruźlica krtani a ciąża. *Medycyna* 1904.

Hofbauer. Schwangerschaft und Tuberculose. *Deutsche med. Wochenschrift* 1910.

Kaminer. Über den Einfluss von Schwangerschaft und Entbindung auf den phtisischen Prozess und über den therapeutischen Wert der Einleitung des künstliches Abortes. *Centralblatt f. innere Medizin*. 1901.

Kikuth. Ehe, Tuberculose und Schwangerschaft. *St. Petersburg med. Wochenschrift*. 1904.

Kuttner. Ist Kehlkopftuberculose als Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen? *Berl. klin. Wochenschrift*. 1901.

J. Jaworski. Małżeństwo a gruźlica. *Warszawa*. 1902.

J. Jaworski. O ciężkiej postaci niedokrwistości u ciężarnych. *Medycyna* 1897. — Über die schwere Anämie Schwangerer. *Centralblatt f. Gynaekologie*. 1897.

J. Jaworski. Przenoszenie składowych części kosmówki do krwiobiegu matki oraz znaczenie tej sprawy. *Kronika Lekarska*. 1904.

J. Jaworski. Cardiopathia uterina. Odczyt na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we _wowie. *Dziennik X Zjazdu. Gazeta Lekarska*. 1906.

J. Jaworski. O wpływie ciąży na przebieg gruźlicy. Dyskusya w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem. *Pamiętnik Towarzystwa Lek. Warsz. T. CV str. 632—638*.

— O wpływie ciąży na choroby serca, a także na przebieg gruźlicy. Dyskusya w Sekcyi Ginekologicznej X Zjazdu Lek. i Przyrod. Polsk. w Krakowie, Obrady Sekcyi Ginekologiczno-Położniczej: XI Zjazdu Lek. i Przyrod. Polsk. *Kraków*. 1912. Str. 500.

L. Lubliner. Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani. *Medycyna*. 1910.

Martin E. Die Ophtalmoreaction und die Prognosenstellung bei tuberculösen Erkrankungen in der Gravidität. *Münch med. Wochenschrift*. 1909.

Martin E. Die sterilisation tuberculöser, schwangerer Frauen durch die Totalexstirpation des schwangeren Uterus mit seinen Adnexen. *Ibidem*.

Martius *Pathogenese innerer Krankheiten*. 1906.

Merletti. *Tuberculosis gravidanza. Jahresbericht 1908 Frommla*.

Mięsowicz. O wskazaniach do przerywania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. Obrady Sekcyi Ginekologiczno-Położniczej XI Zjazdu Lek. i Przyrod. Polsk. w Krakowie. *Kraków* 1912.

Nowak und Ranzel. Beitrag zur Kenntniss der Placentartuberculose. *Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie*. 1910.

Pankow u. Küpferle. Die Schwangerschaftunterbrechung bei Lungen und Kehlkopftuberculose. *Leipzig*, 1911. *Jahresbericht Frommla*.

Pankow O. Lungentuberculose u. Schwangerschaftunterbrechung. *Deutsche med. Wochenschr*. 1911.

Plauch u. Ligature bilatérale des trompes après une 3-e césarienne dans un but de stérilisation. castration unilatérale ultérieure; grossesse consécutive. Revue mensuelle de Gynécologie, D'Obstétrique et de Pédiatrie. 1913.

Pradella. Zur Frage der Künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose. Inaug-Diss. Zürich 1906. Jahresbericht Frommla. Archiv. f. Gynaekologie t. LXXXIII.

Przedborski L. Cierpienia krtani przy ciąży. Gazeta Lekarska. 1900.

Reiche. Tuberkulose und Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschrift. 1908.

Riffel A. Mittheilungen über Erbllichkeit in Infectiosität der Schwindsucht. Braunschweig. 1892.

v. Rokitsansky Ein Fall von acuter Tuberkulisation des puerperalen Uterus. Allgemeine Wiener Medicin Zeitung. 1860. Podany w dysertacyi M. Heimbsa

Rosner A. Cięcia cesarskie pochwove jako metoda przerwania ciąży. Obrady Sekcyi Ginekologiczno-Położniczej XI Zjazdu Lek. i Przyr. Polsk. Kraków. 1912.

v. Rosthorn. Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschrift. 1909.

v. Rosthorn. Tuberkulose und Schwangerschaft. Monatsschrift f. Geburtshülfe 23.

Runge E. Ein weiterer Fall von Tuberkulose der Placenta. Archiv f. Gynaekologie. 68. 1903.

Sokołowski A. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. t. III. Warszawa. 1906.

A. Sokołowski. O skrytych postaciach suchot płucnych. Warszawa 1890.

A. Sokołowski. Larynx-Tuberkulose und Unterbrechung der Schwangerschaft. Berlin. klin. Wochenschrift. 1904. Medycyna, 1910.

S. Sterling, Przedborski i Saks. O wpływie ciąży i karmienia na gruźlicę. Czasopismo Lekarskie. 1906.

S. Sterling. O wpływie ciąży i porodu na przebieg gruźlicy płuc. Czasopismo Lekarskie. 1907.

Schauta. Gynekologische Tagesfragen Tuberculose und Schwangerschaft, Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie. 1911.

Schlimpert. Ueber Placentar—tuberkulose. Archiv. f. Gynaekologie. 90.

Schmorl und Geipel. Ueber die Tuberkulose der menschlichen Placenta. Münchener med. Wochenschrift. 1904.

Turban und Rumpf. Ueber die Anstaltsbehandlung im Hochgebirge. Referat w Archiv f. Gynaekologie. 1907.

Zirkel. Beiträge zur Complication von Schwangerschaft u. Tuberkulose. Würtzburg. 1908.

J. Veit. Ueber Deportation von Placentargewebe. Centralblatt f. Gynaekologie. 1900.

J. Veit. Tuberkulose u. Schwangerschaft. Versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte in Stuttgart. Berliner klin. Wochenschrift. 1906.



75. SCHLANGE. O niedrożności kiszek.
76 i 77. DETERMAN. Nerwice serca i naczyń.
78 i 79. RYDYGIER. O leczeniu gruźlicy stawów.
80 i 81. PAPIEWSKI. O karmieniu niemowląt.
82. ZACHARLIN. O użyciu wód mineralnych.
83 i 84. POSNER. Dyagnostyka chorób moczowych.

SERYA VIII.

- 85, 86 i 87. GILLES DE LA TOURETTE. Histerya (Cz. II).
88 i 89. BIERNACKI. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc.
90, 91 i 92. GILLES DE LA TOURETTE. Histerya (Cz. III).
93 i 94. POSNER. Leczenie chorób dróg moczowych. (Wyczerpany).
95 i 96. WASSERCUG. O bólu i jego wartości rozpoznawczej.

SERYA IX.

- 97 i 98. JANOWSKI. O znaczeniu dyagnostycznym i prognostycznym dokładnego badania tętna.
99. W. ERB. Leczenie władu rdzenia kręgowego.
100. A. JACQUET. Stanowisko lekarza wobec kwestyi alkoholizmu
101. S. STERLING. Samozakażenie (*autoinfectio*), jako teoria patologiczna.
102 i 103. K. RYCHLIŃSKI. Kliniczny przebieg bezwładu postępującego.
104. A. HOCHE. O rozpoznawaniu wczesnych okresów bezwładu postępującego.
105. W. LEUBE. O zaburzeniach przemiany materii i ich zwalczaniu. (Wyczerpany).
106. W. POTEN. O aseptyce rąk.
107 i 108. G. KLEIN. Tryper u kobiety.

SERYA X.

- 109, 110 i 111. M. DENUCÉ. Choroba Pott'a
112. M. JOSEPH. Choroby włosów i uwłosionej skóry głowy. (Wyczerpany).
113 i 114. SOKOŁOWSKI. O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych.
115, 116 i 117. STANISŁAW KAMIENSKI. O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii. (Wyczerpany).
118. DOEHRN. O postępowaniu lekarskiem w okresie łóżkowym.
119. F. LEJARS. Przemycanie krwi.
120. ALFRED MOLL. Cierpienia oczu przy niektórych chorobach zakaźnych.

SERYA XI.

- 121 i 122. T. DUNIN, Walka z gruźlicą.
123. M. REJCHMAN. O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowym leczeniu.

124. L. RYDYGIER. O zapaleniu otrzewno- (*peritonitis*).
125, 126 i 127. F. A. HOFFMANN. Kuracja dyetetyczne
128. A. SOKOŁOWSKI. Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych.
129, 130 131 i 132. E. FRAENKEL. Terapia ogólna chorób narządów płciowych kobiecych.

SERYA XII.

- 133 i 134. R. BERNHARDT. Choroby skóry przez grzybki wywołane. I. Strupień (*Fafus*).
135 i 136. A. GILBERT i P. CARNOT. Organoterapia.
137 i 138. O. PIERING. O poronieniu.
139. E. FLATAU. O zapaleniu mózgu.
140. W. A. GLUZIŃSKI. O leczeniu wrzodu żołądka.
141, 142, 143 i 144. ANGELI CELLI. Malarya według najnowszych badań.

SERYA XIII.

145. L. RYDYGIER. Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka
146 i 147. A. NOTTHAFFT i KOLLMANN. Profilaktyka w chorobach dróg moczowych i narządów płciowych (u mężczyzn). (Wyczerpany).
148. F. AHLFELD. Pochodzenie, zapobieganie i leczenie eklampsyi.
149. A. LESAGE. Ostry katar żołądka i kiszek u niemowląt.
150. P. KUČERA. Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka.
151. W. JANOWSKI. Fiziologia i patologia ogólna wymiotów.
152 i 153. TEODOR DUNIN. Zasady leczenia neurastenii i histeryi. (Wyczerpany).
154. KONSTANTY STROŻEWSKI. Leczenie bezwładu tabetycznego za pomocą odpowiednich ćwiczeń.
155 i 156. WACŁAW STERLING. Trąd.

SERYA XIV.

- 157, 158 i 159. W. JANOWSKI. Semiotyka ogólna wymiotów.
160 i 161. L. BERNARD. Kryoskopja i jej zastosowanie w klinice. (Wyczerpany).
162, 163, 164 i 165. WŁADYSŁAW GAJKIEWICZ. O źrenicy w stanie zdrowia i choroby.
166. JÓZEF JAWORSKI. Surowica przeciwpaciorkowcowa oraz stosowanie jej w gorączce połogowej.
167 i 168. FRANCISZEK BIAŁOKUR. Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.

SERYA XV.

169. C. KELLER. (Berlin). Pięlegnowanie pępka noworodków w praktyce



11207/1595
1129.

170. COURMANT V. MONTAGARD. (Lyon). Leukocyty. Techn. (Haematologia. Cytologia).
171. 172. J. P. CARNOT. Leczenie przeciwkrwotoczne.
173, 174 i 175. B. RIEDEL. Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie kamicy żółciowej. Cz. I.
176. A. SOKOŁOWSKI. Rozpoznawanie i leczenie ostrego wysiękowego zapalenia płucnej.
E. BUMM. Leczenie chirurgiczne gorączki płożowej.
177. A. THEILHABER. Związek między chorobami nerwowymi, a zaburzeniami w narządach płciowych kobiecych.
178, 179. Z. BYCHOWSKI. Z współczesnych poglądów na etylogię i patogenenezę władu rdzenia.
180. O. BRIEGER. Cierpienia opon mózgowych pochodzenia usznego.

SERYA XVI.

- 181, 182. B. RIEDEL. Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie kamicy żółciowej. Cz. II.
183, 184. JÓZEF PIOTROWSKI. O wpływie klimatu górskiego na ustrój.
185. M. WEGSCHNEIDER. Sztuczny poród przedwczesny w praktyce.
186, 187, 188. A. DIEUDONNÉ. Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych.
189. A. KARCZEWSKI i Z. KORONKIEWICZ. O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wycieńczenia macicy.
190, 191. E. NEUSSER. Bradykardya-Tachykardya.
192. CH. ACHARD. Znaczenie soli w patologii.

SERYA XVII.

193. JOZEF PAWIŃSKI. O wpływie kąpeli, zwłaszcza zawierających kwas węglowy na krwiobieg.
194. A. SOKOŁOWSKI. Znaczenie lecznicze klimatu południowego ze szczególnem uwzględnieniem Algieru.
195, 196, 197, 198, 199 i 200. EDMUND BIERNACKI. Zarys patologii krwi. (Wycz.).
201, 202. CH. ACHARD. Znaczenie soli w terapii.
203, 204. FR. CARUSO. O niedokrwistości podczas ciąży.

- sady żywienne
208, 209. J. SKŁODOWSKI. O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej.
210. A. SOKOŁOWSKI. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej
211. H. HIGIER. Nowotwory mózgu i rdzenia oraz symulujące je stany pokrewne.
212, 213, 214. SEWERYN STERLING. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.
215, 216. WŁ. PALMIRSKI. Dżuma ze stanowiska epidemiologii, morfologii i biologii zarazka oraz higieny publicznej.

SERYA XIX.

- 217, 218. ALFRED SOKOŁOWSKI. O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych.
FR. KIJEWSKI. Współczesny stan chirurgii płuc.
219, 220. TADEUSZ JAROSZYŃSKI. O metodzie psychoanalitycznej Freud'a i jego teorya powstawania nerwicy na tle zaburzeń płciowych.
221, 222. I. M. JUDT. Rentgenografia żołądka i jelit (z 22 rysunkami).
223, 224, 225. Z. BYCHOWSKI. Choroba Heine-Medina (Poliomyelitis anterior acuta) w świetle spostrzeżeń i doświadczeń lat ostatnich (z 19 rys. i 1-a tablicą)
226, 227. M. BLASSBERG. O znakach rozpoznaw. zapal. wyrostka robaczkowego.
M. REICHMAN. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka.
228. L. RYDYGIER. Leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka.

SERYA XX.

- 229, 230, 231. SEWERYN STERLING. Postaci kliniczne suchot płucnych.
232, 233, 234. W. GAJKIEWICZ. O objawach przedśionkowych (westybularnych) i ich znaczeniu fizjologicznem i patologicznem (z 13-ma rysunkami i 2-ma tablicami).
235, 236. JÓZEF JAWORSKI. Ciąża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek.

WYDAWNICTWO „GAZETY LEKARSKIE J”.

ODCZYTY KLINICZNE

wychodzą zeszytami objętości 1 $\frac{1}{2}$ — 2 arkuszy.

W ciągu roku wychodzi 12 zeszytów.

Przedpłata roczna w Warszawie lub z przesyłką rb. 4.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Prenumerować i nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej (Bracka 23) i we wszystkich księgarniach.

Wydawca d-r W. Szumlański.

Redaktorzy d-r Puławski, d-r Starkiewicz.

Drukarnia Krajowa (W. Krawczyński i S-ka) Żelazna 89. Telefon 188-70.