

---

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobięcych Akademii Medycznej w Lublinie  
Kierownik: prof. dr Stanisław Liebbart

Józef TYNECKI

**Wybiórcze,  
skojarzone leczenie gruźlicy narządu rodności kobiety**  
**Селективное коррелятивное лечение  
туберкулеза родильного органа женщины**  
**Selective Conjoint Treatment of the Tuberculosis  
of the Generative Organ in Woman**

Na długo przed wykryciem prątka Kocha, Morgagni opisał po raz pierwszy gruźlicę narządu rodności i otrzewnej u czternastoletniej dziewczyny. Z biegiem czasu pojawiały się coraz to nowe wypowiedzi w piśmiennictwie dotyczącym tego tematu. Rokitański, opisując gruźlicę przydatków i macicy stwierdza, iż schorzenie to może występować w każdym okresie życia kobiety.

W leczeniu gruźlicy narządu rodności i otrzewnej przeważał kierunek operacyjnego postępowania aż do początku obecnego stulecia. Nieco później promieniolecznictwo, jako metoda zachowawcza uzyskuje powoli coraz więcej zwolenników. Dokładna analiza i ocena wyników obu metod leczniczych nie daje prawa wyłączności żadnej z nich i rodzi nową myśl, opartą o zasadę niesienia najskuteczniejszej pomocy cierpiącej kobiecie, myśl wybiórczego postępowania leczniczego. W związku z tym ustalenie rozpoznania choroby nabiera szczególnego znaczenia. Badania histopatologiczne, bakteriologiczne, laboratoryjne oraz obserwacja przebiegu procesu chorobowego, często różnorodnego w swym obrazie klinicznym, są elementami, na których winno oprzeć się rozpoznanie; pozwalające na zastosowanie właściwego leczenia.

Istnieje bogate piśmiennictwo, oświetlające wszechstronnie zagadnienie gruźlicy w ogóle, sposoby jej leczenia i zapobiegania. Wyowiedzi dotyczące gruźlicy narządu rodnoego i jej leczenia są mniej liczne, bowiem gruźlica o tym umiejscowieniu jest często nierozpoznawana i mylnie leczona jako zwykła sprawa zapalna.

Gruźlica narządu rodnoego jest chorobą społeczną, występuje stosunkowo często i czyni cierpiącą kobietę całkowicie lub częściowo niezdolną do pracy, a powodując duże spustoszenie w jej narządzie rodnoym, pozbawia ją zaszczytnej roli rodzenia. Zagadnienie gruźlicy narządu rodnoego jest zatem jednym z problemów społeczno-państwowych. Dlatego przedstawienie swych doświadczeń klinicznych uważam za uzasadnione.

#### Częstość występowania gruźlicy narządu rodnoego u kobiet

Częstość występowania gruźlicy narządu rodnoego wiąże się ściśle z warunkami socjalnymi, higienicznymi i materialnymi bytowania. Kurashima, opierając się na materiale sekcyjnym podaje, że gruźlica narządu rodnoego u kobiet dochodzi do 20% wszystkich schorzeń narządu rodnoego. Zdaniem wielu autorów gruźlica jest około w 33% przyczyną wszelkich przewlekłych procesów zapalnych przydatków macicy. (Kroenig i inni). Trafne rozpoznawanie ma również niemałe znaczenie w określaniu częstości występowania schorzenia.

Według Heynemann, Schroedera i Weibla gruźlica zajmuje poszczególne odcinki narządu rodnoego w następującym porządku:

jajowody	60—90% (ponad 90% są zajęte dwustronnie)
macica	50—70%
jajniki	30% (50% perioophoritis)
szyja macicy	2%
część pochwowa	1%

Odosobniona gruźlica śluzówki macicy występuje w 10 do 15%.

#### Etiologia gruźlicy narządu rodnoego

Czynnikiem etiologicznym gruźlicy jest prątek Kocha. Jest on kwasoodporny i właściwość ta stanowi jego cechę zasadniczą. Do najważniejszych, a zarazem stałych składników prątka gruźliczego

należy tuberkulina, która jest ciałem dającym w ustroju gruźliczym odczyny alergiczne. Odporność na fagocytozę pozwala prątkowi przenosić się na drodze krwi w różne okolice ustroju. *Sergent* podkreśla, że nie wystarcza wykryć we krwi kwasoodporne prątki gruźlicze, należy również stwierdzić ich zdolność chorobotwórczą, gdyż sama obecność prątków nie dowodzi gruźliczej natury spostrzeganego schorzenia.

### Drogi zakażenia gruźlicą narządu rodnego kobiety

Zdaniem większości autorów gruźlica narządu rodnego jest schorzeniem wtórnym. Wprawdzie może też powstawać pierwotne ognisko w narządzie rodnym, lecz zdarza się to zupełnie wyjątkowo. Przeważnie jednak dochodzi do skutku zakażenie drogą krwi i chłonki. Nie jest wykluczona inna możliwość zakażenia, jak przy spółkowaniu, ale zjawisko to należy do rzadkości. *Heynemann* określa częstość dróg zakażenia następująco: na drodze krwi — 80%, z uprzednio schorzałej gruźliczo otrzewnej — prawie 20%, w tym na drodze chłonki, zazwyczaj z jelit — 3%. Kierunek szerzenia się procesu gruźliczego w narządach rodnym spotyka się zwykle jako zjawisko o mechanizmie zstępującym. Jedynie przy zastoju wydzieliny może dojść do szerzenia się gruźlicy w kierunku odwrotnym.

Pierwotne zakażenie ustroju następuje zwykle w wieku dziecięcym i może przebiegać niepostrzeżenie, a w dalszym okresie życia rozwija swe szkodliwe działanie pod wpływem czynników obniżających odporność ustroju.

### Znaczenie miesiączkowania

Miesiączka tworzy sprzyjający klimat do rozbudzenia drzemiącego procesu gruźliczego w narządzie rodnym. Podobnie rozpoczęcie życia płciowego prowadzić może do uczynnienia drzemiącej choroby. Na Klinice spostrzegałem wiele przypadków rozpoczęcia się ostrego procesu chorobowego w okresie miesięcznego krwawienia, a u ośmiu młodych mężatek według wywiadu, nastąpiło zaostrzenie gruźlicy narządów rodnym w niedługim czasie po zamążpójściu.

### Znaczenie zabiegów operacyjnych

Zabiegi operacyjne mogą rozdmuchać tlejący proces gruźliczy i spowodować jego przejście na inne tkanki. Są notowane przypadki

rozwinęcia się prosówki, dołączenie się infekcji mieszanej na skutek drobnych zabiegów operacyjnych na narządzie rodnym. Uczynnienie gruźlicy narządu rodnego po małych zabiegach opisali między innymi: Graefenberg i Held.

### Znaczenie ciąży

Większość kobiet, cierpiących na gruźlicę narządu rodnego jest bezpłodna. Do rzadkości należy, ale nie jest wykluczona normalna ciąża, nawet przy gruźlicy trzonu macicy. Są różne zdania co do wpływu ciąży na gruźlicę narządu rodnego. Obok tego, że ciąża uczynnia gruźlicę narządu rodnego, są wypowiedzi, świadczące, że gruźlica idzie własnym i niezależnym torem, a ciąża ma na to schorzenie tylko minimalny wpływ. Fruhinholz, Held i Ulinger mówią o poronieniach i wczesnych porodach przy gruźlicy narządu rodnego, oraz nasileniu się procesu gruźliczego, szczególnie w okresie połogu.

### Objawy gruźlicy narządu rodnego kobiety

Objawy gruźlicy narządu rodnego wskazują na ogólne zatrucie ustroju jadami gruźliczymi, bądź na zaburzenia czynnościowe organów trawionych chorobą. Gruźlica narządu rodnego występuje w dwóch zasadniczych postaciach: ostrej i chronicznej. Postać pierwsza ostra, prosówkowa, powstająca wskutek wysiewu z ogniska gruźliczego, występuje rzadziej, zwykle w okresie połogowym, przebiega wśród objawów ogólnej ostrej choroby zakaźnej bez wyraźnych symptomów ze strony narządu rodnego. Druga postać występuje najczęściej wtórnie z ogniska gruźliczego w płucach, gruczołach chłonnych jelit lub otrzewnej, atakując narząd rodny. Proces chorobowy może przebiegać niepostrzeżenie bardzo długo bez wyraźnych objawów, zarówno ogólnych, jak i miejscowych. Dopiero zaostrenie się choroby pozwala zaobserwować znaczne podniesienie się ciepłoty ciała, zwykle wieczorem, nocne poty, postępujące wychudzenie, brak łaknienia i osłabienie psychiczne. W początkowym okresie choroby najczęściej nie spostrzega się też i objawów miejscowych, pojawiają się one z czasem w miarę narastania zmian anatomicznych. Pod wpływem rozwijającego się schorzenia przychodzi do ucisku i mechanicznej przeszkody w fizjolo-

gicznej czynności narządów. Wtedy to uskarżają się chore na uporczywe bóle brzucha, niemożność oddawania wiatrów, trudności w oddawaniu stolca, nudności a nawet wymioty, bolesne kolki jelitowe, powiększenie się brzucha (wolny płyn). Badaniem ginekologicznym przez pochwę i kiszkię stolcową stwierdza się zmiany w przydatkach w postaci węzłów i guzów różnej wielkości, nacieczeń w tkankach miednicy małej, obecność wolnego płynu w jamie brzusznej. Przy równocześnie zajętej otrzewnej może powstać zlepek jelit w pobliżu ogniska chorobowego, przydatków, imitujący torbiel, wywołujący niekiedy niedrożność w przewodzie trawiennym.

### Zaburzenia w miesiączkowaniu

Fizjologiczna harmonia, panująca pomiędzy czynnościami biologicznymi jajnika i śluzówki macicy w stanie zdrowia, ulega poważnemu zaburzeniu w gruźlicy narządu rodno. Normalny cykl miesięczkowy zostaje wyrzucony niejako ze swego fizjologicznego łożyska. Dochodzi do zaburzeń zarówno w czasie jak i obfitości miesięcznego krwawienia. A oto główne postacie tych zaburzeń:

- Oligomenorrhoe* — za rzadkie krwawienie miesięczne.
- Hypomenorrhoe* — za słabe krwawienie miesięczne.
- Polymenorrhoe* — nieregularnie za częste krwawienie.
- Polyhypermenorrhoe* — za częste i bardzo obfite krwawienie.

Najczęściej przy gruźlicy narządu rodno przeważa typ miesięczki o obrazie *polyhypermenorrhoe*. Brak miesiączkowania jest ważnym objawem w gruźlicy narządu rodno, świadczącym o dużym stopniu zatrucia ustroju jadami gruźliczymi. Wyłączenie czynności biologicznej jajnika powstaje wskutek znacznego zadziałania procesu gruźliczego na sam jajnik, a także śluzówkę trzonu macicy. Nie jest to na szczęście zmiana nieodwracalna. W miarę zdrowienia chorej miesięczne krwawienia pojawiają się na nowo. S c h r o e d e r spostrzegł brak miesięczki u jednej trzeciej chorych w gruźlicy narządu rodno.

### *Dysmenorrhoe*

Bóle występujące w okresie miesiączkowania u kobiet dotkniętych gruźlicą narządu rodno są spowodowane zmianami chorobowymi przydatków i samej macicy, oraz zrostami schorzałego narządu rod-

nego z otoczeniem. Greeberg notuje w 62% dolegliwości miesięczkowe w gruczlicy narządu rodnegu. Objaw ten nie jest jednak charakterystyczny dla tego rodzaju schorzenia.

### Uplawy

Uplawy towarzyszą dość często gruczlicy narządu rodnegu, lecz nie mają większego znaczenia, bowiem występują nietylko w gruczlicy *endometrium*, ale także w innych sprawach zapalnych narządu rodnegu, oraz zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych. Serowato-ropne uplawy nasuwają myśl o istnieniu gruczlicy serowatej śluzówki trzonu macicy.

### Nieplodność

Duży procent, bo przeszło 90% chorych uskarża się w gruczlicy narządu rodnegu na bezplodność. Często sprowadza je to do lekarza, a nie choroba gruczlicy.

Gruczlica zajmując poszczególne odcinki narządu rodnegu powoduje zrozumiałe przeszkody dla wędrówki plemnika, czy też przeszkadza zapłodnionemu jaj w jego usadowieniu się w śluzówce macicy.

### Główne postacie anatomokliniczne gruczlicy narządu rodnegu

Powstawanie i rozwój zmian gruczliczych sprowadza się do kilku procesów: nacieczenia, rezolucji, zserowacenia i zbliznowacenia. Klasyfikacja zmian ma jedynie znaczenie orientacyjne. Treść istotną poszczególnego przypadku chorobowego można poznać tylko na drodze analizy składowych elementów schorzenia. Przyjmuje się:

- 1) zapalenie gruczlicze wysiękowe otrzewnej,
  - 2) gruczlicę narządu rodnegu,
- ad. 2: a) zapalenie gruczlicze przydatków z zajęciem otrzewnej miedniczej,
- b) izolowane zapalenie jajowodów,
  - c) zimny ropień jajowodu,
  - d) wodniak gruczliczy jajowodu,
  - e) gruczlicę jajnika,
  - f) gruczlicę macicy.

## Rozpoznawanie gruźlicy narządu rodno

Rozpoznawanie gruźlicy narządu rodno opiera się na wywiadach, badaniu i obserwacji klinicznej przebiegu procesu chorobowego oraz na wynikach badań histopatologicznych, bakteriologicznych i biologicznych.

W praktyce zbieramy wywiady w dwóch różnych okolicznościach, kiedy znamy istotę cierpienia, a potrzebne są dodatkowe dane dla określenia schorzenia, ciężkości i występowania powikłań oraz w wypadku, gdy rozpoznanie jest wątpliwe. Wywiady wówczas nabierają dużego znaczenia, stają się jedną z przesłanek głównych, na których ma się oprzeć właściwe rozpoznanie. Wywiady rodzinne mają wyjaśnić, czy chora pozostawała w stałym kontakcie z chorymi na charakterystyczne przypadłości jak np. zapalenie błon surowiczych, płuc, zapalenie reumatyczne stawów. Wywiady osobiste wżny pójść w kierunku stwierdzenia przebytych chorób, w pierwszym rzędzie zasługują na uwagę wszystkie cierpienia o nieokreślonym charakterze, rozpoznawane jako grypowe. W wielu wypadkach odpowiadają one czasowemu zaostrzeniu drżmiącego procesu specyficznego, szczególnie, gdy powtarzają się wielokrotnie. Przebyte wysiękowe zapalenie opłucnej, czy też otrzewnej, zasługuje na specjalną uwagę.

Nie ma objawu chorobowego, któryby pewnie świadczył o gruźlicy narządu rodno. *B a u m g a r t e n i B a r d o n* podają niektóre objawy, jako charakterystyczne dla gruźlicy narządu rodno: zły stan ogólny przy niewielkich zmianach w przydatkach, albo duże zmiany w przydatkach przy dobrym ogólnym stanie. Zły stan ogólny z równocześnie stwierdzonymi zmianami przydatków nakazuje myśleć w pierwszym rzędzie o gruźlicy narządu rodno, jednakowoż należy mieć również na uwadze nowotwory czy też gruźlicę nadnerczy.

### Podniesienie ciepłoty ciała

Nie ma charakterystycznych cech w zachowaniu się ciepłoty ciała. Nasila się ona przy czynnym wysiękowym procesie gruźlicy, szczególnie po dołączeniu się mieszanego zakażenia. Niekiedy ciepłota ciała przechodzi w stan podgorączkowy, lub jest normalna w przeciągu kilku dni, by z czasem ulec podniesieniu. Nie rzadko dobry ogólny stan utrzymuje się pomimo długotrwałej trwającej gorączki.

## Krew

Trudno jest korzystać z obrazu krwi w rozpoznawaniu gruźlicy narządu rodnego, zwłaszcza przy mieszanym zakażeniu ze znaczną leukocytozą i przesunięciem na lewo obrazu białej krwi. Przy gruźlicy narządu rodnego obserwuje się powiększenie liczby pałeczkowatych ciał, limfopenię oraz brak eozynofiliów. W okresie zdrowienia limfocytoza dochodzić może powyżej 40%. Zachowanie się monocytów i O. B. nie ma istotnego znaczenia przy tym schorzeniu (H e y n e m a n n). W obserwacji klinicznej korzystałem ze wskaźnika leukocytarneho Moszkowskiego, który przyjął stosunek limfocytów do pałeczkowatych, przypisując tym ostatnim duże znaczenie w klinice gruźlicy.

U zdrowego człowieka stosunek ten wyraża się liczbowo 25—5. Wskaźnik mniej jak 4, lub 3 bywa w gruźlicy o przebiegu nie ciężkim, wskaźnik 2 lub 1, świadczy o gruźlicy wyniszczającej, natomiast mniej jak 1 o stanie beznadziejnym chorej. Porównywanie znacznej liczby tych danych orientuje w procesie chorobowym, oraz określa siły ustroju w walce z infekcją w sensie hematologicznym. Istotne znaczenie ma ciągła obserwacja wskaźnika przed, w czasie, i po leczeniu. Systematycznie wykonywany wskaźnik może stać się pomocnym w wyrażaniu rokowania i stosowaniu właściwego leczenia.

## Próba Aschheim—Zondeka

Zdaniem H e l d a, L a t z k i i innych próba Aschheim—Zondeka wypadła dodatnio w gruźlicy narządu rodnego, po uprzednim wykluczeniu ciąży. H e y n e m a n n uważa, że przy braku ciąży i stwierdzeniu sprawy zapalnej w przydatkach, gdy próba ta jest dodatnia, należałoby podejrzewać gruźlicę przydatków.

## Próba tuberkulinowa

Próba ta jest oceniana różnie w rozpoznawaniu gruźlicy narządu rodnego, większego jednak znaczenia jej się nie przypisuje. Wyniki tych prób pozwalały rozpoznać gruźlicę narządu rodnego z pewnym prawdopodobieństwem. Stwierdzenie obecności prątka gruźliczego w zmienionym specyficznie materiale tkankowym, lub badania histopatolo-



giczne schorzałych tkanek, jakoteż próby biologiczne na zwierzętach, pozwalają postawić pewne rozpoznanie. Do tego celu mogą posłużyć:

- 1) stwierdzenie prątków Kocha w materiale otrzymanym przez punkcje zatoki Douglasa,
- 2) ropa wypływająca z kiszki stolcowej (przebicie ropnia do kiszki),
- 3) wydzielina z macicy,
- 4) próbne wyłyżeczkowanie macicy lub zdrapka,
- 5) próbne otwarcie jamy trzewnej.

Ponieważ w około 50% zajęta jest śluzówka macicy w gruźlicy narządu rodneg, już K r o e n i g zalecał próbne wyłyżeczkowanie macicy. Jednakowoż zabieg ten nie zawsze był obojętny dla ustroju, dlatego to wielu autorów zachowuje ostrożność w tym względzie z uwagi na możliwość zaostrenia się procesu chorobowego. Także swoiste sprawy zapalne mogą ulec pogorszeniu po tym zabiegu. Dotychczas nie spostrzegalem żadnych powikłań po wyłyżeczkowaniu macicy u chorych, co pozwoliło jednak na kilkakrotne stwierdzenie gruźlicy śluzówki trzonu macicy. Zaznaczam, że zabieg wykonywany był zawsze pod osłoną antybiotyków. Łagodniejszym zabiegiem jest rysowa zdrapka śluzówki macicy, nie wymaga ona rozszerzenia kanału szyi, powoduje mniejszy uraz, a może pomóc w wyświetlaniu sprawy chorobowej, gdy nawet inne badania wypadną negatywnie.

### Próbne otwarcie jamy trzewnej

Gdy dotychczas omawiane metody badań zawodzą, próbne otwarcie jamy trzewnej nabiera specjalnego znaczenia. Daje ono dokładny wgląd w sprawę dotąd niejasną. Umożliwia już makroskopowo postawienie rozpoznania, choć to nie zwalnia od obowiązku pobrania wycinka ze schorzałych tkanek do badania histopatologicznego, czy też materiału do badania bakteriologicznego. Otwarcie jamy brzusznej zbliża do leczenia operacyjnego, zachowawczego, czy też radykalnego, wybór którego uzależniony jest od ogólnego stanu chorej, rodzaju i rozległości zmian chorobowych, ich stosunku do otoczenia, szczególnie jelit (zrosty). Próbne otwarcie jamy trzewnej pozwala bezpośrednio zadziałać na ogniska chorobowe przy pomocy środków fizyko-chemicznych, jak promienie pozafiołkowe i antybiotyki. Suma działających czynników przy próbnym otwarciu jamy trzewnej,

a więc sam zabieg operacyjny, dostanie się powietrza do jamy otrzewnej, naświetlanie jamy brzusznej lampą kwarcową, usunięcie wolnego płynu w wypadku gruźlicy wysiękowej otrzewnej, wprowadzenie antybiotyków do jamy otrzewnej, oparte na zasadzie doprowadzenia leku możliwie blisko ogniska chorobowego, by móc uzyskać najpomyślniejszy wynik leczenia, przemawia za celowością częstego stosowania próbnego otwarcia jamy trzewnej w leczeniu gruźlicy narządu rodnego i otrzewnej. Liebhart uważa próbne otwarcie jamy trzewnej za kliniczne badanie dodatkowe w dobie antybiotyków. Większość czynników oddziałuje niewątpliwie przy próbnym otwarciu jamy trzewnej na wegetatywny układ nerwowy, a w pierwszym rzędzie na nerw błędny. Zdziałanie na nerw błędny ma istotne znaczenie dla nasilenia się procesów reparatywnych, rozwijających się w przebiegu leczenia (Model). Nerw błędny ma duże znaczenie przez swą troficzną funkcję zarówno w patogenezie gruźlicy jak i w przeciwgruźliczej odporności. Badania Zdrodowskiiego, Razdolskiej i Izraelskiej potwierdzają duże znaczenie układu parasympatycznego w procesach odpornościowych. Wśród przypadków gruźlicy narządu rodnego leczonych zachowawczo bez pewnego rozpoznania zdarzają się poważne pomyłki, wprowadzające chorą w niepomyślny stan ogólny. Pozostawienie chorej w świadomości, że cierpi na gruźlicę, długie leczenie, zresztą mylne, nie dające rezultatu, rujną psychikę i siły obronne ustroju. Wyprowadzić z błędu w tych razach może najpewniej próbne otwarcie jamy trzewnej. Poniżej przytoczę historię choroby kobiety, która przed przybyciem na Klinikę była leczona przez okres dwóch lat zachowawczo, z rozpoznaniem gruźlicy otrzewnej.

W dniu 27.VII.49 r. przybyła do Kliniki chora Z. E. nr ks. gł. 162, lat 18, która w wywiadach podała: pierwsza miesiączka w trzynastym roku życia, następne prawidłowe, trwające trzy do czterech dni, nieobfite, niebolesne. W drugim roku życia przeszła zapalenie płuc i odrę. W 1947 roku poczuła postępujące osłabienie, a po pewnym czasie zauważyła powiększenie się brzucha. Odtąd pozostawała w opiece lecznictwa usługowego. We wrześniu 1948 r. brzuch powiększył się znacznie i wśród dokuczliwych bólów w jamie brzusznej została skierowana do szpitala na oddział chorób wewnętrznych. Wykonano nakłucie jamy brzusznej i wydobyto trzy i pół litra płynu wodojasnego. Zastosowano naświetlenie lampą kwarcową i po nieznacznej poprawie chora opuściła szpital z rozpoznaniem gruźlicy otrzewnej. Po upływie

trzech tygodni brzuch powiększył się ponownie, i chora została skierowana do sanatorium do Otwocka, gdzie pozostawała przez przeciąg czternastu tygodni. Tam też wykonano nakłucie jamy brzusznej, upuszczając kilka litrów płynu z jamy brzusznej. Chora wróciła do domu bez widocznej poprawy. W kwietniu 1949 roku zostaje skierowana na oddział chirurgiczny szpitala, a uznana za nienadającą się do zabiegu operacyjnego zostaje ponownie skierowana na oddział chorób wewnętrznych, gdzie po raz trzeci wykonano nakłucie jamy brzusznej i upuszczono sześć litrów płynu. Nie widząc poprawy zalecono chorej wyjazd na wieś, lecz po upływie czterech tygodni wskutek pogorszenia się stanu zdrowia, chora wraca na oddział wewnętrzny szpitala. Wykonano ostatnie nakłucie i upuszczono dziewięć litrów płynu. W dniu 27.VII.1949 r. zostaje przeniesiona na naszą Klinikę.

Badanie ogólne: budowa wątła, znaczny stopień wychudzenia, skóra i śluzówki blade, serce w granicach normy, akcja miarowa, tony czyste, tętno 90/min. słabo napięte i wypełnione. Płuca bez uchwytnych zmian patologicznych. Jama brzuszna nadmiernie wysklepiona, wypukien stwierdza się przytłumienie w nadbrzuszu, a wysyczone stłumienie w podbrzuszu i bokach. Ograniczonych oporów brak. Wątroba i śledziona niemacalne, układ kostno-stawowy bez zmian. Ciężota ciała 36,4°C.

Badanie ginekologiczne: srom prawidłowo rozwinięty, pochwa wąska, część pochwowa jak u pierwiastki, ujście zewnętrzne szyi szczelinowate, macica normalnej wielkości, w przodopochyleniu, sklepienia obniżone, w lewych przydatkach stwierdza się guz wielkości dwu pięści, o nie dość wyraźnych granicach, konsystencji twardej, ruchomy. Prawe przydatki niemacalne. Mocniejsze poruszenie guzem, wywołuje chęłbotanie w całej jamie brzusznej. Prześwietlenie klatki piersiowej, — płuca i serce bez zmian.

Badania laboratoryjne: krew — Hb. 70%, Erytr. 3.200.000, leuk. 5.200, pał. 2, mon. 4, segm. 68, limf. 25, indeks. 0,9, O. B. 8/12.

Biorąc pod uwagę stwierdzone zmiany chorobowe w narządzie rodnym, dotychczasowy przebieg schorzenia, oraz brak pomyślnego wyniku długiego leczenia zachowawczego, postanowiono wykonać zabieg operacyjny. W uśpieniu eterowym, cięciem podłużnym, nadłonowo w linii środkowej ciała, otwarto jamę brzuszną, przy czym stwierdzono olbrzymią torbiel lewego jajnika z zawartością około trzech litrów płynu, rozpościelającą się po całej jamie brzusznej aż do łuków żebro-

wych. U podstawy torbieli i w ścisłej z nią łączności, stwierdzono wielokomórkowy twór torbielowy, wypełniony treścią galaretowatą, wielkości dużej pięści. Usunięto torbiel, kikut pokryto otrzewną i brzuch zamknięto szwem piętrowym na głucho. Badanie histopatologiczne nie wykazało cech gruźliczych ani złośliwych.

Rozpoznanie: olbrzymia torbiel lewego jajnika. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora opuściła Klinikę po dziewięciu dniach, z trudem przekonana, że jest wyleczona i nie cierpi na gruźlicę.

### Odporność ustroju na gruźlicę

Pomimo nagromadzenia dużego materiału, nauka nie stworzyła dotychczas jasnej teorii o odporności. Szczególnie nie wyjaśniono istoty odporności na gruźlicę. Przyjmuje się, że walka ustroju z gruźlicą zasadza się na odporności specyficznej i niespecyficznej. Alergia określa jedynie wytworzenie się w ustroju i trwanie zmienionej swoiście odczynowości na określony czynnik obcy, który do niego wtargnął. Istnieje różnica zdań odnośnie cech swoistych alergii, zwłaszcza w odniesieniu do gruźlicy. Znany jest fakt zależności alergii od czynników nieswoistych. Niespecyficzna odporność określa siły obronne ustroju, którymi rozporządza on w walce z wszelką infekcją przez zadziałanie antygeny, tkwiącego z natury w jego całości, w tkankach i układach. U *H l i n g e r* utrzymuje, że niespecyficzna odporność jest związana z wiekiem, narasta w wieku młodzieńczym, gaśnie w wieku starszym. Niespecyficzną odporność kształtują czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, czyniąc ustrój skłonny lub odpornym na infekcję.

Niespecyficzna odporność jak wiadomo rozstrzyga o losie chorego, a wahania jej są zależne od wieku i warunków zewnętrznych.

Specyficzna odporność ma wpływać na kształtowanie się obrazu chorobowego, jego poszczególne stadia, niespecyficzna zaś decyduje o zejściu (*H e y n e m a n n*).

Dociekania sprowadziły się do systemu reakcji antygen — antyciało. *B o y d a* jest zdania, że nie można oprzeć odporności w gruźlicy jedynie na antyciałach. Rola antyciał zdaniem *R y c z a* polega na zlepianiu prątków gruźliczych. Antyciała nie pozwalają prątkom rozmnażać się, opsoniny ułatwiają żerność fagocytom. Pominięto całkowicie rolę tkanek ustroju w walce z infekcją. *M i e c z n i k o w* i jego

szkoła dowiedli, że antycyala są produktem czynności komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego i krwiotwórczego, a jako humoralne czynniki odporności są podporządkowane genetycznie i czynnościowo nadrzędnemu działaniu komórek.

Nauka *Miecznikowa* o tkankowym udziale w odporności wiąże się ściśle z nauką o roli systemu nerwowego w odporności w rozumieniu idei *Pawłowa*. *Miecznikow* stworzył podstawy biologicznej teorii odporności. Wzrost zdolności komórek i tkanek do unieszkodliwiania zarazków, oraz zmiana wrażliwości i reaktywności tychże tkanek na szkodliwe działanie bakterii, tłumaczy najlepiej udział systemu nerwowego w tym procesie.

Wpływ zarazka i produktów jego przemiany materii na system nerwowy wzmacnia aktywność biochemiczną narządów i tkanek. Wszystkie te procesy organizuje system nerwowy w oparciu o prawa zmian reaktywności układu wegetatywnego (*Pawłow, Uchtomski*).

System nerwowy reguluje pracę komórek, mającą na celu strawienie zarazka. Także pojawienie się antycyala jest procesem odruchowym. W obronie ustroju biorą udział wszystkie odcinki systemu nerwowego, ulegając dystroficznemu wpływom zakażenia. I tak poprzez zadrażnienie interoceptorów płucnych można podnieść tkankową odporność na gruźlicę (*Speranski*). Stosowanie bromu, działającego na patologiczne pobudzenie w korze mózgowej u chorych na gruźlicę, przyspiesza cołanie się zaostrzeń choroby (*Berlin*). Wprowadzenie powietrza do jamy otrzewnej wywołuje refleksy wegetatywne, głównie poprzez nerw błędny. Normalizacja czynności nerwu błędnego powoduje podwyższenie biochemicznej czynności tkanek, unieszkodliwiającej zarazki gruźlicy przy pomocy fermentów. Pod wpływem acetylocholin, czynnika chemicznego nerwu błędnego, wzmacnia się obronna funkcja tkanek. Osłabienie układu sympatycznego pod wpływem procesu gruźliczego obniża intensywność utleniania w ustroju i powoduje gromadzenie się produktów niecałkowitego spalania tkankowego, co sprzyja rozwojowi choroby. Wszystkie zatem składowe układu nerwowego, korowe i podkorowe strefy centralnego układu nerwowego, układ parasympatyczny i sympatyczny, układ receptorów odgrywają istotną rolę w regulacji wegetatywnego życia organów i tkanek i określają stopień ich przeciwbakteryjnej odporności. Przywrócenie fizjologicznych funkcji systemu

nerwowego prowadzi do przyspieszenia procesu zdrowienia. Serologiczna teoria o odporności nie dawała zasadniczych rozstrzygnięć zarówno teoretycznych jak i praktycznych odnośnie walki z gruźlicą, natomiast fizjologiczna teoria odporności oparta na zasadzie udziału całego organizmu w procesach odpornościowych i decydującej roli układu nerwowego podnosi naukę o odporności na właściwy stopień i pozwala wyjaśnić złożony problem walki ustroju z infekcją gruźliczą (Drabkina, Berlin, Model).

### Analiza własnego materiału

W leczeniu pozostawały 72 chore w wieku od 16 do 49 lat, większość z nich była w wieku lat 20—30. W tej liczbie 18 wieloródek, 8 pierwiastek, 22 nieplodnych mężatek, 6 dziewic, oraz 18 panien.

We wszystkich przypadkach zbierano dokładne wywiady zarówno rodzinne, jak i osobiste. W 10 przypadkach ustalono zakażenie rodzinne gruźlicą płuc, z czego w sześciu dotyczyło ono rodziców, a w czterech rodzeństwa. Jak wynika z wywiadów, chore cierpiały w sześciu przypadkach na zapalenie wysiękowe otrzewnej, w pięciu na przebyte wysiękowe zapalenie opłucnej, w czterech na zapalenie opłucnej, w trzech przypadkach na gruźlicę płuc. Dwie chore przeszły wysiękowe zapalenie stawu kolanowego, w trzech zaś przypadkach zaobserwowano zapalenie gruczołów limfatycznych szyi. U 46 chorych stwierdziłem zaburzenia w miesiączkowaniu w przeważającej liczbie o typie *polyhypermenorrhoe*, a w sześciu przypadkach zatrzymanie się cyklu miesięcznego przez okres kilku miesięcy. Na czoło skarg wysuwały się dokuczliwe bóle brzucha, bolesność i zaburzenia miesiączkowe, wysoka trawiąca temperatura, przewlekłe stany podgorączkowe, powiększenie się brzucha oraz upławy. Cztery chore operowano na oddziale chirurgicznym, podejrzane o zapalenie wyrostka robaczkowego, gdzie po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono gruźlicę narządu rodnego, po czym przesłano je do naszej kliniki celem dalszego leczenia.

Ciepłotę ciała przekraczającą 39° stwierdzono u 26 chorych, stany podgorączkowe u 21, a pozostałe miały temperaturę normalną. U większości chorych stwierdzało się duży stopień wychudzenia, jedna z nich ważyła 38 kg. Kontrola rentgenowska klatki piersiowej wykazała zmiany włóknisto-wytwórcze u trzech chorych, czynną gruźlicę płuc

jamistą w jednym przypadku, zrosty przeponowo-żebrowe w dwunastu, wysiękowe zapalenie opłucnej u czterech chorych, wygojony zespół pierwotny u 48, w jednym zaś przypadku duże zmiany organiczne serca. Badanie obrazu krwi: zmniejszoną ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi notowano u 54 chorych, z tego u 12 Hb. dochodziła do 60% i 3.000.000 ciałek czerwonych. Jeżeli w lekkich postaciach gruźlicy spotykaliśmy się przeważnie z limfocytozą, to w ciężkich mieliśmy do czynienia nawet z limfopenią, dochodzącą niejednokrotnie do 10%, a ilość ciałek pałeczkowatych do 15%. Opad czerwonych ciałek krwi wynosił po upływie jednej godziny powyżej 100 mm u 6 chorych, od 60—80 mm u 10, od 40—60 u 8, od 20—40 u 13, reszta chorych miała opad normalny.

Analiza moczu nie wykazywała zmian, świadczących o poważniejszych zakażeniach w układzie moczowym, poza nieznaczną ilością białka, niewielką ilością leukocytów, pojedynczych krwinek czerwonych oraz nabłonków płaskich. W jednym przypadku po usunięciu lewej nerki gruźliczej, badano wielokrotnie mocz, przyjmując możliwość istnienia procesu gruźliczego w nerce drugiej, jednakowoż badania bakteriologiczne, jak również próby biologiczne nie potwierdziły tego przypuszczenia.

W celach leczniczo-rozpoznawczych wykonano 59 próbnych laparatomii, przy czym u 13 chorych usunięto częściowo jednostronnie przydatki macicy, w jednym przypadku amputowano macicę wraz z przydatkami z powodu jej mięśniakowatości, a badanie histopatologiczne wykazało przy tym gruźlicę przydatków macicy. We wszystkich operowanych przypadkach przeprowadzono badania histopatologiczne pobranego materiału, wycinka z otrzewnej ściennej, ogniska chorobowego narządu rodnego. Wykonano 50 wyłyzeczkowań i dwie rysowe zdrapki śluzówki macicy w celach rozpoznawczych i kontrolnych.

Liczne badania bakteriologiczne wysiękowego płynu z jamy otrzewnej, ropy otrzymanej przez punkcję jamy Douglasa, ropy wyciekającej z kiszki stolcowej, ropnej treści upławów, wycieku z szyi macicy, wypadły negatywnie na obecność prątków Kocha. Także doświadczenia na zwierzętach nie dały pozytywnego rezultatu.

U jednej chorej wyhodowano prątki gruźlicze z pobranego materiału, z ropnia okołokrętarzowego. Wyniki badań histopatologicznych były główną podstawą w ustalaniu rozpoznania.

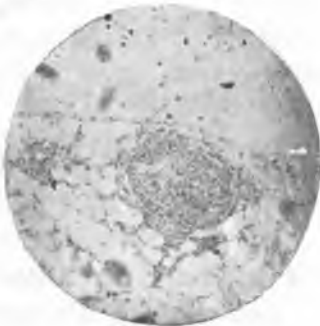
Poniżej dołączam mikrografie preparatów histopatologicznych.



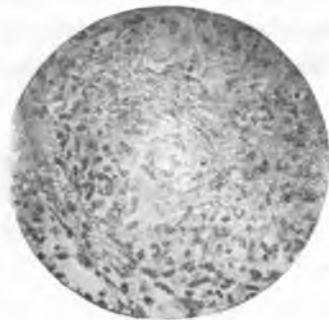
**Mikrofot. 1.**  
Gruźlica otrzewnej, pow. małe.



**Mikrofot. 2**  
Gruźlica otrzewnej, pow. duże; w środku pola widzenia komórka Langhansa.



**Mikrofot. 3.**  
Gruźlica sieci — gruzełek, pow. małe.



**Mikrofot. 4.**  
Gruźlica sieci, gruzełek, pow. duże.

W toku pracy leczniczo-badawczej ustaliłem następujące postacie anatomo-kliniczne gruźlicy narządu rodnego:

Tbc. przydatków macicy i wysiękowe zapalenie otrzewnej	24
„ przydatków macicy i włóknik, zlepane zapalenie otrzewnej	5
„ przydatków izolowane	5
„ wodniak jajowodu	4
„ ropniak jajowodu	8
„ ropień jajnika	6
„ <i>endometrii</i>	5

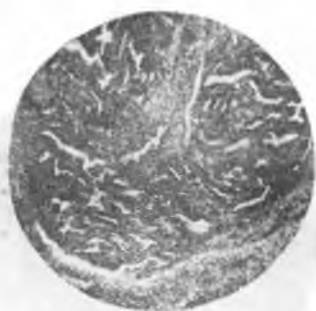




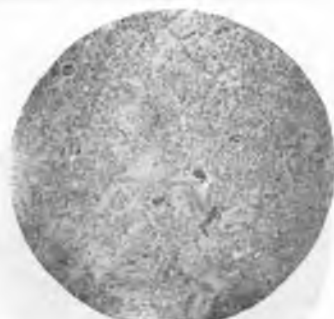
**Mikrofot. 5.**  
Gruźlica jajowodu wytwórcza.  
pow. duże.



**Mikrofot. 6.**  
Gruźlica jajowodu serowata.  
pow. duże.



**Mikrofot. 7.**  
Gruźlica śluzówki trzonu macicy  
wytwórcza, pow. duże.



**Mikrofot. 8.**  
Gruźlica śluzówki trzonu macicy  
serowata, pow. duże.

W pozostałych przypadkach nie można było określić rodzaju zmian, tworzyły one bowiem zespół guzów i nacieczeń, wypełniających miednicę małą, a niekiedy nawet i dużą. Przy otwarciu jamy brzusznej stwierdzało się rozległe zrosty jelitowe utrudniające dokładną orientację w obrazie anatomo-patologicznym.

W związku z zaobserwowaniem u chorych zaburzeń w miesiączkowaniu i to zaburzeń różnych typów, badałem prawie z reguły rozmaz wydzieliny pochwy według Papanicolaou. Czyniłem to dla zorientowania się w funkcji wydzielniczej jajników. Badanie wykonywałem wielokrotnie tak przed zabiegiem operacyjnym, względnie przed rozpoczęciem leczenia, następnie w czasie, jak i wreszcie po ukończeniu



Mikrofot. 9.

Obraz rozmazu pochwowego przy gruźlicy śluzówki trzonu macicy-*amenorrhoe*. Komórki warstwy podstawowej i pośredniej nabłonka pochwy.  
Pow. małe.

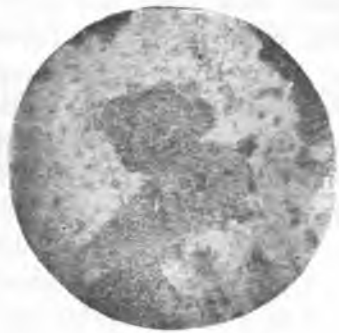


Mikrofot. 10 = 9 Pow. duże.



Mikrofot. 11, 12. Obraz rozmazu pochwowego przy gruźlicy przydatków macicy-*oligomenorrhoe*. Komórki warstwy pośredniej nabłonka i powierzchniowej z oznakami degeneracji protoplazmy. Znaczna ilość śluzu w obrazie. Pow. duże.

leczenia, porównując ze sobą kolejne wyniki. W rozmazach chorych niemiesiączkujących stwierdzałem małe komórki warstwy podstawowej nabłonka pochwy, rozmaitego kształtu i o dużym jądrze. Obok komórek małych występowały komórki większe, barwiące się na niebiesko, o zwyrodniałej zarodki, brzegach zgrubiałych i pozawijanych, o typie zwiedłych liści. Komórki te pojawiały się niejednokrotnie w zbitych grupach, co jest charakterystyczne dla wtórnego braku miesiączkowania. Znacznie rzadziej występowały obrazy nabłonka o charakterze atroficznym z większą ilością histiocytów.



Mikrofot. 13, 14. Obraz rozmazu pochwowego przy gruźlicy przydatków macicy-*polyhypermenorrhoe*; 17-ty dzień cyklu miesięczkowego. Komórki warstwy powierzchniowej nabłonka, duże, o jądrach piknotycznych, barwią się na różowo metodą Papanicolaou. Pow. duże.



Mikrofot. 15, 16. Obraz rozmazu pochwowego przy gruźlicy przydatków macicy-*polyhypermenorrhoe*; 21 dzień cyklu miesięczkowego. Komórki warstwy powierzchniowej nabłonka pochwy, występujące w skupieniach, barwiące się na różowo metodą Papanicolaou nieco słabiej, a wokół jąder widoczne rozjaśnienie.

U chorych miesięczkujących obserwowałem postacię dużych komórek powierzchniowych, barwiących się najczęściej żywo różowo, o granulacji raczej bazofilnej, i o jądrze małym, nieraz piknotycznym, umiejscowionym centralnie, bez większych cech zwyrodnieniowych w protoplazmie. Postacie te występowały również w drugim okresie cyklu miesięczkowego, wykazując nieznaczące cechy zwyrodnieniowe protoplazmy, obok komórek barwiących się na niebiesko z dużym jądrem, wykazujących wodniczkowe zwyrodnienie protoplazmy. W obrazie cytologicznym wyżej opisanych rozmazów stwierdzałem od czasu do

czasu, obok dość licznych leukocytów i histiocytów, zwakuolizowane, ciemno brązowe, barwiące się komórki nabłonka szyi macicy tzw. hyperestrogeniczne komórki. W toku leczenia dalsze badania rozmazów pochwoowych u nie miesiączkujących chorych pozwalały stwierdzić stopniowe pojawienie się komórek warstwy pośredniej nabłonka, następnie powierzchniowej, o cechach wyżej opisanych, świadczących o wzroście wydzielania hormonów estrogennych przez jajnik, co z biegiem czasu potwierdziło się powrotem miesięcznego krwawienia. Opis obrazów rozmazów z pochwy u miesiączkujących chorych przemawia za przedłużonym działaniem follikuliny. Stan taki stwierdziłem u 53 chorych. Badania śluzówki macicy przeprowadzone w wielu przypadkach potwierdzały dane otrzymane z rozmazów pochwoowych. Na podstawie powyższych spostrzeżeń można by wypowiedzieć ogólny sąd z pewnym prawdopodobieństwem, że w gruźlicy narządu rodowego wydzielanie follikuliny jest raczej wzmożone, natomiast gdy proces chorobowy opanowuje organizm w tym stopniu, że czynność wydzielnicza jajnika zostaje zniesiona, wtedy dochodzi do wypadnięcia cyklu miesięcznego, śluzówka macicy przedstawia obraz zanikowy, a obraz rozmazu pochwoowego potwierdza ten stan.

### Leczenie

Zagadnienie rozpoznawania i leczenia gruźlicy narządu rodowego było dotychczas mało opracowywane tak w piśmiennictwie krajowym jak i zagranicznym. Nawet zwykła kazuistyka tego schorzenia jest niezmiernie uboga. Ostatnio pojawiają się pojedyncze prace, głównie w piśmiennictwie radzieckim, a także anglosaskim, lecz jak dotąd operują małym materiałem badawczym.

Dotychczasowe leczenie gruźlicy narządu rodowego było albo radykalno-operacyjne, albo też mieściło się w ramach zachowawczego postępowania, polegającego na stosowaniu środków wspomagających siły obronne ustroju w walce z chorobą, tak jak przy procesie gruźliczym innych narządów. W tym ostatnim sposobie leczenia nie stosowano próbnej laparatomii obok innych badań dodatkowych w rozpoznawaniu choroby, nawet przy wysiękowym zapaleniu gruźliczym otrzewnej, ograniczając się do upustów płynu wysiękowego przez nakłucie jamy otrzewnej.

Wobec postępu wiedzy lekarskiej, a zwłaszcza w związku z odkryciem antybiotyków, dotychczasowe metody lecznicze stają się nie-

wystarczające, życie zaś skłania do wysiłków w poszukiwaniu skuteczniejszych metod walki z tym do niedawna niemal beznadziejnym schorzeniem.

Za podstawę swego postępowania leczniczego przyjąłem założenie, że cały ustrój cierpi, trawiony infekcją gruźliczą, a nie tylko narządy bezpośrednio zajęte sprawą chorobową, w których stwierdza się zmiany patologiczne. W walce z chorobą bierze udział ustrój jako całość, a więc nie tylko niektóre tkanki czy układy, jakby wynikało z serologicznej teorii o odporności, lecz także cały system nerwowy. W stosowaniu środków farmakologicznych korzystałem z doświadczeń nauki radzieckiej, która rzuca nowe światło na zagadnienie zachorowalności, leczenia i zdrowienia chorych na gruźlicę.

Badania moje rozpocząłem w grudniu 1948 roku. Czas pozostawania chorych w Klinice mieści się w ramach dwóch do trzech miesięcy.

Dalsza obserwacja trwa, a ocena poszczególnych przypadków oparta jest na wynikach ostatnich badań kontrolnych. Jako wyleconą klinicznie określam chorą, która jest zdolna do pracy, jest bez objawów chorobowych, a badanie ginekologiczne nie wykazuje zmian w narządzie rodnym, świadczących o trwaniu procesu gruźliczego. Poniżej podaję dane liczbowe, dotyczące rozpoznanych przypadków gruźlicy narządu rodnego, osiągnięte na drodze przeprowadzonych badań pomocniczych.

1. Badania bakteriologiczne:

a) ropa z kiszki stolcowej	0
b) punkcja guzów zapalnych	0
c) wydzielina z szyi macicy	0
d) próbna laparatomia	0

2. Badania histopatologiczne:

a) wyłyczekowanie śluzówki macicy	3
b) rysowa zdrapka śluzówki macicy	2
c) próbna laparatomia	51
d) preparat operacyjny	10
e) stwierdzona gruźlica narządu rodnego przy zabiegach operacyjnych w innych zakładach leczniczych oraz na podstawie obrazu klinicznego schorzenia	6

Zastosowane leczenie dzielę na: zachowawcze i operacyjne. Zachowawcze na: farmakologiczne, przy pomocy promieni Roentgena i klimatyczne. Operacyjne na: zachowawcze i radykalne.

Leczenie farmakologiczne było uważane często za mało skuteczne i nie cieszyło się powodzeniem. R i s t wyraził zdanie, że leczenie farmakologiczne gruźlicy w ogóle nie istnieje, a K u s s wypowiada się podobnie, mówiąc, że działanie leków jest niezupełne, niepewne i z zasady niedostateczne. Inni są zdania, że leki mają wpływ na podniesienie stanu ogólnego, usuwanie zaburzeń czynnościowych i powikłań. Stanowisko to dzisiaj musi ulec zmianie. Posiadamy bowiem antybiotyki o skuteczności których w zwalczaniu gruźlicy mówi doświadczenie kliniczne. Poniżej omówię kolejno środki farmakologiczne stosowane przeze mnie w leczeniu.

### Witamin D2 (calciferol)

Zdrowy organizm wymaga stałego dowozu witaminów dla jego fizjologicznych funkcji. Gruźlica natomiast rujnuje fizjologiczne procesy ustroju i wprawia go między innymi w stan niedoboru witaminowego. Stały dowóz witaminów nabiera w gruźlicy dużego znaczenia. W ostatnim czasie rola witaminu D2 w leczeniu gruźlicy staje się coraz większa. C h a r p y stosował witamin D2 w dużej liczbie przypadków gruźlicy skóry, osiągając bardzo dobre wyniki. G l a t t h a a r stosował witamin D2 w gruźlicy narządu rodnego z pomyślnym wynikiem. Pod wpływem witaminu D2 wzmacnia się samoobrona ustroju, sprzyjająca cofaniu się procesu chorobowego. Wpływ witaminu D2 wyraża się między innymi w przywróceniu optymalnego pH w zmienionych chorobowo tkankach. Przy podawaniu witaminu D2 może wystąpić przyspieszenie opadania czerwonych ciałek krwi, oraz podwyższenie ciepłoty ciała, co jest jednak zjawiskiem przejściowym. Witamin ten podawałem chorym trzy razy dziennie po 50.000 j. w tabletkach przez 10 dni, traktując to jako leczenie uderzeniowe.

### Streptomycyna

W 1944 roku została wykryta streptomycyna przez S c h a t z a, B u g i e i W a k s m a n a. Do lecznictwa wprowadzono ją w 1946 r. Lecznicze działanie streptomycyny polega na wyłączeniu fermentu, warunkującego życie bakterii. Streptomycyna działa na prątek gruź-

liczy, zarazek kokluszu, tularemii, influenzy, pałeczkę odmieńca, do pewnego stopnia także i na pałeczkę grupy *Salmonella* i duru brzusz-  
nego (H o ł o b u t).

Nie jest jednak obojętną również i dla ustroju ludzkiego. Według amerykańskich autorów streptomycyna działa nie tylko bakteriostaticznie, lecz stosowana w dużych dawkach także bakteriobójczo. Radziecki uczony *Trius* nie osiągał tego efektu pomimo, że stosował streptomycynę w dużym stężeniu (200 j. na 1 ml.) przez okres dziesięciu dni. Przy wysiewach pojawiał się wzrost prątków Kocha, chociaż nieco słabszy i opóźniony w stosunku do kontrolnej kultury.

Z chwilą wprowadzenia streptomycyny do lecznictwa, zarysowały się dwa stanowiska odnośnie jej stosowania. Jedni zalecali podawanie bez ograniczeń, utrzymując, iż zaszkodzić nie może, inni natomiast zalecali ostrożność w jej stosowaniu. Pierwsze stanowisko jest niesłuszne, ponieważ duże dawki są dla ustroju zwierzęcego toksyczne. Inni autorzy twierdzą, że tam gdzie małe dawki nie dadzą wyniku, bezcelowe jest podawanie większych ilości leku. Działanie toksyczne streptomycyny daje się spostrzegać w odniesieniu do nerwu słuchowego, układu nerwowego przedsiönka serca, może ono również wywołać uczulenie ustroju (zapalenie błon surowicznych, wykwity skórne). Zwrócić należy uwagę na ujemne skutki stosowania streptomycyny przy schorzeniach sercowo-naczyniowych.

Zasadą domiejscowego podawania leku jest zadziałanie wprost streptomycyną na ognisko chorobowe. Osiąga się przez to skrócenie czasu leczenia, zmniejszenie ilości podawanego antybiotyku, przy równoczesnym zachowaniu wyniku leczniczego. Metoda ta oddaje wielkie usługi przy leczeniu gruźlicy śluzówki macicy. Ostatnio pojawiają się głosy za równoczesnym podawaniem streptomycyny domięśniowo i domiejscowo, co w praktyce daje najlepsze osiągnięcia lecznicze. W piśmiennictwie radzieckim notowane są przypadki gruźlicy śluzówki macicy, leczone skutecznie przy zastosowaniu tej metody.

#### Odporność prątka gruźliczego na streptomycynę

Badania wykazały, że streptomycyno-odporność prątka rośnie proporcjonalnie do czasu stosowania leku. Im dłużej trwa leczenie, tym częściej spostrzega się to zjawisko. Występuje ono zwykle po

upływie czterech tygodni w 12—30%, a po dwóch miesiącach w 23—53%, po upływie zaś czterech miesięcy dochodzi do 80%. Niektórzy sądzą, że małe dawki streptomycyny zmniejszają wrażliwość zarazka na jej działanie. Jednakże większość badaczy, opierając się na danych doświadczalnych nie podziela tego stanowiska. Nie należy pomijać i tego faktu, że na pojawienie się szczepów streptomycyno-odpornych ma duży wpływ rozległość zmian gruźliczych ustroju, a przede wszystkim nasilenie serowatego rozpadu schorzałych tkanek. Podawanie streptomycyny rozpocząłem od dawki 1 g na dobę, wstrzykując domięśniowo po 0,5 g przed i po południu. Po upływie kilkunastu dni zaobserwowałem u chorych objawy toksycznego działania leku. Jedna z nich uskarżała się na bezsenność, kołatanie serca i uderzenie krwi do głowy, połączone z następowym poceniem się. Z uwagi na dalsze nasilanie się tych objawów zmniejszyłem dobową dawkę streptomycyny na 0,75 g. Po stwierdzeniu, że i ta dawka okazała się za wysoka, przeszedłem na podawanie leku w ilości 0,25 g na dobę. Przy tym dawkowaniu wrócił normalny sen, ustąpiło uderzenie krwi do głowy i niepokój w okolicy serca. Z chwilą powrotu do dawki 0,75 pojawiły się na nowo dolegliwości ze strony serca, co skłoniło mnie do zastosowania tylko 0,5 g streptomycyny na dobę. Dawka ta okazała się najwłaściwszą, gdyż odtąd chora nie zgłaszała żadnych dolegliwości, któreby świadczyły o toksycznym działaniu antybiotyku.

Druga chora otrzymuje 1 g streptomycyny na dobę; po 15 g zaczęła uskarżać się na szum w uszach i uporczywe zawroty głowy oraz niespokojny sen. Po ostatecznym zredukowaniu dawki streptomycyny na 0,5 g na dobę dolegliwości ustąpiły bezpowrotnie. Trzecia chora już po otrzymaniu 12,0 g streptomycyny, podając 1 g na dobę, dostała ogólnej wysypki na ciele, przypominającej odrę ze świadem skóry i uczuciem duszności, oraz zawrotami głowy. Obniżenie dawki do 0,25 g na dobę nie cofnęło objawów ubocznego działania, nastąpiło to dopiero po przerwie czterodniowej w podawaniu leku. Następnie podawałem jej streptomycynę po 0,25 g dwa razy dziennie i leczenie ukończyłem bez skarg ze strony chorej.



Poza tymi przypadkami pojawiały się u innych chorych kilkakrotnie dolegliwości, świadczące o toksycznym działaniu leku, lecz o mniejszym nasileniu. Zmniejszenie dawki na 0,25 na dobę przez przeciąg kilku dni, wystarczało do cofnięcia się ubocznego działania antybiotyku. Dawkę 0,5 g streptomycyny na dobę przyjąłem jako optymalną w dalszym leczeniu i całkowicie wystarczającą dla osiągnięcia skutecznego efektu leczniczego.

Ogólna ilość streptomycyny na jedno leczenie wynosiła 25—40 g w zależności od nasilenia się procesu chorobowego, postaci i rozległości zmian chorobowych, oraz przebiegu zdrowienia.

Przy otwarciu jamy brzusznej i stwierdzeniu gruźlicy narządu rodnego czy otrzewnej, niezależnie od postępowania operacyjnego, zachowawczego, bądź radykalnego, podawałem 1,0 g streptomycyny do jamy otrzewnej.

Do szyi macicy wstrzykiwałem streptomycynę u pięciu chorych z gruźlicą śródmacicza. Jedna z tych chorych przeszła leczenie streptomycynowe w grudniu 1948 r. z powodu gruźlicy przydatków macicy i otrzewnej. Po trzech miesiącach leczenia wróciła do pracy jako zdrowa, uskarżając się jedynie na nieznaczne upławy.

Po upływie roku upławy nasiliły się, będąc początkowo śluzowo-ropne, zamieniły się w serowato-ropne, bardzo obfite, a miesięczki stały się bolesne. Ambulatoryjnie zbadano wydzielinę z szyi macicy i pochwy, przy czym stwierdzono obecność dużej ilości bakterii gram dodatnich oraz rzęsistek pochwoy. Zastosowano specyficzne leczenie przeciw-rzęsistkowe. Po upływie dwóch tygodni rzęsistek pochwoy znikł w kontrolnym badaniu mikroskopowym, zmniejszyła się ilość bakterii gram dodatnich, lecz ropna wydzielina z szyi macicy utrzymywała się dalej dość obficie. Posiew wydzieliny z szyi macicy na prątek Kocha wypadł ujemnie. Wobec uporczywego trwania upławów, wydzieliny śluzowo-ropnej z szyi macicy i podejrzenia w kierunku gruźlicy błony śluzowej macicy, przyjęto chorą ponownie do Kliniki. Po trzykrotnym podaniu streptomycyny w ilości 0,5 g na dobę, wykonano zdrapkę śluzówki macicy. Badanie histopatologiczne wykazało serowatą gruźlicę śluzówki macicy. Chora poddana została leczeniu skojarzonemu z zastosowaniem streptomycyny w ilości 25 g domiejscowo. W przebiegu leczenia spostrzegałem zmniejszenie się wydzieliny z szyi macicy, pod koniec pojawiała się jedynie niewielka ilość przezroczystego śluzu. Ponowna kontrola śluzówki macicy nie wykazała w badaniu

histopatologicznym elementów gruźliczych. Chora wróciła do pracy i pozostaje w dalszej obserwacji kontrolnej. Czuje się dobrze, miesiączkuje regularnie, przy czym miesiączki są średnio-obfite, niebolesne.

W skrócie podaję poniżej historię chorób leczonych chorych z gruźlicą śródmacicza.

Chora J. K. Lat 20, pracownica fizyczna, przybyła do Kliniki 28 grudnia 1948 r., wypisana 15 marca 1949 r. nr ks. gł. 960.

Uskarża się na bóle w podbrzuszu, szczególnie po stronie lewej, o charakterze kłującym, ogólne osłabienie i brak apetytu. Choroba rozpoczęła się dnia 2 grudnia 1948 roku. Po znacznym wysiłku fizycznym dostała dokuczliwych bólów w jamie brzusznej, dreszczy i wymiotów, z czym zgłosiła się do Kliniki.

W y w i a d y: Pierwsze miesięczne krwawienie w piętnastym roku życia, trwające 4 dni, obfite, niebolesne. Następne miesiączki regularne o podobnych cechach przez przeciąg półtora roku, po czym nastąpiła przerwa w miesiączkowaniu przez 8 miesięcy. W tym czasie chora przeszła wysiękowe zapalenie otrzewnej. Po ponownym ukazaniu się, miesiączki były nieregularne, bardzo obfite, przeciągające się od 8 dni, ostatnia miesiączka 12.XII.1948 r. W 1944 roku przeszła wysiękowe zapalenie otrzewnej, w maju 1948 roku ciężką anginę.

S t a n o g ó l n y. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne, skóra elastyczna, wilgotna, biała. Widoczne śluzówki słabo ukrwione. Płuca — wypuk jawny, osłuchem stwierdza się z tyłu w dolnej części płuca prawego osłabienie szmeru oddechowego. Serce — akcja miarowa, tętno 96 min. słabo napięte i wypełnione. Brzuch nadmiernie wysklepiony, bolesny na obmacywanie, stwierdza się wolny płyn w jamie brzusznej. Wątroba i śledziona niemacalne. Ciepłota ciała 39,2°C.

B a d a n i e g i n e k o l o g i c z n e. Dziewica, badaniem przez kışkę stolcową wyczuwa się guzowaty twór wypełniający miednicę małą, nieruchomy, w obrębie którego znajduje się macica.

B a d a n i a d o d a t k o w e — krew — Hb. 80%, Erytr. 4.180.000, wskaźnik 0.9, Leuk. 13.000, pał. 10, Limf. 13. O. B. 25/56. Mocz: — mikroskopowo-pojedyncze nablńki i leukocyty, bardzo obfita flora bakteryjna. Kontrola rentgenowska klatki piersiowej — nieduże zmiany włóknisto-wytwórcze, w dolnoprzyśrodkowej części płuca prawego cienie wnękowe w niedużym stopniu powiększone, zawierające

małe, pojedyncze stwardnienia, przepona porusza się prawidłowo. Serce w granicach normy. Rozpoznanie — gruźlicze zapalenie przydatków macicy i otrzewnej. Leczenie — calciferol, calc. brom 5% dożylnie, streptomycyna po 1 g na dobę. Z uwagi na mieszaną infekcję podano penicylinę w ilości 3.000.000 j. Po 12 g streptomycyny spostrzegano objawy toksycznego działania leku: zaburzenia przedsionkowe serca oraz błędnikowe z zakresu nerwu słuchowego. Zmniejszono dawkę streptomycyny do 0,5 na dobę. W dniu 20.I.49 r. wykonano zabieg operacyjny. W uśpieniu pentotalowym otwarto jamę brzuszną, skąd wydobyła się nieduża ilość płynu surowiczego. Otrzewna ścienna i trzewna usiana gruzełkami, miednica mała wypełniona guzami przydatkowymi, tworzącymi wraz z macicą konglomerat zrosły z otoczeniem i jelitami. Usunięto wolny płyn z jamy brzusznej, pobrano wycinek ze schorzałych tkanek do badania histopatologicznego, do jamy otrzewnej dano jeden gram streptomycyny oraz 200.000 j. penicyliny, po czym powłoki zeszyto szwem piętrowym na głucho.

Badanie histopatologiczne wykazało: gruźlicę jajowodów i otrzewnej. W przebiegu leczenia, badaniem ginekologicznym, stwierdza się wylanianie konturów macicy, znikanie nacieków zapalnych w miednicy małej, oraz guzów przydatkowych. Ostatnie badanie wykazuje jedynie nieznaczne zgrubienia w prawych przydatkach. Po otrzymaniu 39 g streptomycyny chora opuszcza Klinikę, uskarżając się jedynie na nieznaczne upławy. Skierowana została na leczenie klimatyczne na Dolny Śląsk.

Ostatnie badanie krwi: O.B. 6/8, Hb. 60%, Er. 4.000.000, limf. 25, pał. 5, leuk. 7.200.

Po upływie roku chora zauważyła nasilające się upławy, które zamieniły się w serowato-ropne, i z tego powodu zgłosiła się ponownie do Kliniki. Wykonano badanie bakteriologiczne wydzieliny pochwowej i z szyi macicy. Wynik na prątki Kocha ujemny. Pod osłoną streptomycyny wyłęczekowano śluzówkę macicy, a badanie histopatologiczne wykazało gruźlicę śluzówki serowatą. Okazało się, że proces chorobowy po przebytej kuracji streptomycynowej w roku 1948/49 nie wygasł w śluzówce macicy. Zastosowałem skojarzone leczenie calciferolem, P.A.S.-em i streptomycyną.

Streptomycynę podawałem domięscowo po 0,25 g do szyi macicy co drugi dzień, oraz domięśniowo po 0,25, a co drugi dzień po 0,5

domięśniowo do ogólnej liczby 25 g. Po ukończeniu kuracji wykonano ponownie badanie histopatologiczne śluzówki macicy, przy czym nie stwierdzono cech swoistych procesu chorobowego. Stosowanie domięscowe streptomycyny w skojarzonym leczeniu dało dobry wynik leczniczy. Upławy ustąpiły całkowicie i chora jako wyleczona wróciła do pracy, pozostając w dalszym ciągu w kontroli klinicznej.

Chora K. J. Przybyła do Kliniki 10.XI.51, wypisana 8.IV.52 r. nr ks. gł. 156. Zamężna, lat 26. W wieku dziecięcym przeszła zapalenie płuc. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia, trwająca trzy dni, średnio obfita, bolesna. Następne miesięczne krwawienie po upływie roku. Od pięciu lat krwawi 2—3 razy w miesiącu, po dwa do pięciu dni, dość często i obficie wśród dokuczliwych bólów. W ciążę nie zachodziła. Zauważyła nieznaczne krwawienie po stosunkach. Kontrola rentgenowska nie wykazuje zmian chorobowych w płucach i narządzie krążenia.

Badania ginekologiczne: macica normalnej wielkości w przodopochyleniu, sklepienia wolne, przydatki bez stwierdzalnych zmian patologicznych, ciepłota ciała 37,2°C.

Krew: O.B. 3/6, Hb 76%, Er. 3.800.000, leuk. 6.600, pał. 6, limf. 36.

Mocz: bez zmian.

Wykonane łyżeczowanie macicy i badanie histopatologiczne wykazało gruźlicę śluzówki macicy.

Leczenie: Uderzenie calciferolem, 30 tabletek, 3 razy po jednej przez dziesięć dni, 25 gramów streptomycyny co drugi dzień po 0,25 g do szyi macicy i domięśniowo 0,25 g, w innych dniach 0,5 g na dobę domięśniowo. P.A.S. podano do ogólnej liczby 600 g, do 10 g w pięciu dawkach w ciągu dnia na dobę. Po ukończeniu leczenia, badanie histopatologiczne śluzówki macicy nie wykazało zmian swoistych. Chora przybyła na wadze w czasie pobytu na Klinice 6,5 kg.

Ostatnie badanie krwi — O.B. 3/5, Hb. 85%, Er. 4.450.000, pał. 2, limf. 32, leuk. 6200. Przy badaniach dalszych kontrolnych podaje: miesiączki regularne, trwające trzy, cztery dni, nieco bolesne, średnio obfite. Czuje się dobrze. Przez dwa miesiące przebywała u rodziny na wsi.

Chora S. S. Mężatka, lat 26, przybyła do Kliniki 12.I.51 r., wypisana 2.IV.51 r., nr ks. gł. 155. Mężatka od pięciu lat. Od roku leczy się z powodu niepłodności. Dwukrotnie robiono jej przedmuchiwanie jajowodów z wynikiem ujemnym. W grudniu 1951 roku wykonano salpingografię, która wykazała niedrożność obu jajowodów. W dzieciństwie

chorowała na odrę. Pierwsza miesiączka w 13 roku życia, następnie co 28 dni, średnio obfite, trwające trzy, cztery dni, niebolesne. Ostatnia prawidłowa miesiączka 3.II.51 r. W ciążę nie zachodziła. Kontrola rentgenowska nie wykazała zmian chorobowych w płucach i narządzie krążenia. Ciężota ciała 36,8°C.

Badanie ginekologiczne: narząd rodny jak u nierodzącej, część pochwowa stożkowata, ujście zewnętrzne szczelinowate. Macica normalnej wielkości w przodozgięciu i pochyleniu, przydatki obustronnie macalne, niebolesne.

Badania dodatkowe: krew — O.B. 3/14, Hb. 80%, Er. 4.470.000, leuk. 6100, pał. 2, limf. 28, Ind. 0,9. Mocz — w osadzie obfity śluz, liczne nabłonki płaskie, leukocyty 0—2 w polu widzenia.

Wykonano wyłyżeczkowanie jamy macicy. Badanie histopatologiczne wykazało gruczołki śluzówki macicy. Leczenie: calciferol, streptomycyna domięscowo i domięśniowo. Ponowna kontrola histopatologiczna śluzówki macicy nie wykazała zmian specyficznych. Chora przybyła na wadze 3,5 kg. Zamieszkuje na wsi. Miesiączkuje normalnie, żadnych skarg nie zgłasza. Pragnie mieć potomstwo.

Chora C. E. Mężatka, lat 20, nr ks. gł. 451, do Kliniki przybyła 8.X.51, wypisana 8.XII.51 r. Zgłosiła się z bólami dołem brzucha i złym samopoczuciem. Podaje, że pierwszą miesiączkę miała w 15 roku życia, nieobfitą, trwającą 4 dni, niebolesną. Dalej nastąpiła przerwa sześciomiesięczna, a dalsze miesiączki były regularne, miernie obfite, niebolesne, trwające trzy, cztery dni. Ostatnia miesiączka 10.XI.50 roku. W dzieciństwie przeszła błonicę i zapalenie miedniczek nerkowych. W 1946 roku przeszła wysiękowe zapalenie otrzewnej.

Stan obecny: budowa prawidłowa. odżywienie dobre, śluzówki widoczne normalnie ukrwione. Płuca bez uchwytanych zmian patologicznych. Układ krążenia w granicach normy. Ciężota ciała 37,5°C.

Badanie ginekologiczne: narząd płciowy zewnętrzny bez zmian. Macica mała, w przodopochyleniu, ruchoma. Przydatki nieco zgrubiałe. Sklepienia wolne.

Kontrola rentgenowska klatki piersiowej — niewielkie poszerzenie węglej prawej, poza tym płuca i serce bez zmian.

Krew: O. B. 3/6, Hb. 84%, Erytr. 4.530.000, Ind. 1, leuk. 6300, pał. 5, limf. 26. Mocz: ślad białka, w osadzie leukocyty 6—12, erytrocyty 0—2, w polu widzenia nieliczne nabłonki płaskie.

3.X.51 r. wykonano zdrapkę błony śluzowej macicy — badanie histopatologiczne wykazało gruzlicę śluzówki macicy.

W rozmazie wydzieliny pochwowej, barwionej metodą Papanicolaou: widoczne komórki warstwy średniej i podstawowej, brak komórek warstwy powierzchniowej nabłonka. Podano calciferol, streptomycynę domięscowo i ogólnie domięśniowo, jak wyżej, oraz P.A.S.

W dniu 16.XI.51 r. pojawiło się po dłuższej przerwie miesięczne krwawienie, trwające trzy dni, nieobfite, niebolesne. W osiem dni po miesięczce badanie rozmazu pochwowego wykazało: duże komórki powierzchniowe nabłonka pochwy, barwiące się na różowo, występujące w znacznych skupieniach, brak komórek warstwy podstawowej nabłonka, nieliczne zaś warstwy pośredniej. Ponowna kontrola histopatologiczna śluzówki macicy nie wykazała cech swoistych schorzenia. Chora opuściła Klinikę w dobrym stanie, udając się na leczenie klimatyczne do Iwonicza na oddział naszej Kliniki.

Chora B. S. Mężatka, lat 31, nr ks. gł. 1464, przybyła na Klinikę 4 czerwca 1951 r., wypisana 14.VIII.51 r. Pierwszy period w 15 roku życia, trwający cztery dni, średnio obfity, niebolesny. Następne miesiączki co 21 dni, obfite, bolesne, trwające do siedmiu dni. Ostatnia miesiączka 15 maja 1951 roku. Wywiady rodzinne nic nie wnoszą. W 1944 r. chora przeszła czerwone, a w 1949 r. wysiękowe zapalenie opłucnej. Dwa razy rodziła, jeden raz poroniła w trzecim miesiącu ciąży. Ostatnio odczuwa bóle kłujące dołem brzucha, nasilające się w czasie miesiączki.

Stan ogólny: budowa wątła, odżywienie mierne, śluzówki widoczne blade, w płucach i układzie krążenia nie stwierdza się odchyień od normy. Ciepłota ciała 37,2°C.

Badanie ginekologiczne: macica w przodopochyleniu, nieco powiększona, ruchoma, przydatki ledwie macalne, sklepienia wolne.

Rentgenologiczna kontrola płuc: wygojone ognisko pierwotne w płucu prawym, zrost przeponowoopłucnowy po stronie prawej. Serce w granicach normy.

Krew: O. B. 6/18, Hb. 70%. Erytr. 3.610.000, Ind. 0.97, leuk. 6200, pał. 6, limf. 30. Mocz: ślad białka, w osadzie kilka leukocytów, w polu widzenia nieliczne nabłonki.

16.VI.51 r. pod osłoną streptomycyny wykonano wyłyżeczkowanie śluzówki macicy. Badanie histopatologiczne wykazało gruzlicę śluzówki macicy.

Przebieg leczenia: uderzenie calciferolem, streptomycyna domiejscowo i ogólnie domięśniowo, 22 g na kurację, oraz P.A.S. 700 g. Ponowna kontrola histopatologiczna nie wykazała zmian o charakterze swoistym w śluzówce macicy.

Ostatnie badanie krwi: O. B. 4/11, Erytr. 4.130.000, Ind. 1, leuk. 8.000, pał. 4, limf. 30. Po ukończeniu leczenia chora czuje się dobrze, przybyła na wadze 3,5 kg. Ostatnia miesiączka w czasie pobytu na Klinice trwała 4 dni, nieobfita, niebolesna. Chora udała się na wieś na 2-miesięczny pobyt.

### Kwas paraaminosalicyłowy

Kwas paraaminosalicyłowy (P.A.S.) został otrzymany już w 1902 r. Do lecznictwa wprowadzono go pod postacią soli sodowej w 1946 roku w gruźlicy płuc, przy czym stwierdzono, że kwasy salicyłowe hamują zdolność życiową zarazka gruźliczego. Posiadając jednocześnie grupę fenolową i aminową, wpływają ujemnie na wszelkie procesy życiowe prątka przez swe własności bakteriostatyczne. Toksyczność dla ustroju ludzkiego jest minimalna. Wchłania się dość łatwo i szybko również wydziela. P. A. S. opuszcza organizm z moczem w 80% już po upływie 10 godzin, w swej pierwotnej postaci chemicznej, reszta wydziela się przez przewód pokarmowy.

P.A.S. wzmacnia działanie streptomycyny, jako dowód posłużyć może to, że jeżeli dla zahamowania wzrostu prątka trzeba zużyć 0,8 j. streptomycyny, to przy równoczesnym podawaniu P.A.S.-u wystarczy 0,6 j. na 1 ml. Pod wpływem P.A.S.-u zachodzą morfologiczne zmiany w prątku, staje się on jak wiadomo ziarnisty, słabo barwliwy. Dawka dobową stosowaną powszechnie waha się w granicach od 1,5 do 2,5 g na dobę, na 10 kg wagi ciała. Domiejscowo stosowane są roztwory 5 lub 10 procentowe. Mogą wystąpić niekiedy objawy ubocznego działania P.A.S.-u w postaci utraty apetytu, nudności oraz wysypki na skórze. Zmniejszenie dawki likwiduje te objawy. W leczeniu gruźlicy narządu rodnego podawałem P. A. S. równocześnie ze streptomycyną w dobowej dawce 10—12 g do ogólnej ilości 300—700 g na leczenie. Poważniejszych zaburzeń, świadczących o ubocznym działaniu P.A.S.-u, nie obserwowałem. Słabszym chorym rozpoczynałem

podawanie P.A.S.-u od 8,0 g zwiększając stopniowo w miarę przyzwyczajania się do leku i braku objawów ubocznych. Jedynie w kilku przypadkach wystąpiła utrata apetytu, w dwóch szybko przemijające biegunki. Zmian w moczu nie notowano. Chore otrzymywały 300 g P.A.S.-u w czasie leczenia na Klinice, resztę przyjmowały w domu. Przerw w podawaniu leku nie robiłem. Domiejskowo zastosowałem P.A.S. u chorej z zimnym ropniem w okolicy krętarza kości udowej lewej; chorą leczono z powodu gruźlicy narządu rodnegó; z ropy wyhodowano prątek Kocha. Do wnętrza ropnia wprowadzałem 10% P.A.S. w ilości 5 ccm oraz 0,25 g streptomycyny co drugi dzień. Przy każdym następnym zabiegu usuwałem zawartość ropnia, a po upływie dwóch tygodni proces ropny wygasł całkowicie. Próby nad zwiększeniem dobowej ilości P.A.S.-u nie powiodły się z uwagi na nietolerancję organizmu, wobec czego dawkę dobową 10—12 g utrzymywałem w dalszym leczeniu.

Badania laboratoryjne wykazały, że ilość ta tworzy we krwi dostateczne stężenie, wystarczające do zahamowania przemiany materii prątków gruźliczych. Równoczesne podawanie P.A.S.-u ze streptomycyną zmniejsza możliwość pojawiania się prątków streptomycynoodpornych, oraz opóźnia ewentualne występowanie tego zjawiska. Biorąc pod uwagę dodatnie działanie P.A.S.-u przy gruźlicy narządu rodnegó uzasadnionym staje się rozszerzenie wskazań do jego stosowania.

### Penicylina

W 21 przypadkach podawałem penicylinę z uwagi na mieszaną infekcję. Doświadczenie uczy, że w gruźlicy narządu rodnegó często dołączają się inne bakterie, które nie są wrażliwe na działanie leków skutecznych w walce z prątkiem gruźliczym. Konieczne zatem jest podawanie środka leczniczego dla zwalczania infekcji towarzyszącej. Za podstawę rozpoznania mieszanej infekcji przyjmowałem znaczną leukocytozę, oraz bardziej burzliwy przebieg schorzenia.

W kilku przypadkach miałem możność stwierdzić słuszność swego postępowania. Chore z dużą leukocytozą i ciężkim stanem leczone były skojarzoną metodą przeciwgruźliczą. Proces chorobowy nie tylko nie cofał się, ale również objawy subiektywne i obiektywne nasilały się, leukocytoza wzrastała. Po podawaniu penicyliny w ciągu kilku



dni po 800.000 j. na dobę poprzednie leczenie przeciwgruźlicze stosowane dalej, dawało dobre rezultaty.

Jak wynika z powyższego, w pracach leczniczo-badawczych nie należy koncentrować uwagi na jednym tylko typie infekcji, gdyż bardzo często uboczny, towarzyszący proces bakteryjny, może mieć duży a nawet decydujący wpływ na przebieg leczenia, co mylnie wskazywałoby na niestusznosc powziętego postępowania leczniczego. Z chwilą zlikwidowania tego ubocznego procesu chorobowego, w naszych przypadkach przez zastosowanie penicyliny, dalsze leczenie dotychczas prowadzoną metodą dawało oczekiwane rezultaty.

### Brom

Radzieccy uczeni dowiedli w licznych pracach analitycznych z zakresu patologii i kliniki schorzeń wielkiego znaczenia systemu nerwowego w przebiegu gruźlicy. (M o g i l n i c k i, S p e r a Ń s k i, P o n o m a r o w, F i l a t o w, M i c h a j ł o w, W o z n i e s i e n s k i). Szczególnego znaczenia nabiera rola systemu nerwowego w okresie zaostrzenia się gruźlicy. Do licznych czynników mogących wpłynąć na zaostrzenie się procesu chorobowego należy patologiczna reaktywność organizmu, która wraz z czynnikiem wywołującym decyduje o losie infekcji. Przywrócenie fizjologicznej reaktywności organizmu i równowagi funkcji centralnego układu nerwowego osiągnąć można, stosując odpowiednie dawki bromu. P i e t r o w a dowiodła, że brom reguluje i normuje czynności układu nerwowego, nie tylko nie zmniejsza, lecz usprawnia jego napięcie. Zmniejszenie siły czynności układu nerwowego, a więc jego osłabienie ma wielkie znaczenie w rozwoju choroby (P a w ł o w). Szkoła P a w ł o w a ustaliła, że dla skutecznego działania bromu konieczne jest zróżnicowanie dawkowania, przy czym małe dawki dają lepsze rezultaty. Stosowanie bromu winno poprzedzać dokładne zorientowanie się w stanie chorej, stopniu osłabienia układu nerwowego. Stwierdzenie pewnych elementów psychicznych pozwala określić stan i typ jaki stanowi chora. Typ silny cechuje odporność w trudnych sytuacjach, pewność siebie, zdecydowanie i śmiałość, przedsiębiorczość i gotowość do wysiłków. Typ słaby: słaba wola, poczucie małowartościowości, uczucie lęku, oczekiwanie współczucia ze strony otoczenia, oraz zaburzenia snu.

Brom stosowałem w okresach nasilenia objawów gruźlicy, najczęściej w pierwszych tygodniach pobytu chorych na Klinice. Poda wałem go w iniekcjach lub doustnie, w cięższych przypadkach naprzemiennie w stężeniu 1—0,5% doustnie, a 5% dożylnie. Małe dawki 0,1 do 0,5 g otrzymywały chore o słabym typie psychicznym, silniejsze 0,5 do 1,0 g na dobę. Wskazana jest przy tym wnikliwa obserwacja chorych, pewne zbliżenie się do nich, pozwalające na racjonalne dawkowanie leku i aby móc przez wpływanie na ich psychikę przeprowadzić je poprzez trudny okres choroby. Im wyraźniejszy był udział systemu nerwowego w pogorszeniu choroby, tym szybszy był rezultat stosowania bromu z uwzględnieniem indywidualnego dawkowania. Często daje się zauważyć, że przy gruźlicy spokój wewnętrzny chorych jest poważnie zakłócony, tracą one nadzieję na przyszłość i chęć do życia. Leczenie bromem usuwa niepokój i doprowadza chorą do równowagi psychicznej. Nie należy sądzić, że brom wpływa na zmiany gruźlicze w organizmach schorzałych, działanie jego dotyczy zaburzeń funkcjonalnych, które przy zaostrzeniu się choroby pogłębiają zły stan chorej (Berlin). W zależności od charakteru i stopnia zaburzeń czynności układu nerwowego, brom działa odczułająco, w innych wzmacniająco, albo uspakajająco (Pietrowa). Leczenie bromem traktowałem jako dopełniające w ogólnym leczeniu skojarzonym.

### Leczenie zachowawcze promieniami Roentgena

Działanie promieni Roentgena na ogniska gruźlicze nie jest ostatecznie wyjaśnione. Stosowanie tej metody leczniczej w gruźlicy narządu rodnego ma swych zwolenników, lecz nie mało jest również wypowiedzi negatywnych na ten temat, z uwagi na brak widocznych efektów. Niektórzy zwolennicy rentgenoterapii nie widzą przeciwwskazań przy jej stosowaniu, inni natomiast wyłączają z tego leczenia przypadki ciężkie gruźlicy z wysoką ciepłotą.

Tylko dwie chore leczyłem promieniami Roentgena, nie stosując w większej liczbie tej metody, z uwagi na młody wiek chorych, poważny stan zdrowia i mieszaną infekcję. Pomyślnego rezultatu w wymienionych dwu przypadkach nie osiągnąłem. Podkreślić tu należy, że promienie Roentgena mają ujemny wpływ na hormonalną czynność jajnika, co nie jest obojętne dla chorej w młodym wieku. W piśmiennictwie nie wyrażono jednolitego poglądu co do tego, czy pomimo

ujemnego działania promieni Roentgena na jajnik, celowym byłoby chociażby czasowe wyłączenie czy osłabienie biologicznej czynności jajnika w gruźlicy narządu rodnej. Biorąc pod uwagę, że leczone chore obok pragnienia najszybszego powrotu do zdrowia, gorąco wyrażały chęć posiadania potomstwa, zrozumiała stała się powściągliwość w stosowaniu rentgenoterapii. Ciężkość przypadków chorobowych, młody wiek chorych, brak określonego dawkowania promieni X w leczeniu gruźlicy i techniki naświetlań, zredukowały moje doświadczenia do dwóch przypadków, które z braku efektu leczniczego poddane były dalszemu skojarzonemu leczeniu.

### Leczenie operacyjne

W leczeniu operacyjnym gruźlicy narządu rodnej rozróżnić należy dwa kierunki: zachowawczy i radykalny. Zachowawcze operowanie jest połączone z mniejszym ryzykiem, lecz pozostawia większe prawdopodobieństwo nawrotu choroby z uwagi na pozostawienie schorzałych tkanek. Radykalne postępowanie operacyjne, jego wynik, zależy będzie od rozległości zmian chorobowych i tym samym od rozległości zabiegu, doświadczenia i techniki operującego.

H e g a r zapoczątkował operacyjne leczenie gruźlicy narządu rodnej już w ubiegłym stuleciu. H e g a r i W i e d o w po raz pierwszy donieśli o trwałym wyleczeniu gruźlicy po usunięciu schorzałych części narządu rodnej. Jednocześnie przyjmowano już wtedy, że zły stan chorej, oraz daleko posunięty proces chorobowy są przeciwskazaniem do zabiegu operacyjnego. K r o e n i g uważa, że narządy zmienione procesem gruźliczym można usunąć. S t o e c k e l i inni uwzględniają pewne ograniczenia, wynikające z przeciwskazań. B o w i n nie radzi operować w początkowym okresie choroby, w wypadku zaś pogorszenia zaleca operację radykalną, a w gruźlicy śluzówki macicy uważa, że może wystarczyć samo wyłyżeczkowanie. S c h a u t a operuje w początkowym okresie choroby, gdyż wtedy łatwiej można usunąć w całości schorzałe tkanki, a w zaawansowanym stanie należy oczekiwać pogorszenia się procesu chorobowego. F r e u n d zaleca przed operacją leczenie zachowawcze, S c h i c-

kae ele radzi operować zachowawczo i usuwać jedynie to, co nie nastrocza większych trudności technicznych przy zabiegu. Meyer—Ruegg operuje, gdy to jest konieczne, Beckhart, gdy gruźlica narządu jest powikłana zajęciem otrzewnej. Olow zaleca usuwać nie tylko schorzone jajowody, lecz także jajniki zmienione chorobowo. Baisch, Cohn, Kromer, są za pozostawieniem jajników u kobiety poniżej 30 lat. Śmiertelność radykalnie operowanych przypadków nie dochodzi do 15% (Futh, Kroenig, Minner, Schickeli, Wagner), przy zachowawczym operowaniu 2% (Pestalozzi). Śmiertelność pooperacyjna wzrasta szczególnie przy zrostach guzów przydatków z jelitami, wtedy uszkodzenie jelit jest łatwe, a powikłania w postaci przetok i gruźliczego zapalenia otrzewnej dość częste. Radykalną operację wykonałem w jednym tylko przypadku, usuwając mięśniakowatą macicę wraz z przydatkami u chorej lat 46. Badanie histologiczne wykazało gruźlicę przydatków macicy. W kilkunastu przypadkach operowałem zachowawczo, usuwając jajnik lub jajowód.

Ograniczenie w postępowaniu operacyjnym radykalnym podyktowane było młodym wiekiem chorych, rozległymi zmianami chorobowymi, zajęciem otrzewnej przez proces chorobowy.

Poniżej podaję wskazania do leczenia operacyjnego:

1. włókniaki macicy . . . . . 1
2. jednostronne guzy przydatkowe . . . . . 5
3. klinicznie rozpoznawana gruźlica przydatków macicy 6
4. wskazania witalne . . . . . 1

Jedna chora zmarła po zabiegu operacyjnym zachowawczym, operowana ze względów życiowych. Usunięto jej jedynie ropę z kilkudzielnego ropnia jajnika, zrosłego z otoczeniem i kiszka stolcową. Chora zmarła na trzeci dzień po zabiegu z powodu *ileus paralyticus*. Wykaz dokonanych zabiegów operacyjnych:

1. *amputatio uteri cum adnexibus* . . . . . 1
2. *tubectomy* . . . . . 7
3. *ovariectomy* . . . . . 6

Za przeciwwskazane do zabiegu operacyjnego uważam rozległe zmiany chorobowe, powodujące zrosty jelitowe, początkowe okresy choroby z wysoką gorączką, jak również zaostrzenie się procesu chorobowego z wyjątkiem gwałtownego pogarszania się stanu chorej i konieczności operowania ze wskazań życiowych.

Mając obecnie do dyspozycji antybiotyki, konieczność szybkiej interwencji chirurgicznej w gruźlicy narządu rodneg zesła na dalszy plan, a tym samym wskazania uległy niejako ograniczeniu. Wszystkie zabiegi operacyjne wykonywałem pod osłoną antybiotyków, co zapobiegało skutecznie powikłaniom pooperacyjnym.

### Leczenie klimatyczne

Czynniki klimatycznego oddziaływania są liczne, wśród nich pierwsze miejsce zajmuje świeże powietrze i słońce. Promienie ciepłne powodują poprzez korę mózgu najsubtelniejsze procesy fizyko-chemiczne w tkankach (B y k o w, R e ż e n s k i). Kora wtedy nie tylko rejestruje, lecz naprawia, reguluje skórne recepcje (P s z o n i k). Dawniej sądzono, że stała średnia temperatura powietrza wpływa najbardziej leczniczo. Ostatnio I z b i r a ń s k i stwierdził, że szybko zmieniające się zadrażnienia, powstałe przy zmiennej ciepłocie powietrza, najlepiej trenują skórne wazomotory. Umiarkowany wiatr, zadrażniając skórne receptory wpływa tonizująco na system nerwowy, silny zaś, narusza normalną czynność centrów nerwowych.

Promienie słońca odżywiają, wzmacniają ustrój, powodując liczne zmiany ogólne. Pory roku mają duży wpływ na chorych gruźliczych. W zimowo-wiosennym okresie dochodzi często do zaostrzeń choroby i wtedy jest notowana największa śmiertelność wśród gruźlików, przy widocznej chwiejności układu wegetatywnego w tym okresie. Klimat morski wpływa dodatnio na stan ogólny, obniża ciśnienie krwi, zwalnia puls, powoduje wzrost ilości czerwonych ciałek krwi, normalizuje napięcie układu wegetatywnego. Klimat górski pobudza ustrój do wzmożonych przemian. Dowiedziono, że na psychikę chorego wywiera dodatni wpływ zmiana klimatu. Przedawkowanie czynników klimatycznych może prowadzić do pogorszenia się stanu chorej. Na leczeniu klimatycznym pozostawało 26 chorych w różnych miejscowociach podgórskich. Inne chore mieszkające na wsi korzystały z dobrodziejstw klimatu w miejscach zamieszkania. Ostatnia grupa chorych, uświadomiona co do sposobu postępowania w okresie rekonwalescencji, wracała również do zdrowia. W kontrolnych badaniach stwierdzało się duży przybytek na wadze, wzrost zdolności życiowej, powrót spokoju psychicznego. Niekiedy samo opuszczenie zakładu leczniczego po opanowaniu procesu chorobowego stawało się dodatnim czynnikiem

w dalszej rekonwalecencji. Leczenie klimatyczne traktowałem jako uzupełniające i niezbędne. Z obserwacji wynika, że w leczeniu klimatycznym nie tyle jest ważne miejsce pobytu, ile czas trwania kuracji, sposób jej przebiegu, a także sama zmiana miejsca w toku przeciągającego się leczenia.

### Odżywianie

Celem wzbogacenia sił obronnych ustroju w walce z gruźlicą konieczne jest doprowadzenie pełnowartościowego pożywienia, oblitującego w witaminy. W związku z tym nasuwa się pytanie, czy słuszne jest stosowanie diety, zalecanej przez niektórych autorów. Pojawiające się często zaburzenia przewodu pokarmowego, nakazują podawanie pożywienia w formie możliwie lekkostrawnej bez specjalnych ograniczeń co do składu. Przez zastosowanie diety, zdaniem Montmolla poddyktowanej złym stanem jelit, nie osiąga się likwidacji rozwolnienia, które utrzymuje się nadal, chora po kilku dniach zniechęca się do przyjmowania pokarmów, zaś ogólny wpływ przepisanej diety na stan organizmu jest ujemny. W leczeniu moich chorych nie stosowałem specjalnej diety. Pożywienie zawierało pełny skład tłuszczowy, białkowy i węglowodanowy, oraz było bogate w witaminy. Ograniczeniu ulegało jedynie podawanie przypraw korzennych, ale też nie całkowicie. Czasowo występujące zaburzenia jelitowe ustępowały bezpowrotnie w przebiegu leczenia.

### Praca chorych w okresie zdrowienia

Praca jest fizjologiczną i socjalną potrzebą człowieka. Po opanowaniu procesu chorobowego, kiedy chore nie muszą pozostawać w łóżku, celowym będzie dostarczenie im pracy, odpowiadającej ich siłom, już podczas pobytu w zakładzie leczniczym. Prace takie jak na przykład przygotowanie materiałów opatrunkowych, haftowanie, jak to ma miejsce w naszej Klinice, odbywać się mogą nawet na wolnej przestrzeni podczas leżakowania. Odwrócenie uwagi chorej od troski o swe zdrowie ma wielkie znaczenie w ogólnym postępowaniu leczniczym, wprawia ją w lepsze samopoczucie, budzi świadomość ponownej wartości w życiu, wzmacnia psychikę. Wielu autorów podkreśla duże

znaczenie stanu psychicznego w leczeniu gruźlicy (Janowska, Berlin).

Troska o udostępnienie racjonalnej pracy dla chorej winna sięgać poza zakład leczniczy. Zagadnieniem dużej wagi jest dostarczenie chorej kobiecie pracy, która nie wyczerpywałaby i tak już nadwątłych sił, a mimo wszystko stwarzała poczucie użyteczności na równi z kobietami zdrowymi. Zorganizowanie pracy dla kobiet w ramach kliniki winno się stać więc jednym z ważniejszych zadań w przeprowadzeniu leczenia gruźlicy narządu rodneg0 kobiety.

### Bizmut

W klinice gruźlicy wysuwają się na czoło dwa zasadnicze problemy: zachorowalność i zdrowienie chorych na gruźlicę. Mając na uwadze jedynie specyficzną odporność na gruźlicę, nie da się wytłumaczyć, dlaczego nie wszyscy zainfekowani osobnicy zapadają na gruźlicę; zagadką jest również to, dlaczego proces gruźliczy umiejscawia się wybiórczo w poszczególnych narządach. Trudno nam również jest wytłumaczyć i to, dlaczego u jednych osobników zarazek pozostaje przez dłuższy czas w uśpieniu, a u innych szerzy się gwałtownie w całym ustroju (Sperañski).

Badania Sperañskiego rzucają wiele światła na te niejasności i podkreślają wielką rolę niespecyficzej odporności ustroju na zarazek gruźliczy.

Z doświadczeń wielu autorów wynika, że zarazek gruźliczy rozpoczyna swe chorobotwórcze działanie w organizmie dopiero wtedy, gdy zetknie się z tkankami uprzednio biochemicznie zmienionymi. Czasowa chwiejność odpornościowa narządów jest momentem sprzyjającym zaatakowaniu ich przez zarazek. Rolę zasadniczą odgrywają zmiany zachodzące w czynności układu nerwowego (Ponomarew, Pigalewa, Epsztejn, Fedorowa, Popowa).

Wrażliwość tkanek na gruźlicę zmienia się w zależności od czasu i miejsca zadziałania czynnika drażniącego.

Sperañski wprowadził zwierzętom doświadczalnym zawieszinę bizmutu wraz z prątkami gruźlicy do małego krążenia. Proces gruźliczy nie rozwijał się u zwierząt doświadczalnych, natomiast zwierzęta kontrolne, które otrzymywały same zarazki gruźlicy do małego krążenia, ginęły na ogólną gruźlicę. Dalsze doświadczenia do-

wiodły, że stan taki powstawał jedynie wtedy, gdy czynnik drażniący—bismut — wprowadzany był do małego krążenia, gdzie usadawiał się we włóściczkach naczyńiowych płuc. Stwierdzono również, że prątek Kocha w obecności bizmutu nie traci swej jadowitości i zdolności życiowych, jest bowiem zdolny do wywoływania procesu gruźliczego u zwierzęcia, któremu nie dostarczono bizmutu do małego krążenia. Głównym czynnikiem podwyższenia niespecyficznego odporności na gruźlicę jak okazało się, jest zadrażnienie zakończeń nerwowych małego krążenia.

U zwierząt doświadczalnych nie stwierdzono procesu gruźliczego, zarówno w płucach, jak i w innych narządach. Świadczy to o wzmożonej niespecyficznego odporności w całym organizmie, co umożliwia samoobronę zaatakowanego ustroju, niezależnie od umiejscowienia się czynnika chorobowego. W dalszych badaniach stwierdzono, że zarazek gruźlicy może krążyć we krwi, nie wywołując ani miejscowego, ani ogólnego procesu chorobowego. Zjawisko to możemy nazwać symbiozą zarazka z ustrojem gospodarza, która trwa zwykle do momentu zaistnienia zmian w odporności jego tkanek, a ściślej mówiąc, reakcji systemu nerwowego tkanek. Wyzdrowienie chorego ustroju nie jest połączone ze śmiercią zarazka, który zachowując swoje właściwości chorobotwórcze, dzięki wzmożeniu się niespecyficznego odporności nie jest w stanie prowadzić swej niszczyielskiej działalności.

Być może, że niespecyficznego odporność przechodzi w specyficzną pod wpływem zadziałania antygenu. Nastąpić to może na drodze wpływu troficznego systemu nerwowego, w działaniu którego wiele ogniw nie jest dotychczas poznanych (S p e r a ũ s k i). W świetle badań inaczej będzie się przedstawiać sprawa reinfekcji. Z chwilą gdy siły obronne ustroju ulegną zachwianiu, może nastąpić reinfekcja ze strony dotąd unieczynnionego zarazka. Dzieje się to poprzez między-narządowe połączenie nerwowe i wyjaśnia nam patogenezę miejscowych, chorobowych porażen tkanek.

Uczeni radzieccy dowiedli, że zanim nastąpią ogniskowe zmiany gruźlicze, już uprzednio widoczne są zmiany chorobowe w obwodowym systemie nerwowym (M a n á s s e i m). Widzimy z tego, że system nerwowy odgrywa decydującą rolę w powstawaniu patologicznych procesów także w gruźlicy.



Wyniki doświadczeń S p e r a ń s k i e g o na zwierzętach zostały wykorzystane przez radzieckich klinicystów w walce z gruźlicą u ludzi.

Stosowanie bizmutu w leczeniu gruźlicy narządu rodno zapoczątkował A t a b i e k o w. Podając bizmut w roztworze 0,05% do małego krążenia w liczbie 10—15 iniekcji dożylnie na kúrację i wstrzykując co trzy dni, osiągał dobre rezultaty w leczeniu ciężkich przypadków gruźlicy narządu rodno i otrzewnej u kobiet. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że powyższa metoda lecznicza skutecznie oponowuje wysiękową postać gruźlicy.

W swojej pracy zastosowałem bizmut w pięciu przypadkach gruźlicy narządu rodno i otrzewnej przy współdziałaniu calciferolu i streptomycyny. Chore otrzymywały 30 tabletek witaminu D<sub>2</sub> 3 x dziennie po jednej, 10 g streptomycyny po 0,5 g na dobę, oraz 10—15 iniekcji zawiesiny bizmutu, 0,05 do 0,1%-ej do 10 ccm dożylnie, dwa razy w tygodniu. W dwóch przypadkach obserwowałem po wprowadzeniu dożylnym bizmutu pojawienie się uczucia gorąca na całym ciele, zawroty głowy i nudności oraz podniesienie ciepłoty ciała do 38°C, przez dwie doby, po czym objawy te ustąpiły. Badając dobową ilość wydzielanego moczu, już po kilku iniekcjach bizmutu zauważało się poprawę odnośnie stosunków pobranych płynów przez chorą do dobowej ilości moczu. W przeciągu dalszego leczenia proces ten wracał do fizjologicznego stanu. Należy przyjąć, że pod wpływem leczenia został zahamowany proces wysiękowy, związany z istotą schorzenia, wyzwolił się natomiast proces resorbcyjny, świadczący o zdrowieniu organizmu.

Badania ginekologiczne wykazały cofanie się zmian patologicznych w narządzie rodno, w związku z tym znikaly szybko dolegliwości, samopoczucie ulegało znacznej poprawie, chore przybierały na wadze. Po ukończeniu leczenia opuściły Klinikę, udając się na leczenie klimatyczne. Poniżej podaję krótkie streszczenie historii chorób przypadków leczonych tą metodą.

Chora K. H. Zamężna, lat 26, nr ks. gł. 7127. Przybyła na Klinikę 16.VIII.51 r., wypisana 27.IX.51 r. Zgłasza się z powodu bólów dołem brzucha, ogólnego osłabienia i dużego spadku na wadze.

Pierwsze miesięczne krwawienie w 14 roku życia, średnio obfite, trwające 4 dni, bolesne. Następne regularne, o podobnych cechach. Ostatnia miesiączka 28.VII.51 r. Dwa razy rodziła, dzieci żyją, przebieg pólógów bezgorączkowy. W 1949 r. przeszła zapalenie jajników, a w 1950 r. zapalenie oskrzeli.

Stan ogólny: w zakresie klatki piersiowej nie stwierdza się odchyień od normy. Jama brzuszna prawidłowo wysklepiona, nieznaczna bolesność uciskowa w okolicy przydatków prawych. Ciepłota ciała 37,5°C.

Badania ginekologiczne: narząd rodny zewnętrzny jak u wieloródki, macica o niewyraźnych zarysach, słabo ruchoma, w przydatkach guzowate zmiany, nieruchome, bolesne na ucisk.

Kontrola rentgenowska płuc: wygojony zespół pierwotny w płucu prawym.

Badania laboratoryjne: krew — O.B. 6/12, Hb. 80%, Er. 4.200.000, l. 6.400, pał. 3, limf. 30. Mocz bez zmian. Próba Friedmanna na królicy dodatnia. Pod osłoną antybiotyków wyłęczkowano śluzówkę macicy. Badanie histopatologiczne nie wykazało cech swoistych schorzenia. Następnie wykonano próbne otwarcie jamy brzusznej i pobrano wycinek z guzów przydatków. Jamę otrzewną naświetlono kwarcówką, podano 1 g streptomycyny do jej wnętrza, oraz powłoki zeszyto na głucho.

Badanie histopatologiczne wykazało gruźlicę jajowodów. •

Leczenie: calciferol, 10 g streptomycyny, oraz 15 iniekcji z azwiesiny bizmutu dożylnie co trzeci dzień, po 10 ccm 0,05—0,1% roztworu. Objawów ubocznego działania nie było. Okresowe badania ginekologiczne wskazywały na ciągłe cołanie się zmian w przydatkach. W okresie leczenia chora przybyła na wadze 6 kg. Dolegliwości ustąpiły. Ostatnie badanie kontrolne wykazywało nieznaczne zgrubienia przydatków prawych. Chora opuściła Klinikę jako zdrowa i udała się na miesięczne leczenie klimatyczne.

Chora A. F. Mężatka, lat 24, nr ks. gł. 2233. Przybyła 6.IX.51 r., wypisana 24.XI.1951 r. W dniu 15.VIII.1951 r. dostała krwawienia, które trwało dwa tygodnie. Równocześnie wystąpiły bóle w okolicy prawego boku biodrowego oraz ciepłota ciała wyżej 39°C, wskutek czego zgłosiła na Klinikę.

Wywiady: pierwsza miesiączka w 14 roku życia. Następne co 24 dni, trwające trzy, cztery dni, średnio obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka 22.VII.51 r. W dzieciństwie nie chorowała. W późniejszym wieku przeszła wysiękowe zapalenie opłucnej. W ciążę nie zachodziła.

Stan ogólny: odżywienie mierne, widoczne śluzówki białe, płuca i serce bez stwierdzalnych zmian patologicznych. Jama brzuszna nadmiernie wysklepiona, stwierdza się wolny płyn.

Badanie ginekologiczne: narząd rodny zewnętrzny jak u nierodzącej. Macica słabo badalna, nieruchoma, pozostająca z guzami przydatkowymi w ścisłej łączności, zrosłymi z otoczeniem, bolesnymi na ucisk.

Prześwietlenie klatki piersiowej: zrosty opłucnowe w prawym kącie żebroprzeponowym, serce bez zmian. Ciepłota ciała 38,2°C.

Badania laboartoryjne: krew — O. B. 90/112, Hb. 74%, Er. 3.800.000, leuk. 12.000, pał. 6, limf. 18. Mocz — w osadzie: leuk. 6—12 w p. w. nieliczne moczany bezpostaciowe, pojedyncze nabłonki płaskie.

Rozpoznanie kliniczne: gruźlicze zapalenie przydatków macicy i otrzewnej.

Leczenie: podano penicylinę, streptomycynę, w dniu 17.IX.51 r. otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono wysiew gruzelkowy gruźlicy na otrzewnej ściennej i trzewnej, znaczną ilość wysiękowego płynu w jamie otrzewnej, guzowato zmienione przydatki dwustronnie zrosłe z otoczeniem i jelitami. Pobrano wycinek z otrzewnej i jajowodu. Jamę otrzewnej naświetlono kwarcówką, podano 1 g streptomycyny i 100.000 j. penicyliny do jamy otrzewnej i powłoki zeszyto na głucho.

Rozpoznanie histopatologiczne: gruźlica jajowodu i otrzewnej.

Dalsze leczenie: calciferol, streptomycyna do ogólnej ilości 10 g, 15 iniekcji zawiesiny bizmutu dożylnie co trzeci dzień. Badanie rozmazu wydzieliny pochwowej metodą Papanicolaou wykazały nadczynność jajników.

Wydzielanie dobowe moczu w przebiegu leczenia wróciło do normy. Zmiany chorobowe w narządzie rodnym ustąpiły całkowicie. Chora przybyła na wadze 11 kg. Badanie krwi: O. B. 7/8, Hb. 80%, Er. 4.100.000, leuk. 8.400, pał. 3, limf. 24, chora została skierowana na leczenie klimatyczne do Iwonicza.

Chora S. Z. Mężatka, lat 26, nr ks. gł. 942, przybyła na klinikę 24.IV.51, wypisana 24.VI.51. Do Kliniki sprowadziły ją uporczywe bóle w podbrzuszu, złe samopoczucie oraz stany podgorączkowe, trwające od dłuższego czasu. Pierwsze miesięczne krwawienie w 14 roku życia, następne regularne, trwające trzy — cztery dni, nieobfite, niebolesne, ostatnia miesiączka 6.IV.51 r. W ciążę nie zachodziła, będąc mężatką od czterech lat. W 16 roku życia przeszła wysiękowe zapalenie otrzewnej.

Stan ogólny: budowa wątła, odżywienie złe, śluzówki widocznie białe. W płucach i sercu nie stwierdza się zmian patologicznych. Brzuch nadmiernie wysklepiony, wolny płyn w jamie brzusznej.

Badanie ginekologiczne: narząd rodny zewnętrzny normalny, macica tkwi w konglomeracie guzów przydatkowych, sięgających prawie do pępka. Ciepłota ciała 38,6°C.

Skopia klatki piersiowej: w płucu lewym na wysokości drugiego żebra nieduże ognisko indurowane, wielkości ziarna grochu. Induracje gruczołowe w obu wnękach. Przepona ustawiona obustronnie wyżej, ruchy oddechowe nieco ograniczone, serce w normie.

Badania laboratoryjne: krew — O. B. 20/80, Hb. 70%, Er. 3.600.000, leuk. 5.800, pał. 3, limf. 23, ind. 0,98. Mocz: ślad białka w osadzie, leuk. 5—18, erytr. 2—7 w p. w.

Pod osłoną antybiotyków wykonano próbne otwarcie jamy brzusznej. Z jamy otrzewnej usunięto dużą ilość płynu surowiczego. Otrzewna cała usiana gruzelkami gruźliczymi. Miednica mała wypełniona guzami wychodzącymi z narządu rodnego, zrosłymi z jelitami. Pobrano wycinek z otrzewnej i guza przydatków, naświetlono kwarcówką, podano 1 g streptomycyny do jamy otrzewnej oraz powłoki zeszyto na głucho.

Badanie histopatologiczne wykazało gruźlicę jajowodu i otrzewnej.

Leczenie: calciferol, penicylina, streptomycyna, bizmut. Kontrola wydzielanego moczu na dobę wykazuje stały wzrost i wreszcie powrót do normy. Chora znosiła bizmut dobrze. Na wadze przybyła 4 kg. Dolegliwości ustąpiły, a guzy przydatkowe zmalały do połowy.

Badanie krwi: O.B. 10/25, Hb. 78%, Er. 4.100.000, pał. 4, limf. 25, leuk. 6.200. Chora przebywa na wsi i zgłasza się do kontroli co miesiąc. Ostatnie badanie wykazało dalszą poprawę w jej stanie zdrowia i cofanie się zmian chorobowych w przydatkach.

Chora S. H. Mężatka, lat 19, nr ks. gł. 833, przybyła na Klinikę 10.V.51 r., wypisana 12.VII.51 r.

Wywiady: od stycznia 1951 r. zauważyła powiększenie się brzucha i nasilające się bóle w podbrzuszu. Miesięczne krwawienia stały się bolesne. Pierwsze miesięczne krwawienie w 17 roku życia, następne regularne, średnio obfite, trwające trzy — cztery dni, niebolesne. Ostatnia miesiączka 28.IV.1951 r. W dzieciństwie nie chorowała. Zabiegów operacyjnych nie przechodziła.

Stan ogólny: budowa prawidłowa, odżywienie mierne, śluzówki blade. Płuca i serce bez uchwytnych zmian przy badaniu fizykalnym. Jama brzuszna nadmiernie wysklepiona, powłoki brzuszne napięte, stwierdza się chełbotanie wolnego płynu. Ciepłota ciała 37,6°C.

Badanie ginekologiczne: narząd zewnętrzny w normie, macica wielkości prawidłowej, w przodopochyleniu, wolna. Przydatki guzowato zmienione dwustronnie, trudno badalne, bolesne.

Badania laboratoryjne: krew: O.B. 65/101, Hb. 75%, Er. 3.720.000, pał. 5, limf. 32, leuk. 8900.

W dniu 16.V.51 r. w znieczuleniu miejscowym wykonano próbnę otwarcie jamy brzusznej. Otrzewna ścienna zgrubiała do dwóch cm. Usunięto płyn z jamy otrzewnej w ilości 7,5 litra. Na otrzewnej wysiew gruzelkowy, przydatki guzowato zmienione, pokryte błonami włóknika. Pobrano wycinek z lewego guza przydatkowego i otrzewnej, po naswietleniu kwarcówką i podaniu 1 g streptomycyny i 100.000 j. penicyliny, brzuch zamknięto na głucho.

Badanie histopatologiczne wykazało proces gruźliczy otrzewnej i przydatków.

Leczenie: calciferol, streptomycyna, bizmut, po dziesiątym wstrzyknięciu bizmutu dobową ilość moczu pozostała w granicach fizjologicznych.

W czasie leczenia zmiany w przydatkach cofnęły się. Płyn wysiękowy w jamie otrzewnej nie pojawił się więcej. Wrócił apetyt, chora przybyła na wadze 3,5 kg. Ostatnie badanie krwi: O.B. 16/38, Hb. 80%, erytr. 4.200.000, pał. 4, limf. 31, leuk. 7.000. Wróciła na wieś jako zdrowa.

Chora L. W. Mężatka, lat 23, nr ks. gł. 885, przybyła na Klinikę 16.IV.51, wypisana 14.VI.51 r. Przy końcu grudnia 1950 r. zaczęła odczuwać gwałtowne bóle po stosunkach, traciła na wadze, a złe samopoczucie nasilało się.

Pierwsza miesiączka w 16 roku życia, następne regularne, trwające trzy dni, niebolesne, ostatnia miesiączka w grudniu 1950 r.

W dzieciństwie nie chorowała, także w późniejszym okresie. W ciążę nie zachodziła.

Stan ogólny: budowa prawidłowa, odżywienie słabe, błada. Płuca i serce bez uchwytnych zmian patologicznych. Jama brzuszna nadmiernie wysklepiona, powłoki napięte. Układ kostno-stawowy bez zmian.

Badanie ginekologiczne: narząd rodny zewnętrzny bez zmian, macica trudno badalna, nieruchoma. W prawych przydatkach guz wielkości pięści, twardy, słabo ruchomy, zrosły z otoczeniem. Lewy przydatki wolne. Ciepłota ciała 37,4°C.

Prześwietlenie klatki piersiowej: wygojony zespół pierwotny w płucu lewym, przepona ustawiona wyżej, słabiej ruchoma.

Badania dodatkowe: krew — O. B. 11/30, Hb. 50%, Er. 2.920.000, leuk. 13.100, pał. 15, limf. 28, ind. 0,86, moczu — liczna flora bakteryjna.

Wykonano przetaczanie krwi dwukrotnie po 300 cm. Pod osłoną antybiotyków otwarto jamę brzuszną, przy czym stwierdzono guz prawych przydatków, nieruchomy wielkości pięści, konsystencji elastycznej, zrosły z otoczeniem i jelitami. Spunklowano guz i wydobyto około 50 cm zielonkawej ropy, niecuchnącej. Do wnętrza podano 1 g streptomycyny, 100.000 j. penicyliny, z guza pobrano wycinek. Jamę otrzewną naświetlano kwarcówką, brzuch zeszyto na głucho.

Badanie histopatologiczne wykazało gruźlicę jajowodu.

Leczenie: calciferol, streptomycyna, penicylina, bizmut.

Pod koniec leczenia wyczuwa się zgrubienia w przydatkach prawych, niebolesne na ucisk. Chora skarg nie podaje. Przybyła na wadze 4,5 kg. Badanie ostatnie krwi: O. B. 30/50, Hb. 70%, Er. 3.600.000, leuk. 8.000, pał. 6, limf. 28. Do dalszej kontroli nie zgosiła się.

Obecnie podaję wyniki lecznicze:

1. Leczenie zachowawcze:

Wyleczenie	Poprawa	Brak rezultatu	Śmierć
51	7	—	—

2. Leczenie operacyjne zachowawcze:

Wyleczenie	Poprawa	Brak rezultatu	Śmierć
11	1	—	1

3. Leczenie operacyjne radykalne:

Wyleczenie	Poprawa	Brak rezultatu	Śmierć
1	—	—	—

Wyniki powyższe uzyskałem przy jednoczesnym zastosowaniu wybiórczego, skojarzonego leczenia w oparciu o antybiotyki.

### Ogólny przegląd pracy

Gruźlica jako schorzenie społeczne staje się tematem rozważań coraz szerszego aktywu pracowników naukowych. Wysiętek idzie w kierunku upowszechnienia zasad profilaktyki oraz skutecznego zwalczania rozwijającego się procesu chorobowego. Rezultaty tej walki uzależnione są w dużym stopniu od warunków bytowania człowieka, bowiem te ostatnie odgrywają dużą rolę w zachorowalności na gruźlicę. Siły obronne ustroju są naturalną barierą dla zarazka chorobowego. Wszystko, co osłabia ustrój, sprzyja i stwarza pomysłne

warunki dla szerzenia się gruźlicy. Zagadnienie zatem walki z gruźlicą jest złożone i niełatwe. Naczelna zasada, że lepiej jest zapobiegać, aniżeli leczyć, odnosi się szczególnie do gruźlicy. Ochrona przed zakażeniem i utrzymanie ustroju w pełni sił i zdrowia jest pierwszym, często niedocenianym etapem walki z gruźlicą. Drugi etap, to zwalczanie czynnika chorobowego, który wykorzystał czasową niewydolność ustroju i rozpoczął swoje szkodliwe działanie.

Aby móc zwalczać skutecznie chorobę, należy ją możliwie rozpoznawać tak często, jak często ona występuje. W tym celu należy wykorzystać wszelkie metody badawcze pozwalające rozpoznać chorobę, nie można bowiem leczyć gruźlicy bez jej pewnego stwierdzenia, a to osiągamy przy pomocy badań bakteriologicznych, histopatologicznych i biologicznych. Rozpoznanie gruźlicy narządu rodneg nasuwa wiele trudności, jednakowoż winny one być pokonywane z tym większym uporem. W leczeniu gruźlicy narządu rodneg trudno przyjąć z góry jakiś ustalony schemat, słuszne będzie raczej wybiórcze traktowanie każdego poszczególnego przypadku chorobowego. Dokładna analiza kliniczna w oparciu o badania dodatkowe daje podstawę do wyboru odpowiedniej metody leczniczej. Właściwą linią postępowania będzie uprzednie wykorzystanie wszystkich środków leczenia zachowawczego celem opanowania szerzącego się zakażenia i podniesienia sił obronnych ustroju, zanim zdecydujemy się na zabieg operacyjny. Zastosowanie antybiotyków w leczeniu usuwa konieczność szybkiej interwencji chirurgicznej i zmniejsza ryzyko, nawet gdy zaistnieje konieczność poddania chorej zabiegowi operacyjnemu ze wskazań życiowych. Leczenie zachowawcze przeprowadzałem w oparciu o antybiotyki, które działają na sam czynnik etiologiczny — prątek Kocha. Dawkę dobową streptomycyny 0,5 g przyjąłem jako optymalną i wystarczającą do osiągnięcia dodatniego rezultatu w skojarzonym leczeniu. Ilość ta jest obecnie powszechnie stosowana w leczeniu gruźlicy.

Autorzy amerykańscy utrzymują, że streptomycyna działa bakteriohójczo na prątek Kocha, jednakowoż toksyczność streptomycyny rośnie w miarę zwiększania dawki, należy przeto zachować ostrożność w tym względzie. W dzisiejszym stanie wiedzy, małe dawki streptomycyny w leczeniu gruźlicy z równoczesnym podawaniem P.A.S.-u w ilości 10 g na dobę wydają się najbardziej uzasadnione.

Ujemne oddziaływanie antybiotyków na ustrój w dużych dawkach skłania do wysiłków w kierunku poszukiwania środków, któreby prze-

dłużały zatrzymanie się ich w ustroju, utrzymując odpowiedni poziom stężenia przy mniejszych dawkach, bez zmniejszenia skuteczności działania. Kliniczne doświadczenie wykazuje, że streptomycyna w połączeniu z P.A.S.-em pozwala rozszerzyć granice zachowawcze leczenia gruźlicy narządu rodnego, stosowana zaś przygotowawczo w ciągu kilku lub kilkunastu dni stanowi osłonę dla ustroju w czasie zabiegu operacyjnego i zapobiega powikłaniom pooperacyjnym.

Obserwacja chorych na gruźlicę narządu rodnego pozwala spostrzegać okresy jej zaostrzenia się. Analiza przyczyn tego okresu choroby prowadzi do stwierdzenia udziału stanu psychicznego chorej w zaostrzeniu się objawów trwającej infekcji. Uczeni radzieccy udowodnili jedność procesów psychofizycznych w ustroju. Układ centralny nerwowy dominuje nad wszystkimi czynnościami, nie wyłączając i patologicznych. Szkoła P a w ł o w a daje nam możliwość niesienia skutecznej pomocy w krytycznym zaostrzeniu się choroby. Brom okazał się środkiem tonizującym i normującym działanie centralnego systemu nerwowego przy właściwym jego dawkowaniu. Korzystne jest zatem stosowanie bromu w zwalczaniu zaostrzeń także w wypadku gruźlicy narządu rodnego kobiety.

W świetle badań S p e r a ń s k i e g o niespecyficzna odporność ustroju odgrywa dużą rolę w pokonywaniu gruźliczej infekcji. Wprowadzenie czynnika drażniącego — bizmutu do małego układu krążenia i zadrażnienia zakończeń nerwowych układu parasympatycznego w naczyniach krwionośnych płuc, prowadzi do wzrostu sił obronnych w całym ustroju natury niespecyficznej. Metodę tę połączyłem ze skojarzonym leczeniem farmakologicznym. Chore otrzymywały najpierw calciferol, 10,0 g streptomycyny, po czym przechodziłem na podawanie bizmutu. Uprzednie zadziałanie streptomycyną na prątek gruźliczy stwarzało pomyślne warunki dla organizmu w walce z chorobą. Następnie podanie bizmutu, podnosząc siły obronne ustroju opanowało całkowicie proces chorobowy. Podobnie jak równoczesne podanie P.A.S.-u ze streptomycyną umożliwiało zmniejszenie jej ilości do 25—40 g na leczenie, również i zastosowanie bizmutu pozwoliło na dalsze zredukowanie ilości antybiotyku bez osłabienia efektu leczniczego. Dotychczas rozporządzam zbyt szczupłym materiałem odnośnie stosowania tej metody, abym mógł wyprowadzić ostateczne wnioski, jednak osiągnięte wyniki zachęcają do dalszych prób.



Zwrócenie uwagi na czynność biologiczną jajnika w gruźlicy narządu rodnegó, okazało się słuszné z dwóch względów. Pozwala ono zorientować się w stanie chorej i postępkach leczenia, zwłaszcza, gdy mamy do czynienia z brakiem miesiączki oraz zauważyć pewną nadczynność jajnika u chorych miesiączkujących. Brak miesiączki obserwowałem u chorych z gruźlicą śluzówki macicy bez zmian w przydatkach. Zjawisko to należy tłumaczyć ścisłą korelacją funkcji jajnika i śluzówki macicy, nie zapominając o ważnej roli układu nerwowego. Wskutek rozwinięcia się procesu chorobowego w śluzówce macicy została zachwiana równowaga hormonalna, warunkująca normalne funkcjonowanie jajnika. Zlikwidowanie zmian chorobowych w śluzówce macicy przywracało normalne miesięczne krwawienie. Badanie rozmazu wydzieliny pochwowej metodą Papanicolauo wykazywało stopniowy wzrost czynności jajnika podczas leczenia. Te same badania u chorych miesiączkujących mówiły o wzmożonym wydzielaniu folikuliny. Na podstawie wywiadów stwierdziłem, że większość przypadków zaburzeń u miesiączkujących była typu *polyhypermenorrhoe*, nawet rozległe zmiany chorobowe w przydatkach rzadko prowadziły do menopauzy. Świadczy to o dużej żywotności tkanki jajnika. Nie należy jednak pomijać znaczenia układu parasympatycznego w przebiegu procesu gruźliczego (M a n a s s e i m). Gdy zmiany w układzie parasympatycznym są duże i nieodwracalne, chora ginie na gruźlicę. W okresie skutecznej walki ustroju z zakażeniem gruźliczym napięcie układu parasympatycznego jest wzmożone, co może wpłynąć na zwiększenie czynności hormonalnej jajnika, będącego pod wpływem tegoż układu. Prowadzone obecnie badania nad poziomem acetylocholíny we krwi chorych na gruźlicę narządu rodnegó, będą niewątpliwie sprawdzianem powyższych teoretycznych rozważań.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń w zakresie rozpoznawania i leczenia gruźlicy narządu rodnegó kobiety stwierdzam, że zagadnienie to zasługuje na specjalną uwagę i aby stworzyć właściwe warunki leczniczo-badawcze, należało by utworzyć przy każdej klinice chorób kobiecych oddział gruźliczy. W naszej Klinice oddział taki istnieje od 2 lat.

#### Rokowanie

Stosunkowo krótki czas upłynął od chwili, gdy większość leczonych chorych opuściła Klinikę. Dotychczasowe wyniki lecznicze i ba-

dania kontrolne pozwalają przyjąć, że zastosowane wybiórcze skojarzone leczenie daje pomyślne rezultaty, a trwałość ich okaże dalsza obserwacja.

### W n i o s k i

1. Gruźlica narządu rodnegu kobiety jest schorzeniem dość częstym, pojawiającym się w większości przypadków w wieku 20—30 lat.
2. W rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy narządu rodnegu posiada duże znaczenie otwarcie jamy brzusznej.
3. Leczenie gruźlicy narządu rodnegu metodą wybiórczą, skojarzoną w oparciu o antybiotyki z uwzględnieniem podniesienia ogólnych sił obronnych ustroju daje pomyślne wyniki.
4. Leczenie klimatyczne chorych na gruźlicę narządu rodnegu jako dopełniające jest konieczne.
5. Celem usprawnienia prac leczniczo-badawczych nad tym poważnym schorzeniem, wskazane jest utworzenie oddziału gruźliczego w każdej klinice chorób kobiecych.

---

### P I S M I E N N I C T W O

1. Ameline A. — Gynaec. et Obst. z. 2/4, str. 413, 1950.
2. Atabiekow D. N. — Tierapia gienitalnego tuberkuloza wnutriwiennymi iniekcjami wismuta. Medgiz, 1946.
3. Bajandurow B. J. — Troficzeskaja funkcja golownogo mozga. Medgiz. Moskwa, 1949.
4. Beck, Bulski, Gromadzki, Roszkowski — Położnictwo i Ginekologia. Warszawa, 1951.
5. Ber A. — Endokrynologia, 1947.
6. Berlin A. I. — Problemy tuberkuloza, z. 5, str. 15, 1950.
7. Bierljand A. C. — Problemy tuberkuloza, z. 3, str. 38, 1951.
8. Bykow K. M. — Materiały sesji pośw. nauce Pawłowa, str. 21. Warszawa, 1952.
9. Caffier P. — Zbl. f. Gynäk. t. 7, str. 2018, 1931.
10. Charpy J. — Artzl. Monatshefte, str. 579, 1946.
11. Drabkina W. — Alergia pri tuberkulozie. Medgiz, 1940.
12. Ermina M. C. — Akuszerstwo i ginekologia, z. 6, str. 51, 1951.
13. Everet B., Baker B. — Endocrinology, t. 37, str. 81—88, 1948.
14. Finke L. — Zbl. f. Gynäk. str. h. 17, str. 1423, 1951.
15. Freede — Zbl. f. Gynäk. str. 968, 1948.
16. Fruhhinsholz A., Feullade P. — Gynac. et. Obst. t. 10, str. 305, 1924.

17. Furuhashi S. — Journ. Exp. Med. Vol. 52, cz. 1/2, str. 157—164, 1950.
18. Glatthaar E. — Gynaecologia. Vol. 124. str. 321, 1947.
19. Graefenberg E. — Verh. Dtsch. Ges. Gynaek. z. 14, str. 428, 1911.
20. Greeberg J. P. — Ref. Ges. Gynäk. z. 35, str. 223, 1923.
21. Halban J., Seitz L. — Biolog. u. Patholog. d. Weibes. t. 5, cz. I, str. 325, 1926.
22. Held E. — Schweiz. Med. Wschr. z. 11, str. 1139. 1938.
23. Held E. — Gynaecologia. t. 121, str. 265, 1947.
24. Hellmuth K. — Fegerl. Zbl. Gynäk. t. 18, str. 1435. 1951.
25. Heynemann Th. — Geburts. u. Frauenk. z. 7, 1940.
26. Hess W. R. — Die funktionelle Organisation vegetativen Nervensyst. Basel. 1948.
27. Hołobut W. — Wiad. Lek. z. 1, str. 7—14, 1949.
28. Janowska L. M., Althausen B. L. — Problemy tuberkuloza, z. 4. str. 59, 1950.
29. Keller F. — Zbl. f. Gynäk. t. 9, 1940.
30. Kroenig B. — Zbl. f. Gynäk. t. 1, 1911.
31. Krömer P. — Zbl. f. Gynäk. t. 1, 1913.
32. Krzysztoporski S. — Wiad. Lek. z. 1, str. 86, 1949.
33. Kwapiński J. — Gruźlica, z. 2, str. 285, 1950.
34. Kurashima S. — Ref. Ber. Gynäk. t. 11, str. 130, 1923.
35. Latzka A. — Zbl. f. Gynäk. str. 277, 1937.
36. Liebhart S. — Rola witaminów w organizmie kobiety. Lublin, 1949.
37. Menkin V. — Dinamika Wospalenija. Medgiz. Moskwa, 1948.
38. Modeł L. M. — Problemy tuberkuloza, z. 3, str. 16, 1951.
39. Naegeli T. — Dtsch. Med. Wschr. str. 337, 1947.
40. Rochat R. L. — Gynaec. et Obst. t. 28, str. 220, 1933.
41. Rollier A. — Le traitement helioclimatique delatitude de la tuberculose extrapulmonaire. Int. Kongr. de Therapi. Union in Bern. 1937.
42. Siegert F. — Zbl. f. Gynäk. z. 9, str. 365, 1209, 1940.
43. Sorkin I. E. — Problemy tuberkuloza, z. 5, str. 66, 1951.
44. Sperański A. D. — Nierwnaja systema a patogenezie tuberkuloza. Medgiz, 1946.
45. Spopczyk J. — Gruźlica, z. 2. str. 299, 1950.
46. Stephan — Zbl. f. Gynäk. z. 1, str. 104, 1948.
47. Stoeckel W. — Zbl. f. Gynäk. z. 24, str. 1650, 1950.
48. Stoeckel W. — Lehrbuch der Gynäkologie, 1947.
49. Stukało I. T. — Problemy tuberkuloza, z. 2. str. 3, 1951.
50. Szendi B. — Zbl. f. Gynäk. z. 3. str. 138, 1951.
51. Telatycki M. — Pol. Tyg. Lek. z. 23, str. 889, 1950.
52. Telatycki M. — Gruźlica, z. 2, str. 314, 1950.
53. Trius N. — Problemy tuberkuloza, z. 3, str. 31, 1938.
54. Tscherne E. — Sexual-Hormonotherapie. Wien, 1950.
55. Wintz H. — Strahlentherapie, t. 6, str. 68, 1940.
56. Worobiew S. I. — Problemy tuberkuloza, z. 5, str. 53, 1950.
57. Wyropajew S. — Znaczenije nierw. sist. w tk. alerg. reak. 1940.

## РЕЗЮМЕ

Автор описывает 72 случая туберкулеза родильных органов и брюшины и их селективное коррелятивное лечение при помощи антибиотиков. Наблюдаемые расстройства менструации в большинстве леченных случаев были типа *polyhypermenorrhoe*. Исследования влагалищных мазков по методу Папаниколау показали в этих случаях повышенную гормональную активность яичников. Это явление автор объясняет участием парасимпатической системы в туберкулезном процессе и влиянием этой системы на секреторную деятельность яичника.

Было сделано 59 пробных лапаротомий с диагностическо-лечебной целью. Автор оперировал в 13 случаях консервативно, один раз радикально. В лечении коррелятивном, также в оперированных случаях, применял кальциферол, стрептомицин и пас.

В пяти случаях *Tbc. endometrii* подавал стрептомицин внутри-мышечно и одновременно в мякоть шейки матки.

В пяти других случаях туберкулеза родильного органа и брюшины применил коррелятивное лечение бисмутом, подавая предварительно кальциферол и стрептомицин.

Результаты лечения были успешны.

Климатическое лечение выше упомянутых больных применялось как дополнительное и необходимое.

Для поднятия эффективности научно-исследовательских работ относительно туберкулеза родильного органа, как заболевания социального, следует образовать туберкулезные отделы в каждой клинике женских болезней.

---

## S U M M A R Y

The author describes 72 cases of the tuberculosis of the generative organ and peritoneum, and their selective conjoint treatment based on antibiotics. Menstrual disturbances observed in the majority of patients were of the *polyhypermenorrhoe* type. Examination of the vaginal smear according to Papanicolaou in those cases showed an increased hormonal activity of the ovary. The author explains this phenomenon by the participation of the parasympathetic system in the tuberculous process and by the influence of this system on the secretory activity of the ovary.

The author performed 59 laparotomic operations for diagnostic and therapeutic reasons. 15 cases were operated on conservatively, one case — radically. In the conjoint treatment, which included also the cases of surgical intervention, calcipherol, streptomycin, and pas were used.

In 5 cases of *tuberculosis endometrii* streptomycin was given intramuscularly, and in the same time it was injected into the stroma of the cervix of the uterus.

In other 5 cases of the tuberculosis of the generative organ and peritoneum, the author applied the conjoint treatment with bismuth, with previous administration of calcipherol and streptomycin.

The results of the treatment were positive.

The climatic treatment was recommended as an indispensable adjuvant factor.

The author advocates the formation of a special tb. section in every hospital for diseases of women, with the purpose to render more efficient the treatment and the research on the tuberculosis of the generative organ, which is a disease of social importance.

