





**PAMIĘTNIK
VIII KURSU WAKACYJNEGO**

1877

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

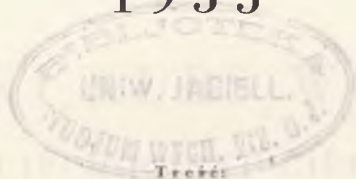


839

UNIVERSITY OF CHICAGO

CIECHOCINEK — CIEPLICA

PAMIĘTNIK
VIII LEKARSKIEGO KURSU
WAKACYJNEGO
1935



Mazurkiewicz J.: Zaburzenia nerwowe i psychiczne w okresie przekwitania. — *Felczor K.*: Gościec u dorosłych w świetle najnowszych poglądów z uwzględnieniem lecznictwa zdrojowiskowego. — *Wojciechowski A.*: Leczenie zdrojowiskowe w chirurgji. — *Kowalski B.*: Leczenie spraw zapalnych macicy i jej przydatków. — *Sabatowski A.*: Balneoterapia w praktyce codziennej. — *Brokman H.*: Gościec w wieku dziecięcym i jego leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego. — *Schilling-Siengalewicz S.*: Znaczenie badania podstawowej przemiany materji w czasie stosowania niektórych zabiegów leczniczych w zdrojowisku. — *Latkowski J.*: Nerwice serca. — *Szulc G.*: Metabolizm wzrostu i starzenia. — *Węgiertko J.*: Znaczenie racjonalnej dietyki w chorobach przemiany materji.

NAKŁADEM KOMITETU ORGANIZACYJNEGO
LEKARSKICH KURSÓW WAKACYJNYCH W CIECHOCINKU.

WYDZIAŁ HISTORII I GEOGRAFII

PAMIĘTNIK
IM LEONARDA KURSA
W KATYŃACH
1943

Wydawnictwo Państwowe
Książki i Prasa
Warszawa

Pod protektoratem
J. Wielmożnego Pana V. Ministra Opieki Społecznej
Dr. med. EUGENJUSZA PIESTRZYŃSKIEGO.

VIII

LEKARSKI KURS WAKACYJNY

W CIECHOCINKU-CIEPLICY

29 sierpnia — września 1935 r.



PROGRAM VIII LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
w dn. 29.VIII — 1.IX.1935 r.

Czwartek, dn. 29.VIII.

Godz. 21.30. Zebranie Towarzystwa zapoznawcze w salonach Zdrojowskiego Klubu Towarzystwego w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią restauracją „Europa“).

Piątek, dn. 30.VIII.

Godz. 9.15. Otwarcie Kursu i przemówienia.

Godz. 9.45 — 12.30. Wykłady:

Godz. 9.45 — 10.30.

Profesor Dr. med. Mazurkiewicz Jan (Warszawa). „Zaburzenia nerwowe i psychiczne w okresie przekwitania“.
[Les troubles nerveux et psychiques de la ménopause].

Godz. 10.45 — 11.30.

Profesor Dr. med. Pelczar Kazimierz (Wilno). „Gościec u dorosłych w świetle nowych badań z uwzględnieniem leczenia wogóle i zdrojowskiego w szczególności“.
[Le problème du rhumatisme chez les adultes au point de vue des opinions nouvelles en tenant compte de la cure dans les stations balnéaires].

Godz. 11.45 — 12.30.

Docent Dr. med. Wojciechowski Adolf (Warszawa). „Leczenie zdrojowskie w chirurgii“.
[Traitement dans les stations balnéaires des affections chirurgicales].

Godz. 12.30 — 13.00. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego firmy „T-wo Przem. Chem. Farm. d. Magister Klawe S. A. Warszawa“.

Godz. 15.00 — 16.00. Zwiedzanie urządzeń Zdrojowiska (źródła, łaźienki borowinowe, solankowe, cieplica i t. d.), poprzedzone wykładem orientacyjnym Lekarza Zakładowego D-ra med. W. Iwa-

nowskiego. Objasnień na miejscu udzielać będą również i Kierownicy Oddziałów: elektrolecniczego Dr. med. A. Moszyński, woleczniczego Dr. med. P. Rudzki i wziewalnianego Profesor Dr. med. J. Szmurło.

Zwiedzenie Ośrodka Zdrowia. Objasnień udzieli Kierownik tegoż Dr. med. L. Deloff.

Godz. 20.00. Koncert-Raut (Sala wykładowa VIII Lekarskiego Kursu).

Sobota, dn. 31.VIII.

Godz. 9.15 — 10.00.

Profesor Dr. med. Kowalski Bolesław (Poznań). „Leczenie spraw zapalnych macicy i jej przydatków”.

[Quelques remarques sur le traitement de certaines affections importantes de l'uterus et de ses annexes].

Godz. 10.15 — 11.00.

Docent Dr. med. Sabatowski Antoni (Lwów). „Balneoterapia w praktyce codziennej — stosowanie przetworów zdrojowiskowych w leczeniu domowem”.

[La balnéotherapie dans la pratique courante].

Godz. 11.15 — 12.00.

Docent Dr. med. Brokman Henryk (Warszawa). „Gościec w wieku dziecięcym i jego leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego”.

[Rhumatisme articulaire aigu chez les enfants et son traitement en tenant compte de la cure balnéaire].

Godz. 15.30 — 16.30.

Profesor Dr. med. Schilling-Siengalewicz Sergjusz (Wilno). Kierownik Naukowy Pracowni Doświadczalnej Państwowego Zakładu Zdrojowego w Ciechocinku — Cieplicy. „Znaczenie badania podstawowej przemiany materji w czasie stosowania niektórych zabiegów leczniczych w zdrojowisku”.

[L'influence des bains salins de Ciechocinek sur le métabolisme].

Wykład wraz z pokazami odbędzie się w hallu Łazienek Solankowych Nr. IV.

Godz. 16.30. Dalszy ciąg zwiedzania urządzeń Zdrojowiska.

Godz. 21.00. Zebranie koleżeńskie.

Niedziela, dn. 1.IX.

Godz. 9.15 — 10.00.

Profesor Dr. med. Latkowski Józef (Kraków). „Nerwice serca”.

[Sur les névroses du coeur].

Godz. 10.15 — 11.00.

Docent Dr. med. Szulc Gustaw, Naczelny Dyrektor Państw. Zakładu Higjeny (Warszawa). „Metabolizm wzrostu i starzenia (przemiany chemiczne w ustroju i wpływ czynników klimatycznych)”.
[*Métabolisme de la croissance et de la sénilité*].

Godz. 11.15 — 12.00.

Docent Dr. med. Węgierko Jakób (Warszawa). „Znaczenie racjonalnej diety w chorobach przemiany materji”.
[*Le rôle de la diététique dans les maladies du métabolisme*].

Zamknięcie VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego.

Godz. 14.00. Wycieczka statkiem do Torunia.

LISTA UCZESTNIKÓW VIII LEKARSKIEGO KURSU
WAKACYJNEGO W CIECHOCINKU.

- Abramowicz Michał Dr. med., Warszawa, ul. Królewska 29 A.
Apt Rafał z *żoną*, Dr. med. Słupca, pow. Koniński.
Beckerman Adolf abs. med. U. J. Kaz., Kutno.
Berliner Jan Dr. med., Warszawa, ul. Prosta 18.
Bester Józef Dr. med., Chrzanów.
Bornsztajn Roman Dr. med., Łódź, ul. Traugutta 9.
Bregman Franciszka Dr. med., Warszawa, ul. Chmielna 44.
Brokman Henryk Docent Dr. med., Warszawa, ul. Orla 11.
Bruk Władysław z *żoną*, Dr. med., Ustroń, Śląsk Cieszyński.
Buczyński Józef Dr. med., Siedlce, ul. Sienkiewicza 33.
Bydałek Czesław Dr. med., Inowrocław, ul. Toruńska 21.
Byrkowski Karol Dr. med., Warszawa, ul. Nowy Zjazd 7.
Cejtlin Juljusz Dr. med., Równe Wołyń., ul. Hallera 15.
Chełmicki Alfred Dr. med. Płk., Zakopane, Sanatorium Wojsk.
Chrapowicki Tadeusz Dr. med., Warszawa, Al. 3-go Maja 14 m. 52.
Czerny Marjan Dr. med., Warszawa, ul. Czerwonego Krzyża 25.
Danilewicz Konstanty Dr. med., Warszawa, Żoliborz, Al. Wojska
Polsk. 29 m. 5.
Daszkiewiczowa Hanna Dr. med., Lublin, ul. Peowiaków 5.
Delacroix Anatol Dr. med., Paryż — Łódź.
Deloff Leonard Dr. med., Ciechocinek, Sanatorium Ś-go Tadeusza.
Deloffowa Antonina Dr. med., Mrozy, Sanatorium Rudka.
Dembicki Ignacy z *żoną*, Dr. med., Warszawa, ul. Koszykowa 48.
Domysławski Władysław abs. med. U. S. B., Wilno, Dom Akademicki.
Dowkontt Olgierd Dr. med., Paryż — Wilno.
Drac Juljan z *żoną*. Dr. med., Płk.-lekarz, Warszawa, ul. 6 Sierpnia 32.
Drewniak Stanisław abs. med. U. Jag., Bełżyce, woj. Lubel.
Dziekiewiczówna Stefanja Dr. med., Wilno, ul. Kalwaryjska 16 m. 4.
Erdman Kazimierz Dr. med., Łódź, ul. Sienkiewicza 31.

Fafjus Tadeusz Dr. med., Warszawa, ul. Śniadeckich 10.
 Faleński Jan z *żoną*, Dr. med., Major-lekarz, Warszawa, ul. Kró-
 lewska 2 m. 5.
 Fedorowski Grzegorz z *żoną*, Dr. med., Warszawa, ul. Grzybowska 88.
 Feldman Józef z *żoną*, Dr. med., Chełm Lubelski, ul. Reformacka 7.
 Fiderkiewicz Alfred z *żoną*, Dr. med., Milanówek pod Warszawą.
 Gajak Michał abs. med. U. Pozn., Toruń.
 Gajdziński Stefan Dr. med., Radom, ul. Sienkiewicza 2.
 Galewski Piotr Magister Farm., Poznań, ul. Ostroroga 11.
 Gałęcka Marja abs. med. U. J. Pił., Warka.
 Garbaczewski Marcin Dr. med., Lublin, ul. Krak. Przedm. 58.
 Garfinkiel Jakób Dr. med., Warszawa, ul. Smolna 6.
 Glińska Helena *żona* Dr. med., Opatów Kielecki.
 Godlewski Nepomucen Dr. med., Częstków, pow. Konin, poczta Do-
 brosołowo.
 Gołombiowski Tomasz abs. med. U. J. Pił., Włocławek.
 Grabowski Ludwik Dr. med., Równe Wołyńskie, Szpital powiatowy.
 Gracz Jan Dr. med., Mogilno.
 Grodecki Franciszek Dr. med., Milanówek pod Warszawą.
 Gutkowski Jan z *żoną i córką*, Dr. med., Jeziorna pod Warszawą.
 Gwiżdż Andrzej abs. med. U. Pozn., Inowrocław.
 Herz Alfred z *żoną*, Dr. med., Tomaszów Mazowiecki.
 Hłasko Feliks z *żoną*, Dr. med., Siedlce, Szpital Miejski.
 Hurwicz Joachim z *córką*, Dr. med., Warszawa, ul. Tłomackie 2.
 Iwanowski Wacław z *żoną*, Dr. med., Ciechocinek, Stary Dworek.
 Jakubowski Abram abs. med. U. J. P., Aleksandrów Kujawski.
 Jakubowski Dawid abs. med. U. J. P., Aleksandrów Kujawski.
 Janczewski Feliks z *żoną*, Dr. med., Kruszwica.
 Jarzynianka Barbara Dr. med., Warszawa, ul. Akademicka 3 m. 32.
 Jaskiewicz Leonard Dr. med., Murcki, Woj. Śląskie.
 Justman Ludwik z *żoną*, Dr. med., Warszawa, ul. Sienna 9.
 Kabacznik Leon Dr. med., Warszawa, ul. Hoża 39 m. 48.
 Kalitowicz Kazimiera Dr. med., Chełmno, ul. Parkowa 4.
 Kamińska Marja abs. med. U. J. Pił., Otwock.
 Kapliński Włodzimierz Dr. med., Wronki Poznańskie.
 Kapłan Józef Dr. med., Międzyrzec Podlaski.
 Karmazyn Bernard, Łódź, ul. Piotrkowska 79.
 Kempiański Kazimierz Dr. med., Sieradz, ul. Kościuszki 13.
 Kędzierska Ignacja sł. med. U. J. Pił., Lublin.
 Kindler Dawid z *żoną*, Dr. med., Sokal, ul. Piłsudskiego 8.
 Klaczkin Aron Dr. med., Ostrów Mazow.
 Kobyliński Zygmunt z *żoną*, Dr. med., Międzyrzec, ul. Narutowicza 6.

Kołaczyński Tadeusz Dr. med., Wilno, ul. Zakretowa 23. Zakład med.
Sądowej.

Kopel Henryk abs. med. U. J. Pił., Łowicz.

Kotler-Taube Salomea z *córką*, Dr. med., Warszawa, Plac Krasińskich 8.

Kowalczewski Józef Dr. med., Nacz. Depart. Zdr. M. O. S., Warszawa,
Min. Op. Społecznej.

Kowańska Alina Dr. med., Wilno, ul. Mostowa 23 m. 6.

Kowalski Bolesław Prof. Dr. med., Poznań, ul. Patrona Jackowskiego 42.

Kraushar Markus z *żoną*, Dr. med., Aleksandrów Kujawski.

Krauzowa Marja z *córką*, Dr. med., Kraków, ul. Karmelicka 29.

Krawecka Hanna abs. med. U. J. P., Warszawa, ul. Nowogrodz-
ka 31 m. 17.

Króliczanka Magdalena abs. med. U. Pozn., Śrem.

Królik Dominik abs. med. U. Pozn., Śrem.

Krzywczeska Alicja abs. med. Un. Parys., Paryż — Łódź.

Krzywczeski Czesław abs. med. Un. Parys., Paryż — Łódź.

Kube Alfred Dr. med., Bydgoszcz, ul. Gdańska 36.

Kulikowska Anna Dr. med., Gostynin, Szpital Psychiatryczny.

Kunerth Karol Dr. med., Brześć n/B., Szpital Miejski.

Lachowski Leon Dr. med., Grudziądz, ul. Hallera 26.

Landesberg Jakób z *żoną*, Dr. med., Kutno, ul. Narutowicza 3.

Latkowski Józef Prof., Dr. med., Kraków, ul. Pańska 5.

Lebiedowski Jerzy abs. med., Ciechocinek.

Lesisz Jerzy Dr. med., Płk.-lekarz, Warszawa, Szpital Ujazdowski.

Lipszyc Abraham z *żoną*, Dr. med., Warszawa, ul. Nowoliński 29.

Lichter Wolf Dr. med., Łomża, Stary Rynek 9.

Lorentowicz Leonard Doc. Dr. med., Warszawa, ul. Marszałkowska 110.

Loret-Sankowski Nikodem abs. med. U. Pozn., Inowrocław.

Loth Edward Prof. Dr. med., Warszawa, ul. Pankiewicza 4.

Łabędź Jakób Dr. med., Ciechanów, ul. Śląska.

Łaski Wincenty Dr. med., Łódź, ul. Południowa 2.

Łubkowska Zofja Dr. med., Warszawa, Al. 3-go Maja 14 m. 42.

Maciejewski Kazimierz Dr. med., Warszawa, ul. Karpińskiego 1.

Majewski Zbigniew abs. med. U. J. P., Warszawa, ul. Akademicka 5.

Małecki Jan Dr. med., Poznań, Stary Rynek 59.

Mamrot Artur Dr. med., Warszawa, ul. Elektoralna 11.

Manitius Stefan z *żoną*, Dr. med., Pabjanice, ul. Św. Rocha 19.

Mazurkiewicz Jan z *żoną*, Prof. Dr. med., Warszawa, ul. Hoża 58.

Menzłówna Janina Dr. med., Łódź, ul. 1-go Maja 49.

Mianowska Zofja Dr. med., Warszawa, ul. Goszczyńskiego 1.

Milewicz Zygmunt abs. med. U. S. B., Brześć n/Bugiem, Szpital.

Minc Maurycy abs. med. U. Jag., Łowicz.

Mincowa Marja abs. med. U. Jag., Łowicz.
 Morawski Stanisław z *żoną*, Dr. med., Środa.
 Mordasiewicz Wacław Dr. med., Wołkowysk, ul. Wileńska 14.
 Mucyk Izydor abs. med. U. Pozn., Inowrocław.
 Mucykówna Izabella Dr. med., Inowrocław.
 Myczkowski Edward Dr. med., Tuszyń pod Łodzią.
 Nikodemowicz-Ukraińska Zofja Dr. med., Poznań, ul. Gajowa 4.
 Osieńczyk Roman Dr. med., Czercze, p. Rohatyn.
 Ossowski Władysław Dr. med., Poznań, ul. Pocztowa 10.
 Ostrowski Mieczysław z *żoną*, Radom, ul. Sienkiewicza 4.
 Oszwaldowski Aleksander Dr. med., Grudziądz, ul. Mickiewicza 37.
 Ozimowski Eugenjusz abs. med. U. J. P., Warszawa, ul. Ordynacka 13 m. 13.
 Pelczar Kazimierz z *żoną*, Prof. Dr. med., Wilno, ul. Zakretowa 5.
 Perłowski Edward z *żoną*, Dr. med., Sokołów Podlaski.
 Piotrowska Alicja Dr. med., Warszawa.
 Podczaski Władysław Dr. med., Ciechocinek, dw. Zalesie.
 Polek Aleksander Dr. med., Lek. pow., Żydaczów, ul. Mickiewicza 1.
 Polubiec Albin abs. med. U. J. K., Włocławek.
 Potapowicz Antoni Dr. med., Paryż — Wilno.
 Potapowiczowa Aldona Dr. med., Paryż — Wilno.
 Rozenberg Józef Dr. med., Warszawa, ul. Złota 34.
 Rozenfeld Karol abs. med. U. Jag. Częstochowa.
 Rubinsztajn Juljan Dr. med., Warszawa, ul. Nowogrodzka 43.
 Rudzki Przemysław Dr. med., Warszawa, ul. Chmielna 11.
 Rybak Robert abs. med. U. Pozn., Bydgoszcz.
 Rydzikowski Wacław z *żoną*, Dr. med., Warszawa, ul. Aleje Ujazd. 34.
 Rymaszewski Władysław Dr. med., Poznań, ul. Spokojna 12.
 Ryszkowska Marja Dr. med., Warszawa, ul. Marszałkowska 78.
 Sabatowski Antoni Docent Dr. med., Lwów, ul. Asnyka 2 B.
 Sadowski Cyprjan Dr. med., Porucz.-lekarz, Warszawa, Szpital Okręg.
 Schilling-Siengalewicz Sergjusz z *żoną*, Prof. Dr. med., Wilno, ul. Zamkowa 24.
 Sienczewski Romuald Dr. med., Warszawa, ul. Złota 24 m. 29.
 Sienicki Franciszek Dr. med., Warszawa, ul. Hoża 7.
 Siudecki Antoni abs. med. U. Pozn., Inowrocław.
 Sołowiecz Romuald z *żoną*, Dr. med., Zgierz, ul. Łęczycka 9.
 Sroczyński Stanisław Dr. med., Inowrocław, ul. Wilkońskiego 5.
 Strawiński Tadeusz Dr. med., Rawa Mazowiecka.
 Strehl Leon Kazimierz Dr. med., Płk., Szef Sanitarny D. O. K. Toruń,
 Plac Św. Katarzyny.
 Szapiro Dawid z *żoną*, Dr. med., Ciechanowiec - Wysokomazowiecki.

Szenkier Seweryn z żoną, Dr. med., Pabjanice, ul. Św. Rocha 3.
Szepe Dawid sł. med. U. J. P., Tomaszów Mazowiecki.
Szlendak Henryk Dr. med., Warszawa, ul. Grażyny 16 m. 2.
Szlendakowa Hanna Dr. med., Warszawa, ul. Grażyny 16 m. 2.
Szmurło Jan Prof. Dr. med., Wilno, ul. Mostowa.
Sztern Manuel Dr. med., Warszawa, ul. Senatorska 8 m. 8.
Szulc Gustaw z żoną, Doc. Dr. med., Naczelny Dyrektor Państw. Zakładu Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24.
Szwalberg Izrael Dr. med., Warszawa, ul. Ordynacka 9.
Szydłowiec Estera abs. med. U. J. P., Kielce.
Śmierchalski Stanisław Dr. med., Świętochłowice, woj. Śląskie.
Świtek Józef Dr. med., Wilno, Klin. Otolaryngol. U. S. B.
Tenenbaum Adam Dr. med., Łódź, ul. Piotrkowska 109.
Tenenbaumowa - Zand Gustawa Dr. med., Łódź, ul. Piotrkowska 109.
Tuchendler Antoni Dr. med., Warszawa, Plac Marszałka Piłsudskiego 1.
Wajs Henryk z żoną, Dr. med., Łódź, ul. Piotrkowska 17.
Wasilewski Jerzy z żoną, Dr. med., Kowel, ul. Bezimienna 6.
Weinsaft Juljusz z żoną, Dr. med., Krośniewice, pow. Kutno.
Weinzieher Salomon z żoną i córką, Dr. med., Będzin, ul. Kołłątaja 31.
Węgierko Jakób Doc. Dr. med., Warszawa, ul. Mokotowska 18.
Wilamowski Bolesław Dr. med., Poznań, ul. Cicha 7.
Wiśniewski Stanisław z żoną, Dyr. Państw. Zakł. Zdroj., Ciechocinek.
Witkowski Władysław Dr. med., Koło.
Witwiński Wacław Dr. med., Przasnysz.
Wojciechowski Adolf Doc. Dr. med., Warszawa, ul. Tucholska 10.
Wolfowicz Mieczysław z żoną, Zgierz, ul. Piłsudskiego 11.
Wołkowicz Maksymiljan Dr. med., Sosnowiec, ul. Targowa 8.
Wyszyński Feliks Dr. med., Krośniewice.
Zawadzki Tadeusz abs. med. U. J. P., Warszawa.
Zeńczak Marjan Dr. med., Warszawa, ul. Marszałkowska 40.
Żuk-Skarszewski Aleksander Dr. med., Pruśce, pow. Węgrowiec.
Zychliński Ludwik abs. med. U. J. P., Naęczów.

WYKŁADY

PROF. JAN MAZURKIEWICZ.

ZABURZENIA NERWOWE I PSYCHICZNE W OKRESIE
PRZEKWITANIA.

Cyfrowo częstość zaburzeń nerwowych i psychicznych w okresie przekwitania nie daje się ustalić: podczas gdy jedni autorzy uważają zaburzenia nerwowe prawie za regułę, inni na podstawie swojego doświadczenia twierdzą, że więcej niż połowa kobiet nie wykazuje w tym okresie wogóle żadnych dolegliwości. Możemy jednak w sposób ogólnikowy stwierdzić, że 1-o — częstość występowania tych zaburzeń jest w okresie przekwitania niewątpliwie większa, aniżeli w okresie życia, który je poprzedza, i 2-o — że skala reakcyj układu nerwowego na biologiczny proces zanikania czynności jajników jest ogromna, ponieważ — jeżeli w środku skali umieścimy przypadki, nie dające żadnych objawów nerwowych, — na jednym jej krańcu znajdziemy zaburzenia nerwowe i psychiczne od najłagodniejszego aż do największego ich nasilenia, zaś na drugim krańcu przypadki, wyglądające poprostu paradoksalnie, mianowicie zanikania lub słabnięcia tych objawów nerwowych, których istnienie można było stwierdzić poprzednio, przed okresem pokwitania. Taki dobroczynny wpływ przekwitania na stan nerwowy zdarza się niekiedy nawet w sztucznie wywołanem, a więc nagle występującem climacterium.

W tych przypadkach, w których zaburzenia nerwowe występują, najczęstsze są nawały gorąca, uderzające do głowy, którym niekiedy towarzyszy pocenie się i zaczerwienienie skóry na twarzy. W przypadkach kastracji objaw ten występuje—według *Pfistera*—w 98% przypadków; nawet ból głowy jest w tych przypadkach objawem daleko rzadszym, gdyż stwierdza go *Pfister* w 50% przypadków. Nie znamy dokładniej mechanizmu powstawania tych objawów, najczęstszych w okresie normalnego przekwitania; ale szczególnie z tej statystyki *Pfistera*, dotyczącej przypadków kastracji, musimy przyjąć, że objawy te są wynikiem bezpośredniego działania na układ wegetatywny tych biologicznych zmian

we wzajemnym stosunku gruczołów dokrewnych, które wobec ich ścisłej korelacji muszą powstawać wskutek zaniku czynności jajników. Nasilenie tych objawów, a także reakcja psychiczna na te objawy, wykazują u różnych kobiet wszelkie możliwe gradacje.

Oprócz tych dwóch, najbardziej charakterystycznych i najczęstszych objawów, można stwierdzić w okresie przekwitania, zarówno sztucznego jak i normalnego, szereg innych objawów nerwowych, jak zwolnienie albo przyspieszenie akcji serca, chwiejność ciśnienia krwi, różne neuralgie, a także vasalgje, które podkreśla *Wiesel*, a które polegają na bólach, powstających początkowo przy ucisku na większe tętnice, a czasem nawet żyły, a potem występujących i samorzutnie; do tej grupy vasalgij zalicza *Wiesel* także i aortalgje, których obraz kliniczny zbliża się do obrazu *anginae pectoris*, pomimo braku w tych przypadkach miazdżycy tętnic, która zresztą objawów vasalgicznych na ucisk nie daje.

Możnaby znacznie wydłużyć wyliczanie objawów nerwowych, spotykanych tu i owdzie w okresie przekwitania; poprzestaniemy jednak na dodaniu tylko tak często stwierdzanych objawów bezsenności, obstypacji i rozlanych sensacyj cielesnych wszelkiego rodzaju.

Wszystkie te objawy nerwowe cechują się tem, że należą do kategorii objawów ze strony układu nerwowego *wegetatywnego*, którego ścisły związek wzajemny i zależność od układu gruczołowo - dokrewnego są ogólnie znane. Powstawanie wszystkich tych objawów musimy zatem uzależnić od bezpośredniego działania na układ nerwowy *wegetatywny* zmian, wywoływanych we wzajemnym stosunku gruczołów dokrewnych przez biologiczny proces zanikania czynności jajników.

Niektórzy autorowie (*R. Schröder* i inni) próbują ująć te różnorodne objawy *wegetatywne* w dwa większe, podstawowe zespoły zmian klimakterycznych, mianowicie z jednej strony w obrazie kliniczne z przewagą zmian *hipertyreoidalnych*, w szczególności z tachycardią i skłonnością do chudnięcia, i z drugiej strony w obrazie z przewagą objawów *hipotyreoidalnych*, w szczególności z bradycardią, ze skłonnością do niższej temperatury ciała i do tycia. Oczywiście często się zdarzają obrazy mieszane. Jeżeli powoli i stopniowo zanikająca czynność jajników powoduje takie zanikanie tkwiącego w niej czynnika pobudzającego układ nerwowy *wegetatywny*, które zostaje wynagrodzone przez również powoli i stopniowo wzrastającą zastępczą czynność pobudzającą tarczycy, to okres przekwitania może nie dawać żadnych objawów nerwowych.

Tak się dzisiaj przedstawia *somatyczna* strona objawów i zespołów klinicznych w okresie przekwitania, należąca wyraźnie do katego-

rji zjawisk dokrewno-wegetatywnych. Bardziej zawiła i trudna do wyjaśnienia jest sprawa zaburzeń *psychicznych*, spotykanych bardzo często w tym okresie.

Zaburzenia psychiczne dzielone są sztucznie, t. j. bez żadnych podstaw biologicznych, na psychonerwice i psychozy. Podział ten opiera się na socjologicznem pojęciu wartości społecznej chorego: psychicznie chory w wąskim tego słowa znaczeniu, t. j. chory na psychozę, traci eo ipso prawo obywatelskie rozporządzania sobą i swoim majątkiem, wymaga specjalnych praw i specjalnej opieki społeczeństwa nad nim; zaś chory na jakąś psychonerwicę nie tylko swych praw nie traci, ale w niektórych przypadkach może owszem — pomimo swych zaburzeń psychicznych — stać nawet na najwyższych szczeblach wartości społecznej. Podział jest zatem w pełni uzasadniony, ale uzasadnienie jego leży w innej dziedzinie zjawisk, nie biologicznych, ale socjologicznych.

Czynność gruczołów dokrewnych może niewątpliwie wpływać na powstawanie zaburzeń psychicznych. Ociężałość myślenia i niedorozwój psychiczny matolek, przeciwnie wielka chwiejność afektywna, pobudliwość, drażliwość, impulsywność chorych na Basedowa, zmiany wywoływane w psychice przez kastrację u młodych chłopców, częste występowanie podczas menses stanów rozdrażnienia, a czasem nawet i psychoz, itd. itd.,—wszystko to świadczy o tem, że stany gruczołowo-dokrewnne mogą bezpośrednio wpływać na stan psychiki. W tej sprawie musimy się zgodzić z zapatrywaniem kol. *Wl. Sterlinga*, że tu bezpośredni wpływ dotyczy jednak właściwie tylko temperamentu, tj. czasu powstawania reakcyj psychicznych, ich tempa i ich nasilenia.

Klinicznie rzecz ujmując, w okresie przekwitania spotykamy występowanie bardzo różnych zaburzeń psychicznych, poczynszy od stanów wzmożonej pobudliwości afektywnej i drażliwości, albo stanów pewnego zahamowania psychicznego z poczuciem osłabienia pamięci i władz umysłowych, które mogą bezpośrednio zależeć od wpływów dokrewnych, a kończąc na obrazach, dających się określić jako neurasteniczne, psychasteniczne z natręctwem myślowem, lub histeryczne, przy czem wszystkie te stany mają zwykle zabarwienie hipochondryczne. W obrazach tych niema zresztą nic swoistego dla wieku przekwitania, poza somatycznymi objawami wegetatywnymi, o których mówiliśmy na początku, więc nie zasługują na szczegółowe omawianie ich tutaj. Wca le nierzadkie są przypadki, w których nasilenie zaburzeń afektywnych doprowadza do takiego zespołu, który klinicznie należy już określić jako psychozę. Oto przykład takiej psychogennej psychozy:

Franciszka L. (N—2944) l. 48, wyrobnica, zameżna, matka 8-ga dzieci żyjących, przechodziła dwanaście połogów, przybyła do kliniki 5 listopada 1934. Ojciec jej często się upijał. Dawniej zawsze zdrowa, pacjentka przed pół rokiem zaczęła się skarżyć na bóle głowy, kręgosłupa, darcie nóg, bicie serca. Stan się poprawiał, gdy jednak mąż chorej przed dwoma miesiącami stracił posadę, wskutek czego pacjentka nie mogła się leczyć w Kasie Chorych, nastąpiło pogorszenie, te same skargi, a nadto w ostatnim tygodniu bezsenność i stan tak silnego podniecenia ze skłonnością do ucieczki z domu, że zaszła potrzeba oddania jej do kliniki psychiatrycznej.

W klinice chora zachowuje się zupełnie przytomnie i naogół właściwie, ale przy badaniu cielesnem przeszkadza, skarżąc się, że boli ją opukiwanie klatki piersiowej, przykładanie słuchawki do skóry, palpacja jamy brzusznej, uderzenie młotkiem. Badanie cielesne nie wykazuje żadnych zmian chorobowych, poza banalnemi objawami wzmożenia odruchów ścięgniętych i dermatografją. Podczas badania chora mówi bardzo dużo i z wielkiem przejęciem się, wyłącznie tylko o swoich dolegliwościach. Jest chora na zimno w głowie, na uderzenia do głowy, ból z kręgosłupa idzie do głowy, nogi drżą, krzyż boli. Całe ciało pali, jakby kto pieprzem posypał, jakby mrówki chodziły. Jakby robaczki latały po głowie, a głowę jak ścisnęło, to jak szpagatem. Jeść nie może, jak zje, to zaraz jej coś jakby poza skórą latało, trzęsie się, jakby jej zimno było. Poza sensacjami niema żadnych złudzeń zmysłowych, poza hipochondryzacją żadnych urojeń. Strasznie ją mordowała ta choroba, ale nigdy nie myślała o odbieraniu sobie życia, przecież ma 8-ro dzieci, które kocha, pragnie leczyć się i żyć.

Przebieg swego życia podaje chętnie i rzeczowo, wciąż przerywając opowiadanie skargami na swoje dolegliwości. Martwiła się, bo w domu była bieda, mąż był bezrobotny od paru lat i tylko dorywczo dostawał pracę. Zachorowała na te nerwy przed pół rokiem, w tym samym miesiącu, w którym pierwszy raz zupełnie ustała miesiączka, która już na rok przedtem przychodziła nieregularnie.

Podczas pobytu w klinice początkowo jest niewyczerpana w nigdy niekończących się skargach bądź na te same dolegliwości, bądź coraz to nowe, jednak stopniowo doznawane sensacje słabną, towarzyszący im silny niepokój i lęk maleje, kierunek myślowy przestaje być tak jednostronny i chora po paru miesiącach zostaje wypisana w stanie zdrowia.

Jak widzimy, w tym przypadku powstanie psychozy spowodowały niewątpliwie wielorakie przyczyny (alkoholizm ojca, dwanaście połów, nędza w domu, okres przekwitania), a jednak jej charakter i przebieg jest zupełnie dobrotliwy, gdyż doprowadził do wyleczenia bez żadnych ubytków psychicznych; osobowość psychiczna chorej po przebytej psychozie jest zupełnie taka sama, jak jej osobowość przedchorobowa. W tym obrazie chorobowym niema nic swoistego dla wieku przekwitania, można go spotykać i w innym wieku, pod wpływem np. długotrwałych trosk i kłopotów życiowych, jeżeli odporność układu nerwowego na urazy psychiczne jest niedostateczna, albo skutek przyczyn czysto fizycznej natury, jak np. skutek zakażeń, zatruc, urazów cielesnych. A we wszystkich tych przypadkach gra pierwszorzędą rolę wrodzona odporność układu nerwowego i konstytucja psychiczna. Climacterium gra tu zatem niewątpliwie pewną rolę w etiologii powstawania psychonerwic, ale tylko jako *jeden spośród wielu innych momentów wywołujących*; widzieliśmy przecież, że w tym okresie mogą nie powstawać, a niekiedy właśnie zanikać objawy psychonerwicowe.

Przechodząc teraz do omówienia drugiej grupy zaburzeń psychicznych, spotykanych w wieku przekwitania, mianowicie do *psychoz*, musimy dla należytego ich zrozumienia przypomnieć w kilku słowach najbardziej podstawowe cechy tych dwóch wielkich grup zaburzeń psychicznych, które najczęściej występują w czystej swojej postaci w wieku pokwitania lub młodzieńczym, i które mają charakter dziedziczny, oczywiście w znaczeniu dziedziczenia nie samej choroby psychicznej, ale określonej konstytucji psychicznej.

Jedną z tych konstytucyj psychicznych nazywamy *syntoniczną*. Syntonja polega na współdzwięczeniu uczuciwem ze światem zewnętrznym, wskutek czego reakcje syntonika są bezpośrednie, naturalne, zbliżające się do reakcji dzieci, które w większości swojej są syntoniczne. Istnieje cała gradacja w nasileniu tych cech syntonicznych u człowieka dorosłego, słabsze nasilenia pozostają całkowicie w granicach zdrowia psychicznego; wielkie wybujałości tej konstytucji u człowieka dorosłego dają jej typ tak zwany słoneczny, pogodny, współdzwięczący bezpośrednio z innymi, możliwie najsympatyczniejszy we współzyciu towarzyskiem, ale równocześnie wskutek bezpośredniości swych reakcji, braku należytej rozważliwej i zastanowienia, w wielu razach lekkomyślny do takiego stopnia, że takie nasilenie tej konstytucji musimy już uważać za konstytucjonalną anomalję psychiczną.

Przeciwstawny do syntonji typ konstytucji psychicznej nazywamy schizotypicznym. Najbardziej powszechną cechą schizotypiczną jest właśnie brak syntonji, brak bezpośredniości współdzięczenia z otoczeniem, przechodzenie kaźdej reakcji psychicznej przez filtr rozważania i wewnętrznego przeżywania. W przeciwieństwie do prostoty, naturalności, harmonji życia psychicznego i reakcyj syntonika, schizotypik jest istotą psychicznie bardziej złożoną, która w jednych przypadkach może wykazywać chłód uczuciowy w stosunku do świata otaczającego, zaś w innych wręcz odwrotnie przeculicę, niezmiernie żywe reakcje uczuciowe, które jednak są przeżywane przedewszystkiem jako procesy psychiczne wewnętrzne, złożone, budzące szereg refleksyj i wątpliwości, trudno wskutek tego ujawniające się nazewnątrz. W przypadkach większego nasilenia tej konstytucji cechy te doprowadzają do typu zamkniętego w sobie, upartego, odwracającego się raczej od ludzi do swego życia wewnętrznego, typu schizoidalnego, już wykraczającego poza granice przeciętnej normy, który musimy uważać za anormalny — podobnie jak wyższe stopnie syntonji — dlatego, że zbyt daleko odbiegają od tej *najczęstszej, przeciętnej konstytucji psychicznej człowieka, w której zawsze można stwierdzić i elementy syntoniczne, i elementy schizotypiczne, współdziałające pomimo swego przeciwieństwa w pewnej harmonijnej równowadze ruchomej.*

Otóż okazało się, że jeżeli na psychozę zapadają ludzie, wykazujący wyraźną przewagę elementów syntonicznych w swojej psychice, to psychoza ta należy zwykle do grupy manjakałno-depresyjnej, tych napadowo występujących stanów albo podniecenia manjakałnego ze wzmożonym samopoczuciem, skłonnością do urojeń wielkościowych, goniwą myślową i wzmożoną czynnością, albo przygnębenia melancholicznego z zahamowaniem myślowem i ruchowem, ze skłonnością do urojeń samoponizenia, grzeszności, ruiny, z uporczywą tendencją do samobójstwa spowodu beznadziejności nastroju. Napady te występują często zupełnie samorzutnie, bez zewnętrznych momentów wywołujących, i po kilku tygodniach lub miesiącach trwania mijają, nie pozostawiając w psychice żadnych śladów przebytej psychozy, ale wykazują dużą skłonność do nawrotów.

Jeżeli zaś na psychozę zapadają ludzie, wykazujący wyraźną przewagę w psychice elementów schizoidalnych, to psychoza ta należy do grupy schorzeń schizofrenicznych. W przeciwstawieniu do żywiołowych, jakgdyby z głębi instynktu czy ustroju wyplływających patologicznych nastrojów, stanowiących *napady* psychezy manjakałno-depresyj-

nej, schizofrenja jest chorobą *najczęściej przewlekłą*, która cechuje się również przedewszystkiem zmianami życia uczuciowego, ale zupełnie innego rodzaju: tu mamy do czynienia nie z pierwotnymi nastojami chorobowymi, ale raczej z takimi ubytkami w sferze uczuciowej, które z biegiem czasu, szczególnie w końcowych okresach choroby, doprowadzają do głębokiego zubożenia na wszystko, do zupełnej apatii; schizotypiczna skłonność do ukrywania swego życia psychicznego przed ludźmi nasila się w schizofrenji do wysokiego stopnia, który nazywamy autyzmem, a który przeradza się w negatywizm, jeśli chory nie tylko ukrywa się, ale zachowuje się wręcz przeciwnie, aniżeli od niego wymagamy. Nie obojętny, ale także wprost negatywny stosunek do ludzi przejawia się u schizofrenika często w poczuciu doznawanych od ludzi krzywd, skąd wynikają żale i pretensje do nich, a często wręcz urojeńia prześladowcze, które mają charakter albo zupełnie fantastyczny, albo jeszcze w pewien sposób są motywowane przez chorego; są to tak zwane stany paranoidalne. W wielu przypadkach proces myślowy ulega rozszczepieniu bez właściwego oziępienia intelektualnego (pamięć zachochowana); w niektórych przypadkach — t. zw. katatonicznych — występują osobliwe, dziwaczne zaburzenia ruchowe, polegające bądź na bezruchu przy monotannie zachowywanych postawach, nieraz dziwacznych i niewygodnych, bądź na bezcelowych, psychologicznie niezrozumiałych ruchach, również stereotypowo powtarzanych.

Ujmując te dwie grupy schorzeń psychicznych ze strony wyłącznie psychologicznej, widzimy, że pierwsza grupa — psychozy manjalkalno-depresyjnej — zawiera obrazy o dwóch przeciwstawnych nastrojach, które jednak — razem wzięte — są jednakowo pochodzenia endogennego, i są z natury swej życzliwie usposobione dla innych ludzi; w grupie schizofrenicznej występuje raczej złożoność życia uczuciowego, obojętność lub niechęć do ludzi, ubytki uczuciowe.

Są to jakieś *podstawowe mechanizmy psychiczne*, których korzenie tkwią w głębiach dziedziczonych tendencji instynktu; są niemowlęta, które do wszystkich obcych wyciągają łatwo ręce, i są inne, które się od nich raczej odwracają; *obie grupy syntoniczna i schizoidalna dzielą się na podstawie stosunku osobnika do świata zewnętrznego*, w szczególności do innych ludzi.

Bez względu na to, jak kto ujmuje teoretycznie te dwa podstawowe mechanizmy psychiczne, z których każdy przejawia się w całej swojej pełni i w wyłączności dopiero w psychozach wieku młodzieńczego, mianowicie w grupie psychoz manjalkalno-depresyjnych z jednej strony,

i w grupie psychoz schizofrenicznych z drugiej, należy stwierdzić fakt kliniczny, że wszystkie psychozy wieku przekwitania — oczywiście pomijając te psychozy, które nie mają wogóle nic wspólnego z okresem klimakterycznym, jak porażenie postępujące, psychozy przy ogniskowych schorzeniach mózgu itd., — dzielą się znowu na dwie grupy, dające się wyodrębnić na podstawie ich stosunku do owych dwóch podstawowych mechanizmów psychologicznych, a mianowicie: na *grupę psychoz depresyjnych* i na *grupę psychoz paranoidalnych*.

Byłoby rzeczą najprostszą powiedzieć, tak właśnie jak to niektórzy autorzy mówią rzeczywiście, że te same dwie grupy psychoz, (manjako-depresyjna i schizofreniczna), które powstają na tle konstytucjonalnem najczęściej w wieku pokwitania lub młodzieńczym, występują znacznie rzadziej w wieku dojrzałym, i znowuż częściej w przełomowym dla organizmu okresie przekwitania.

Istotnie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że w okresie przekwitania niekiedy występują po raz pierwszy zupełnie typowe obrazy schorzeń manjako-depresyjnych lub schizofrenicznych, nie różniące się niczem od tych samych schorzeń w wieku młodzieńczym. Ale zdarza się to stosunkowo tak rzadko, że można naogół powiedzieć, że *znaczna większość psychoz wieku przekwitania cechuje się właśnie swoją atypowością*, tak wybitną, że zwłaszcza psychiatrzy niemieccy skłonni są do upatrywania w nich odrębnych jednostek chorobowych, podkreślając różnice w *etiologii, symptomatologii i w przebiegu*. Dążność autorów niemieckich do różnicowania psychoz klimakterycznych jest tak wielka, że dzisiaj już liczba ich dochodzi do kilkunastu, przy czem jednak sami twórcy tych rzekomo nowych jednostek klinicznych zmuszeni są przyznawać się do tego, że wartość tej klasyfikacji jest bardzo względna, gdyż wszędzie znajdujemy obrazy mieszane i przejściowe.

Najczęściej te psychozy, zwane klimakterycznymi, występują pod postacią *depresyjną*, którą pierwszy opisał *Kräpelin* pod nazwą „*melancholji inwolucyjnej*”. Oto jej przykład. Eugenja Kal. (N—2992) lat 55, panna, krawcowa, przybyła do kliniki 8.XI 1933. Siostra miłosierdzia ze Szpitala Dz. Jez. podaje, że pacjentka zgłosiła się do tego szpitala przed 20 laty jako chora na serce, i ponieważ w normalnych warunkach pracować nie mogła, więc została zameldowana jako *szwaczka-inwalidka* szpitalna. Brat pacjentki chorował psychicznie. Pacjentka zawsze była samotna, nie lubiła towarzystwa, chodziła nawet do innego kościoła, a nie do szpitalnego, bo wolała być wśród obcych. Bardzo pracowita, dokładna, porządna, skromna, pobożna. Zawsze bardzo wrażli-

wa, szczególnie od 2 lat. Nieregularne miesiączki zaczęły się u pacjentki przed 5-ciu laty, od 3 lat perjody ustaly definitywnie. Przed 3 laty siostry zauważyły, że chora była zdenerwowana, źle sypiała, miała pretensje do otoczenia, że ruszają jej rzeczy, stała się gderliwa. Od 4 czy 5 miesięcy nie można było jej nakłonić do pracy, skarżyła się, że ma chore oczy, ale nie chciała się leczyć, gdyż lękała się, że siostry chcą ją otruć. Na 2 miesiące przed przybyciem do kliniki stała się jeszcze bardziej niespokojna, zupełnie nie sypiała, zdradzała lęki i zamiar rzucenia się pod kolejkę elektryczną, ponieważ jest potężna i ponieważ myślała o tem, gdzie to był Pan Bóg przed stworzeniem świata.

Badanie somatyczne w klinice stwierdza skompensowane vitium cordis, a pozatem tylko wzmożenie odruchów i żywą dermografję.

Chora chętnie poddaje się badaniu, łatwo wchodzi w kontakt z lekarzami, jest dobrze zorientowana, ma świadomość choroby, „przykro mi, że zachorowałam“, mówi, „raz mówili, że serce, to znowu nerwy, boję się, aby na umysł coś się nie zrobiło“. Ma bóle głowy i uderzenia do głowy, duszność, gorąco, cierpi na bezsenność i taki niepokój, który jej nie pozwala ani leżeć, ani siedzieć, ma niechęć do życia; prosiła, żeby ją ratowali, ale w magazynie nie mogli się nią zajmować. Po obudzeniu się ze snu, boi się, że szatani przyjdą po jej duszę, bo zdaje się jej, że jest gorsza od innych, że popełniła różne grzechy, które dawniej nie powodowały wyrzutów sumienia, spowiadała się wprawdzie co parę tygodni lub co tydzień, i ksiądz ją zapewniał, że wszystko jest w porządku, ale ona jednak ma teraz skrupuły i wątpliwości, szczególnie zdaje się jej, że od jakiejś pani policzyła za swoją robotę więcej, aniżeli się jej należało, chciała jej oddać tę nadpłatę, ale nikt nie chce jej wierzyć, że za dużo policzyła, nawet ta osoba zainteresowana. Ubliża całej religji katolickiej przez to, że chociaż wyspowiadała się z tych grzechów, to jednak niema dość silnej woli, żeby zakończyć tę sprawę. Ma także wyrzuty sumienia z tego powodu, że wogóle niepotrzebnie opowiada o tych rzeczach lekarzom. Na początku choroby przed 2-ma miesiącami słyszała głos, który mówił do niej „śpiesz się, śpiesz się, bo nie zdążysz“ — myślała, że to szatan szepce jej do ucha, żeby skończyła ze sobą. Od miesiąca bała się sama wychodzić, a ostatnio domagała się, żeby nawet w pokoju stale był ktoś przy niej, bo pokusy na nią były, żeby popełniła samobójstwo, więc bała się, żeby nie popełnić tego ciężkiego grzechu. Skarży się, że jej słabo, że boli w okolicy serca, język zasycha. Myślała, że kona, wołała pielęgniarki, ale wszystkie były zajęte.

Pacjentka podczas pobytu w klinice źle sypia, zdradza stały niepokój, lęk, przygnębienie, wystraszona chce dokądś iść, sama nie wie dokąd, ciągle wzdycha, stęka, głośno jęczy i lamentuje, że jest zgubiona, w okresach silniejszego niepokoju wogóle trudno jest się z nią rozmówić. Po miesiącu objawy przygnębienia, niepokoju i lęku, a także bezsenność zaczęły słabnąć, a po 3 miesiącach pobytu chora została wypisana w stanie bardzo znacznej poprawy.

Drugi pobyt w klinice, do której powróciła w 4 miesiące po wypisaniu, 12.IV.34 — 12.IX.34. Czuła się w domu ociężała, pokładała się do łóżka, cerowała skarpetki i pończochy, ale czuła się coraz gorzej i gorzej, głowa ją boli, pamięć traci, wczoraj nie mogła wytrzymać, taki ból, ciężar, wszystko ją razi, te rozmowy i to trzaskanie drzwiami. W głowie jakby się coś napakowało, omdlewają ręce i nogi, w niedzielę zdawało jej się, że umiera, zaczęła krzyczeć, zdawało się jej, że czerniała. Boi się podejść do okna, żeby nie wyskoczyła. Musi już teraz życie zakończyć, bo to nie jest życie siedzieć w takim szpitalu między choremi; czuje się, jak nie ta sama, nie wie co się z nią zrobiło, w magazynie bok ją bolał, ręce mdlały, padała czasem na ziemię i krzyczała, bo jej coś „buchało“ do głowy, pociła się przytem. Czuje, że śmierć przyjdzie, a czuje się gorszą od innych, ma skrupuły co do czystości swoich intencji. Często czuje wyraźnie, że ją ktoś zabija, chociaż nikogo nie widzi i nic nie słyszy. Po miesiącu powoli uspokaja się, dorywczo pracuje, cicha, uprzejma, dość spokojna. Po 3-miesięcznym pobycie w klinice wypisana z poprawą, nie do Szpitala Dz. Jezus, ale ma się na mieście zajmować krawieczyzną przy pomocy Opieki pozaszpitalnej.

III pobyt — 8.V.35. Opowiada, że 8 miesięcy zarabiała na mieście, ale jest osobą starszą i nie mogła pracować tak, jak dawniej. Przed miesiącem położyła się do łóżka i nie chciało się jej wstawać, wydawało się jej, że byłoby dobrze, gdyby się życie jej skróciło, ale w końcu zaczęła w nocy wołać ratunku i znowu przywieziono ją tutaj. Źle się czuje, na jedzenie patrzeć nie może. Ukazują się jej przed oczyma jakieś straszne obrazy, siwy człowiek i inne straszne osoby. Czemu ta choroba nerwowa jej powraca? Chce tylko usnąć na wieczne czasy. Jęczy głośno, — nie chce tu być, chce, aby ludzie modlili się za nią. Nie pozwala pielęgniarce odejść od siebie, woła głośno „ratunku, ratunku“, nie chce ani siedzieć, ani leżeć, niczego nie chce. „Strasznie źle ze mną, strasznie, sumienie moje niespokojne“ — lęka się, aby się nie zabiła.

W tym przypadku melancholji inwolucyjnej widzimy te same objawy depresji z silnie obniżonym samopoczuciem, te same urojenia grze-

szości i samoponiżenia, te same uporczywe tendencje do samobójstwa, które cechują również stany melancholiczne w młodzieńczych postaciach psychozy manjakałno-depresyjnej. Ale zamiast stanu zahamowania myślowego i ruchowego, który zazwyczaj cechuje melancholje w młodszym wieku, u naszej pacjentki mamy — jak zwykle w melancholji inwolucyjnej—stan ciągłego podniecenia, niepokoju i lęku, a nadto wyraźną przymieszkę urojeń prześladowczych; w innych przypadkach melancholji inwolucyjnej atypowość obrazu powstaje wskutek jeszcze wyraźniejszego zabarwienia paranoidalnego, albo histerycznego, a niekiedy i katatonicznego. Pod względem symptomatologicznym należy jeszcze dodać, że sama depresja niema tutaj charakteru tak żywiołowego, tak wyływającego gdzieś z głębin instynktu czy ustroju, jak u ludzi młodszych, -- a nadto że stany manjakałne, tak często okresowo zmieniające się ze stanami melancholicznymi w wieku młodszym, tutaj, w okresie przekwitania, są już poprostu rzadkością (dowód wpływu motywów psychicznych).

Oprócz tych różnic w symptomatologii obrazu melancholji inwolucyjnej, porównywanej z psychozą manjakałno-depresyjną w wieku młodszym, można stwierdzić i inne różnice kliniczne, ponieważ melancholja inwolucyjna 1-o po raz pierwszy występuje dopiero w okresie przekwitania, 2-o obarczenie dziedziczne i konstytucja nie grają tu roli tak wybitnej, jak w przypadkach młodzieńczych (konstytucja psychiczna naszej chorej jest właśnie wyraźnie schizoidalna), natomiast urazy psychiczne, szczególnie długotrwałe troski niewątpliwie grają tu rolę większą, 3-o przebieg melancholji inwolucyjnej jest bardziej pełzający i mniej pomyślny; wprawdzie i tutaj napadowe zaostrzenia procesu chorobowego często są wyraźne, ale pozostawiają po sobie pewne trwałe ślady w psychice, i kończą się zwykle zejściem w swoisty stan zniedołężnienia psychicznego, bez otępienia intelektualnego. W ciężkich postaciach z niezmiernie gwałtownym podnieceniem lękowym (melancholja agitata), z wielką skłonnością do samouszkodzeń i samobójstwa, z odmową jedła, a na szczycie choroby z bezładem myślowym i zaburzeniem świadomości, często podupada stan cielesny i następuje śmierć wskutek powikłań przez niedomogę serca, zapalenie płuc, ropnie i t. p. W przypadkach tych *Nissl*, a niedawno *Oksala*, znajdowali rozległy zanik komórek nerwowych w korze mózgowej ze zmianami glejowemi (obrazy podobne do zmian w ostrych okresach schizofrenji).

Tak więc pod względem objawowym, przebiegu i zejścia depresje inwolucyjne zajmują stanowisko kliniczne pośrednie, jak to słusznie podkreśla *Bumke*, pomiędzy funkcjonalnymi, endogennymi depresjami

psychozy manjkalno-depresyjnej z jednej strony, a depresjami przy miażdżycowych i przedstarczych zmianach mózgu z drugiej. Wprawdzie w większości depresyj inwolucyjnych badania histopatologiczne nie stwierdzają zmian ani miażdżycowych, ani przedstarczych, ale badania *Spielmejera* jednak wykazują, że zmniejszanie się wagi mózgu zaczyna się już w 3-m lub 4-m dziesiątku lat, i idzie tylko nieco szybciej w 7 dziesiątku lat.

Przechodzimy do tej grupy psychoz, którą zazwyczaj ujmują pod nazwą „inwolucyjnych stanów paranoidalnych”, nógół występujących w okresie przekwitania znacznie rzadziej, aniżeli stany depresyjne, które są tutaj 3 do 4 razy częstsze.

Przykład: Jadwiga G. N., lat 48, panna, urzędniczka, wykształcenie średnie. Przybyła do kliniki 11.VIII.28 r., wyp. 23.VIII.28.

Chora początkowo, bezpośrednio po przybyciu do kliniki niedokładnie orientuje się w czasie i w miejscu pobytu, tłumaczy to tem, że ją przywieziono tutaj wbrew jej woli. Opowiada, że przed 4-ma laty zakochała się poraz pierwszy w życiu, mianowicie w naczelniku biura, w którym pracowała. Był to człowiek żonaty, chora jednak wie na pewno, że nie była dla niego obojętną; wprawdzie nigdy jej tego wyraźnie nie powiedział, ale często skarżył się przed koleżanką chorej, że chora jest dla niego opryskliwa, że nigdy nie chce z nim porozmawiać. Przed 2-ma miesiącami naczelnik ten zmarł nagle na serce, chora od czuła tę śmierć bardzo silnie, płakała i rozpaczała. Po pogrzebie naczelnika chora dawała na mszę za jego duszę, a równocześnie zaczęła zapytywać ekierkę i stolik o zmarłego. Zmarły rozmawiał z nią i mówił jej o swej miłości, o tem, że jest jej „mężem duchowym i kochankiem w wieczności”. Zanim ekierka wystukała, to chora już miała w myśli gotową odpowiedź na swoje zapytanie, i ta myśl kierowała jej ręką przy poruszaniu ekierki, ale pomimo tego chora zupełnie wierzy w przysięgę małżeńską, którą zmarły przez ekierkę jej składał.

W kilka tygodni później chora zaczęła już wprost słyszeć głos „męża duchowego” i prowadziła z nim długie rozmowy, bez posiłkowania się ekierką. Wtedy ogarnęła ją chęć obcowania cielesnego z mężem duchowym, którego głos rozkazał jej, aby się masturbowała 3-ma palcami, dookoła których owinęła się moc męska zmarłego. Chora to uczyniła i wtedy została zapłodniona; jeżeli lekarka powątpiewa o tem, to niech ją zbada, a sama się przekona. „Mówię pani to wszystko, bo pani i tak o tem wie, przyszedł do pani ktoś i wszystko o mnie powiedział”. Na zaprzeczenie lekarki, chora uśmiecha się: „może pani nie pamięta, a może ten ktoś był w poprzednim istnieniu pani”. W tej

chwili chora zdejmując pantofle z nóg i chowa je na piersi za koszulę, bo „głos jej tak kazał”. Również spowodu takiego rozkazu chora wraca na salę po schodach dziwacznie, niebywale wielkimi krokami, omijając linoleum; byłaby ukarana, gdyby szła inaczej.

Na sali chorych leży w łóżku, ślini się, przez pewien czas zachowuje nadane jej bierne pozycje. Przyprawiona do gabinetu klęka, błaga, aby jej nie badać, gdyż głos męża duchowego ją uprzedził, że jeśli będzie badana, to „odstąpi ją łaska, kara ją czeka”, również głos kazał jej ślinić się, aby wszyscy nabrali do niej obrzydzenia. „Pani myśli, że dla mnie to przyjemnie chodzić brudną? Ale to jest pokuta za wszystkie grzechy, duchowe grzechy. Muszę tak chodzić, aby stać się godną mego męża duchowego, dawniej zabardzo się stroiłam i dbałam o powierzchność”.

Po tygodniowym pobyciu w klinice chora zaczyna sobie zdawać sprawę z chorobowego charakteru omamów słuchowych, nie słyszy ich już wcale, zachowuje się poprawnie, przeniesiona na oddział spokojnych pracuje. Podaje dokładnie dzień, w którym po raz pierwszy usłyszała głosy i odczuła lęk, który wynikał stąd, że były to głosy szatanów, które chciały ją opanować, dlatego krzyżem ich odpędzała. Śmieje się z tego, co opowiadała tutaj po przybyciu do kliniki, częściowo nawet zaprzecza temu, co lekarka notowała.

Opowiada, że matka jej zmarła w 55 roku życia, chorowała na epilepsję i zanik pamięci. Ojciec ma 75 lat, chora mając 18 lat wyszła z domu i przez 27 lat nie widywała ojca, który sprowadził swoją kochankę do domu i potem się z nią ożenił. Chora po skończeniu pensji i opuszczeniu domu ojca była przez 17 lat nauczycielką w domach prywatnych, ostatnie 13 lat jest urzędniczką. Od roku jej menses są nieregularne, co 6 do 10 tygodni. Chora prosi o pozwolenie pójścia do spowiedzi, aby wyspowiadać się z grzechu, że starała się wyrwać tajemnice zażobowe, urządzając seanse spirytystyczne, że pragnęła obcowania cielesnego ze zmarłym człowiekiem. Twierdzi teraz, że w rzeczywistości stosunek naczelnika do niej był tylko urzędowym — „może to był z mojej strony staropanieński wybryk”. W ostatnim tygodniu przed przybyciem do kliniki chora już nie miała swojej woli, tylko narzucała się jej wola zmarłego; właściwie to, co nazywała głosem naczelnika, nie miało charakteru słuchowego, było tylko wewnętrznym narzuconym myśleniem. Raz tylko słyszała naprawdę głos Boga, który powiedział do niej „Jadziu, Bóg mówi do ciebie”. Potem zdawało się jej, że zmarły jest Chrystusem polskim, wcielonym w postać ludzką poto, aby z powojennych grzechów zbawić Polskę; miała się wyrzec zmarłego jako

człowieka, a zwrócić się ku niemu, jako Chrystusowi. Świat rzeczywisty postrzegą chora normalnie, ale żyła więcej w abstrakcji.

Po tygodniowym pobycie w klinice wypisana w stanie poprawy.

Po wypisaniu z kliniki, chora przez dwa lata ponownie pracowała w tem samym biurze, nie zdradzając objawów chorobowych, wykazywała jednak pewną zmianę charakteru, gdyż stała się bardzo pobożna, spowiadała się co miesiąc, poprzednio zaś od 20 lat nie chodziła do spowiedzi wcale. Po dwóch latach zaczęła opowiadać koleżankom w biurze, że wychodzi zamąż za swego nowego naczelnika biura, któremu przyniosła w prezencie buteleczkę wody kołocńskiej. Po bezsennej nocy moczyła swoje ręce w moczu; na zwróconą uwagę twierdziła, że to nieszkodliwe, bo mocz jest aseptyczny przez odmagnetyzowanie. W drodze telepatyczno-magnetycznej dowiedziała się, że istnieje spisek przeciwko niej i przeciw Marszałkowi Piłsudskiemu. Jest ciągle śledzona, chociaż nikogo nie widzi, każde jej słowo jest podsłuchiwane w drodze telepatyczno-magnetycznej. Słyszy wyraźnie głosy, które jej grożą, dwa razy była truta, ocalała tylko dzięki przyjaciółom, którzy ją uodpornili na wszelkie trucizny przez odmagnetyzowanie. Spiski te trwają już od dwóch tygodni, a od 10 dni narzucono jej „narzucania“, że przez mówienie głupstw wytworzy fale wibracyjne, które uratują Marszałka, także narzucano jej ruchy, które musiała wykonywać, ruchy biegania, okręcania się na pięcie, sypania popiołu od papierosa do ust, zjadania niedopałków. Jeżeli nie zostanie zaraz zwolniona z kliniki, to dziś przyjedzie jej macocha z glejtem od Marszałka, nakazującym jej wypuszczenie, a jeśli ten rozkaz nie będzie wykonany, to Marszałek przyszele oddział wojska, który zbombarduje cały szpital. Lekarza uważa za swego naczelnika biura, całuje go po rękach, przyznaje się, że prawie go pokochała.

I tym razem po 10 dniach pobytu w klinice zaczyna być bardziej opanowana i poprawna w zachowaniu; pracuje, twierdzi, że stara się nie poddawać słuchom, a po dalszych 2 tygodniach zostaje wypisana z poprawą. Potem jeszcze blisko rok pracuje w biurze, poczem po raz trzeci zostaje przyprowadzona do kliniki, wypowiada masowe urojenia prześladowcze, wykazuje halucynacje słuchowe, węchowe, smakowe i skórne. Zarzucano jej w biurze, że ma manję prześladowczą, a w rzeczywistości to ją naczelnik hypnotyzował od 3 tygodni, mścił się na niej za to, że nie chciała z nim chodzić na obiady; hypnotyzowanie to przeszkadzało jej myśleć, czuła fale, idące po nogach. Wypisana po 5 tyg. pobytu bez poprawy tym razem, okazała się już w dalszym ciągu niezdolną do pracy systematycznej w biurze.

Przypadek ten bardzo wybitnie różni się od obu poprzednich tem, że tu niema ani stanu ciągłej depresji i niepokoju, ani wogóle żadnego stałego nastroju, który opanowuje cały stan psychiczny poprzednich naszych pacjentek. Tutaj stan afektywny pacjentki wykazuje przeciwnie taką złożoność i wielostronność, jak u człowieka psychicznie zdrowego, stan uczuciowy jest zależny od chwilowego przedmiotu zainteresowań chorej. Również jak u człowieka zdrowego, u naszej pacjentki zainteresowania, idące w ściśle określonym kierunku, w pewnym czasie wybitnie przeważają nad innymi: podczas pierwszego pobytu chorej w klinice są to zainteresowania erotyczne, występujące u niej w tak dużym nasileniu, po raz pierwszy właśnie w okresie rozpoczynającego się zanikania czynności jajników; zaś podczas dwóch następnych pobytów w klinice na pierwszy plan występuje jej nastawienie prześladowczo-wielkościowe w stosunku do ludzi, będące patologicznym wzmocnieniem cech jej charakteru przedchorobowego, cechującego się podejrzliwością, obrażliwością i wygórowaną ambicją, a także pewnymi męskimi cechami charakteru, jak pewność siebie i przedsiębiorczość, a więc nastawieniem schizoidalnym.

Ale w psychice normalnego człowieka dojrzałego każda tendencja budzi szereg innych zainteresowań i tendencji, często przeciwstawnych, stanowiących filtr „rozsądku“, który hamuje popędy niewczesne lub szkodliwe dla osobnika. W okresie choroby brak tego czynnika hamującego, występującego u naszej pacjentki w sposób niezmiernie jaskrawy: jej pragnienia i obawy znajdują swój wyraz w zupełnie bezkrytycznych urojeniach i halucynacjach, tak uznawanych przez chorą za realną rzeczywistość, jak marzenia sennie są za nie uważane przez człowieka śniącego, dzięki temu, że wyższe warstwy psychiczne są nieczynne. W stanach paranoidalnych — w przeciwieństwie do marzeń sennych — ten bezkrytycyzm przejawia się jednak w pełni świadomości, po dłuższym rozwoju choroby, doprowadzającej do niedomogi hamulców krytycznych. Ten podstawowy objaw schorzeń schizofrenicznych wynika zatem z niedomogi rozwojowo i hierarchicznie najwyższych zainteresowań i tendencji człowieka, czyli jest już objawem natury ubytkowej.

Geneza stanu paranoidalnego, prześladowczo-wielkościowego, u naszej pacjentki, jest zatem równie odległa od biologicznego działania gruczołów dokrewnych wogóle i zaniku czynności jajników w szczególności, jak i wybujały erotyzm pacjentki, występujący w tym właśnie okresie. Psychologicznie zrozumiałą staje się ta geneza tylko w związku z przedchorobową konstytucją charakterologiczną pacjentki. Biologicznie nie można wyłączyć możliwości, że zanik czynności jajników,

stanowiącej jeden z czynników pobudzających czynność kory mózgowej wogóle, powoduje niedomogę przede wszystkim rozwojowo i hierarchicznie najwyższych jej funkcji; prawdopodobieństwo takiego przypuszczenia jest jednak niewielkie, jeżeli przypomnimy sobie, że procesy schizofreniczno-paranoidalne najczęściej występują w wieku pokwitania i młodzieńczym, a więc w okresie, w którym zaczyna działać na korę mózgową nowy bodziec dokrewny, mianowicie ze strony gruczołów płciowych; tutaj zatem niedomoga czynnościowa wyższych warstw psychicznych nie może być wywoływana przez brak działania na korę mózgową elementarnych bodźców dokrewnych. Istotną przyczyną powstawania stanów paranoidalnych musi tkwić zatem w schizoidalnej konstytucji psychicznej i w warunkach własnej neurodynamiki kory mózgowej, która ulega niedomodze bądź wskutek wrodzonej małej odporności, bądź też nabytej wskutek działania na korę szkodliwości natury somatycznej lub też natury psychicznej, uczuciowej. W gruncie rzeczy mamy zatem tutaj, przy paranoidalnych stanach inwolucyjnych, do czynienia z temi samemi momentami etjologicznymi, które wywołują schorzenia schizofreniczne i w wieku młodym; różnica—zupełnie zrozumiała — polega na tem, że wrodzona wybitnie mała odporność (obciążenie dziedziczne i szkodliwości, działające na gruczoły płciowe rodziców lub na życie wewnątrz-maciczne płodu) ułatwia występowanie schorzeń schizofrenicznych już w wieku młodym, podczas gdy wrodzona niedostateczna odporność w słabszych jej stopniach przejawia się dopiero w wieku późniejszym, w okresie inwolucji, i szczególnie w takich przypadkach, w których długotrwałe stany niezadowolenia z sytuacji życiowej przyczyniają się do procesu schizoidyzacji.

Klinicznie procesy paranoidalne inwolucyjne mogą się zbliżać bądź do młodzieńczych postaci schizofrenij paranoidalnych lub katatonicznych, bądź też do obrazów paranoi przewlekłej; atypowość ich polega na tem, że zwykle w postaciach inwolucyjnych paranoidalnych nie dochodzi do tak wyraźnego rozszczepienia psychicznego, jak w postaciach młodzieńczych schizofrenij, natomiast dochodzi do znacznie większej destrukcji psychicznej, aniżeli w typowych paranoiach. Zejście wszystkich tych paranoidalnych, paranoicznych i mieszanych obrazów, powstających w wieku przekwitania, jest niepomysłne, chociaż do właściwego otępienia intelektualnego nie doprowadza.

Inwolucyjne psychozy paranoidalne występują około czterech razy rzadziej, (według statystyki Albrechta), aniżeli inwolucyjne psychozy depresyjne. Fakt ten jest rażący, ponieważ w wieku młodzieńczym stosunek ten jest raczej odwrotny, a wobec tego, że życie z wie-

kiem raczej schizoidyzuje psychikę, a nie syntonizuje jej, należałoby oczekiwać stosunku raczej odwrotnego. Fakt ten zdaje się przemawiać z jednej strony za tem, że psychika wieku przekwitania, już mocno w swej strukturze ustalona i utrwalona, naogół skuteczniej się opiera rozpadowi i rozszczepieniu, pomimo schizoidyzacji, aniżeli w schizofrenjach młodzieńczych; zaś z drugiej strony budzi podejrzenie, że mechanizm powstawania młodzieńczej psychozy manjakałno - depresyjnej, cierpienia dziedziczno-rodzinnego, endogennego, jest inny, aniżeli mechanizm powstawania depresyj inwolucyjnych, wywoływanych najczęściej przez okoliczności życiowe, ujemnie, przygnębiająco wpływające na psychikę osobnika. Stąd prawie wyłączność stanów depresyjnych i wyjątkowa rzadkość stanów manjakałnych, po raz pierwszy występujących w wieku przekwitania. Można by powiedzieć, że te depresje inwolucyjne są raczej patologicznymi reakcjami nastrojowymi na przygnębiające okoliczności życiowe, wykazującemi naogół skłonność do przewlekłego przebiegu, ale w niektórych przypadkach ulegającemi wyzdrowieniu nawet po kilku, nawet po dziesiątku latach trwania, co świadczy o ich funkcjonalnym charakterze, i o ich dużej niezależności zarówno od zaniku czynności jajników jak i od procesów miażdżycowych lub przedstarczych.

Reasumując to, co mówiłem dotąd o stosunku *etiologicznym* procesu zanikania czynności jajnikowych do zaburzeń nerwowych i psychicznych okresu przekwitania, można stwierdzić, że właściwie *bezpośredniego* wpływu działania tego zaniku na układ nerwowy i na psychikę nie można wykazać, gdyż skutki tego zaniku mogą być wyrównywane przez odpowiednią zastępczą czynność innych gruczołów dokrewnych, w szczególności przez tarczycę. W licznych przypadkach, w których odpowiednie wyrównanie nie następuje, gdyż zastępcza czynność tarczycy jest nadmierną lub przeciwnie niedostateczną, występują objawy nerwowe ze strony układu wegetatywnego, z przewagą objawów nerwowych hiper- lub hipotyreoidalnych, które są tutaj pośrednim skutkiem zaniku czynności jajników, a bezpośrednim skutkiem zmienionego nasilenia pracy tarczycy. Również spotykane w tych zespołach hiper- i hipotyreoidalnych *psychiczne* objawy wzmoczenia pobudliwości afektywnej (nadmierna wrażliwość), lub osłabienia jej (osłabienie zainteresowań, stąd poczucie zniedołężnienia władz intelektualnych i pamięci), należy uważać za skutek *bezpośredniego* działania układu dokrewnego na mózgowie. Natomiast polimorfizm zaburzeń psychicznych, występujących pod określoną postacią stanów psychonerwicowych, depresyjnych lub paranoidalnych

zależy nie od warunków dokrewnych, ale od polimorfizmu osobniczych konstytucyj psychicznych, które się kształtują na podstawie: 1-o cech konstytucjonalnych odziedziczonych, i 2-o przekształceń tych ostatnich, dokonywanych w życiu osobniczym przez różne wpływy natury psychicznej. Jak widzimy, mamy tu do czynienia z warunkami niezmiernie złożonymi, gdyż jeśli mówimy o przyczynowym stosunku zaniku czynności jajników do zaburzeń psychicznych, to nie należy nigdy zapominać, że w rzeczywistości jest to stosunek całego układu dokrewnego, różnie się kształtującego u różnych ludzi, do konstytucji psychicznej, wykazującej jeszcze większe różnice indywidualne. Ale w żadnym przypadku czynniki gruczołowe nie mogą wpływać na powstanie tej lub innej klinicznej postaci psychonerwicy czy psychozy, gdyż mogą działać na korę mózgową zawsze tylko w sposób ogólnie pobudzający lub ogólnie hamujący (Basedow i kretynizm, choroba Addisona, kastracja chłopców i t. p.). W stosunku do kory mózgowej zasadę tę można uogólnić nawet jeszcze bardziej, stwierdzając, że żaden rodzaj i żadna lokalizacja ogniskowego jej uszkodzenia nie wywołują swobodnego dla nich obrazu psychopatologicznego; wszelkie zaburzenia psychiczne przy organicznych chorobach półkul mózgowych (pomijając te, które powodują stany dementyjne, jak porażenie postępujące, otępienie starcze i miażdżycowe) są również polimorficznymi i atypowymi reakcjami psychiki i jej neurodynamicznego odpowiednika w korze na te szkodliwości ogniskowe, reakcjami, których postać kliniczna, zbliżająca się do stanu manjakałnego, depresyjnego, paranoidalnego, katatonicznego, zależy od konstytucyjnej struktury psychiki, a nie od jakości lub lokalizacji anatomicznego uszkodzenia kory.

Rokowanie w psychonerwicach, powstających w okresie przekwitania, jest niepewne, z początkowego ich obrazu nigdy nie można przewidzieć dalszego ich przebiegu. W większości przypadków przebieg tych psychonerwic jest pomyslny, ale wcale nie są rzadkością przypadki takie, które się rozpoczynają od typowego obrazu neurastenicznego, psychastenicznego albo histerycznego, a po pewnym czasie występują objawy, należące do grupy schizofrenicznej i stopniowo opanowują obraz chorobowy.

Jeszcze bardziej niepewne i nie dające się w początkach przewidzieć jest rokowanie w stanach depresyjnych wieku przekwitania. Na ogół łżejsze przypadki, zbliżające się do typowego obrazu w psychozie manjakałno-depresyjnej, mają zejście pomyslnie. Często jednak przekształcają się w ciężkie obrazy, doprowadzające bądź do zejścia śmiertelnego przez powikłania cieleśne, bądź do przebiegu przewlekłego.

Rokowanie w stanach paranoidalnych wieku przekwitania jest zwykle niepomysłne, zejściem ich jest stan zniedołężnienia psychicznego bez wyraźnego rozszczepienia i bez demencji.

Leczenie stanów psychonerwicowych polega jak zwykle przede wszystkim na psychoterapii i na osobistym wpływie lekarza, który powinien tu jeszcze bardziej, niż w innych przypadkach, uwzględniać indywidualne różnice chorych. Pomocnicze środki: 1-o leczenie gruczolowe preparatami jajnikowemi, nie dające przeważnie zresztą wyraźnych rezultatów, co jest zresztą zrozumiałe wobec omówionej etiologii; 2-o ciepłe kąpiele (basen Ciechociński) i kąpiele powietrzne, według wskazań, omówionych przed kilku laty przez kol. Orzechowskiego.

Leczenie stanów depresyjnych. Środków zapobiegających powstaniu choroby lub jej rozwojowi w początkach nie posiadamy. Tylko najłżejsze przypadki depresyj kwalifikują się do leczenia domowego i to z dużymi zastrzeżeniami bardzo ścisłej obserwacji, czy sprawa się nie pogarsza i czy kontrola domowa jest bardzo ściśle zorganizowana w sposób ciągły. Wszelkie inne przypadki należy skierowywać do zakładu psychiatrycznego, ze względu na wyjątkowo wielkie niebezpieczeństwo samobójstwa. W tych przypadkach psychoterapia wywiera w najlepszym razie wpływ tylko przejściowy, również kąpiele długotrwałe. Środki farmaceutyczne nie zawsze wywierają wpływ łagodzący, często zawodzą; względnie najlepiej jeszcze działa opium (trae opii, 3 razy dziennie po 10 do 30 kropli), albo pantopon. W ciężkich przypadkach można stosować trwałe usypianie przez kilka dni — luminal (2 do 3 dz. po 0,1 do 0,2), dial w tych samych dawkach (albo iniekcje w tych samych dawkach), w najgorszych razach — scopolamina.

Leczenie stanów paranoidalnych, występujących w wieku przekwitania, jest tylko czysto objawowem i zazwyczaj wymaga pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

STRESZCZENIE.

Częstość występowania zaburzeń nerwowych i psychicznych w wieku przekwitania jest większa, aniżeli w poprzedzającym go wieku dojrzałym; ale w pewnej ilości przypadków, nie dających się liczbowo określić, okres ten przechodzi bez żadnych zmian chorobowych i do-

legliwości, a co więcej, niekiedy powoduje nawet osłabienie lub zanik istniejących przedtem stanów psychoneurwicznych.

Najczęstszym objawem nerwowym w wieku przekwitania są nawały gorąca do głowy, niekiedy z równoczesnym poceniem się i zaczerwienieniem twarzy; częste są bóle głowy, zwolnienie albo przyspieszenie akcji serca, chwiejność ciśnienia krwi, różne neuralgie i wazalgje, rozlane sensacje cielesne, obstypacja, bezsenność. Wszystkie te objawy, występujące ze strony układu nerwowego wegetatywnego, są niewątpliwie wynikiem bezpośredniego działania na ten układ tych zmian, które powstają w układzie dokrewnym pod wpływem zanikania czynności jajników. W niektórych przypadkach te objawy wegetatywne mogą dawać zespoły z wyraźną przewagą objawów nadczynności tarczycy lub jej niedomogi.

Z zaburzeń psychicznych najpospoliciej spotykamy w wieku przekwitania bądź stany wzmożonej pobudliwości uczuciowej, przeculicy, drażliwości, bądź też stany zmniejszonej pobudliwości ze skargami na poczucie osłabienia pamięci i inteligencji. Są to również przejawy wpływów dokrewnych na układ nerwowy wegetatywny. Zaburzenia te rozrastają się w niektórych przypadkach do obrazów neurastenicznych, albo psychastenicznych z natręctwem myślowem, albo wreszcie histerycznych, prawie zawsze z silnym zabarwieniem hipochondrycznym. Te obrazy wyraźnie psychoneurwiczne powstają już na tle predyspozycji psychicznej, a więc są tylko pośrednio wywoływane przez czynniki dokrewne, powodujące tutaj tylko ogólną chwiejność afektywną.

Psychozy wieku przekwitania występują pod dwiema podstawowymi postaciami, z których jedna — psychozy depresyjne — zbliża się do obrazu depresyjnego w psychozie manjakałno-depresyjnej, zaś druga — grupa inwolucyjnych psychoz paranoidalnych — zbliża się do niektórych obrazów grupy schizofrenicznej.

Z tych dwóch grup znacznie częściej spotykamy w wieku przekwitania psychozy depresyjne, aniżeli paranoidalne; psychozy manjakałne, występujące po raz pierwszy w tym okresie, są zupełną rzadkością. Melancholja inwolucyjna, tak samo jak depresja w psychozie manjakałno-depresyjnej młodszego wieku, cechuje się podstawowym nastrojem patologicznego przygnębienia z silnie obniżonym samopoczuciem, urojeniami grzeszności, ruiny majątkowej, samoponiżenia, uporczywą tendencją do samobójstwa. Ale w depresjach inwolucyjnych zamiast zahamowania myślowego i ruchowego, które zazwyczaj cechuje melancholje w młodszym wieku, występuje stan ciągłego podniecenia, niepo-

koju i lęku, często z przymieszką urojeń prześladowczych, albo objawów histerycznych. Dalsze różnice kliniczne polegają na tem, że psychoza manjako-depresyjna jest cierpieniem par excellence dziedziczno-rodzinnem (w znaczeniu dziedziczenia nie choroby, ale konstytucji psychicznej, która predysponuje do tego schorzenia), podczas gdy w melancholji inwolucyjnej czynnik dziedziczności jest mniej wyraźny, a niewątpliwie bardziej znaczną rolę grają tu urazy psychiczne, nagłe lub przewlekłe, i ogólny stan cielesny. Przebieg postaci inwolucyjnych jest naogół znacznie mniej pomysłny, często jest przewlekły, a w ciężkich postaciach często doprowadza do zejścia śmiertelnego przez powikłania cielesne, albo przez samobójstwo.

Psychozy paranoidealne wieku przekwitania występują zazwyczaj u osób, które jeszcze w okresie zdrowia wykazywały hipoparanoidealne cechy charakteru: podejrzliwość, obraźliwość, wygórowaną ambicję, często przedsiębiorczość i zaczepność, które w okresie rozpoczynającej się choroby wzmagają się stopniowo—wskutek zaniku krytycyzmu (osłabienia czynności wyższych warstw psychicznych) — do tego stopnia, że doprowadzają do urojeń ksobnych, natury prześladowczej i wielkościowej, fałszywej interpretacji spostrzeżeń i wspomnień, iluzji i halucynacji, do postępującej zmiany stosunku osobnika do ludzi, a w końcu do stępienia afektywnego i zniedołężnienia psychicznego, jednak bez otępienia intelektualnego, i — w przeciwstawieniu do schizofrenji paranoidealnej — bez wyraźnych objawów rozszczepienia psychicznego. W niektórych przypadkach występują objawy katatoniczne, które czasem mogą górować w obrazie choroby, albo dołączają się cechy psychozy depresyjnej, lub histeryczne; wogóle postaci atypowe, mieszane, w psychozach paranoidealnych — a zresztą także i depresyjnych — wieku przekwitania są tak częste, że wszelka dążność do ściślejszej klasyfikacji tych obrazów staje się bezcelowa. Przebieg zwykle jest powolny, czasem remitujący. Psychozy paranoidealne powodują głębszą destrukcję w psychice, aniżeli psychozy depresyjne, i pojawianie się cech paranoidealnych w stanach depresyjnych pogarsza rokowanie tych ostatnich.

Z powyższego wynika, że niema nerwic ani psychoz, swoistych wyłącznie dla wieku przekwitania; ale ten okres przełomowy nadaje jednak symptomatologii i przebiegowi znanych skądinąd obrazów chorobowych, jeśli po raz pierwszy występują w tym wieku, pewne swoje cechy. Najczęstsze występowanie wprawdzie nie identycznych, ale jednak pokrewnych psychoz w czasie dwóch biologicznie zupełnie przeciwstawnych procesów pokwitania i przekwitania, jest mocnym

dowodem, przemawiającym za *nieswoistym i niebezpośrednim wpływem czynników gruczołowo - dokrewnych na powstawanie tych psychoz*, tak samo zresztą — jak widzieliśmy — jak i psychonerwic. Różnice w symptomatologii i w przebiegu tych psychoz wynikają z różnic konstytucji przedewszystkiem psychicznej, a zapewne i cielesnej w obu tych okresach życia. Rokowanie w większości psychonerwic i łagodnych postaci depresyj jest pomyślne, ale nigdy nie jest pewne, bo w dalszym przebiegu obraz choroby może się wikłać. W ciężkich postaciach depresyj i w psychozach paranoidalnych rokowanie jest niedobre. Leczenie psychonerwic przedewszystkiem psychoterapeutyczne, stany depresyjne (niebezpieczeństwo samobójstwa!) i paranoidalne wymagają umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym.

JEAN MAZURKIEWICZ.

LES TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES DE LA MÉNOPAUSE.

R É S U M É.

La fréquence des troubles nerveux et psychiques dans la ménopause est plus grande qu'à l'âge qui la précède; mais, dans un nombre des cas, les femmes passent leur stade d'involution imperceptiblement, et parfois même leurs troubles nerveux préclimactériques disparaissent à la ménopause.

Les troubles nerveux de la ménopause sont tous d'ordre végétatif. Il faut les attribuer à l'action directe des changements, provoqués dans les corrélations des glandes endocrines par la disparition de la fonction des ovaires. Parfois le tableau de ces troubles végétatifs révèle la prépondérance plus ou moins nette de symptômes de l'hyper- ou de l'hypothyroïdisme.

Parmi les troubles psychiques de la ménopause, il n'y a que l'excitabilité affective, augmentée ou diminuée, qui peut être due directement aux facteurs endocrines, car, ils n'agissent pas sur l'écorce cérébrale d'une façon spécifique; ils ne peuvent qu'exciter ou inhiber son activité générale. Toutes les variétés des neuroses (neurasthénie, psychasthénie, hystérie) et des psychoses (dépressives, délirantes) ont leur genèse dans la constitution psychique préclimactérique, innée ou acquise; la ménopause y joue seulement un rôle d'un des multiples agents pro-

vocateurs, qui peuvent faire apparaître ces entités morbides, chez les sujets prédisposés.

Il est intéressant de noter, que les deux processus biologiques bien opposés, celui de l'apparition et celui de disparition de la fonction des ovaires, provoquent les troubles psychiques bien semblables, et notamment, la psychose maniaque-dépressive à l'âge de la maturité et la psychose dépressive à l'âge de la ménopause d'un côté, et de l'autre -- la démence précoce (schizophrénie) à l'âge de la maturité et la psychose délirante à l'âge d'involution. C'est une belle preuve, que l'action endocrine, exercée sur l'encéphale, n'a rien de spécifique. Les différences cliniques, assez notables, que l'on constate entre ces tableaux cliniques à l'âge de la maturité et de la ménopause, sont dues aux différences de la constitution psychique et de la constitution somatique à ces deux stades de la vie de l'organisme féminin.

Dr. KAZIMIERZ PELCZAR, Prof. U. S. B.

ZAGADNIENIE GOŚCICA U DOROSŁYCH W ŚWIETLE NOWSZYCH POGLĄDÓW ZE SZCZEGÓLNM UWZGLĘDNIENIEM LECZNICTWA ZDROJOWISKOWEGO.

Jest niezaprzeczoną zasługą badaczy ostatnich lat, zwłaszcza anatomo-patologów, że potrafili z pojęcia gościca i cierpienie pokrewnych wyłonić dość jednolity obraz spraw chorobowych, których łączność z punktu widzenia etiologii nie ulega narazie wątpliwości.

Znaczna ilość prac omawiających tę sprawę, starających się ująć gościc z coraz to bardziej nowoczesnego punktu widzenia i mających za zadanie ustalić systematykę i podział kliniczny, zwalnia mnie w tym krótkim referacie od wyczerpującego podejmowania sprawy gościca. Chciałbym jedynie dorzucić do tego i tak już obszernego piśmiennictwa polskiego parę uwag, będących wyrazem po części najbardziej zasadniczych poglądów ogólnych w tej sprawie jak i niektórych własnych spostrzeżeń.

W nowszej wytycznej dla sprawy gościca punktem wyjścia są bezwątpienia badania *Aschoff'a* nad histologią gościca, t. j. stwierdzenie w mięśni sercowym i w stawie zajęty guzka gościcowego, guzka *Aschoff'a*, które pozwoliło wydzielić tę sprawę chorobową z szeregu innych spraw chorobowych o charakterze swoistym.

Dalsze badania szeregu autorów pozwoliły znaleźć ten guzek, nie tylko w stawach zajętych, ale i w tkance łącznej całego ustroju, we wszystkich organach wewnętrznych. Musimy jednak pamiętać o tem, że dane te odnoszą się przeważnie do spraw najcięższych, o przebiegu przewlekłym lub co gorsza czasem do spraw, które w pojęciu klinicystów nie mogły być ujęte jako sprawy gościcowe. Guzek reumatyczny albo gościcowy, jest wyrazem a właściwie zejściem, spłynięciem się drobnych zmian, określanych przez *Klingego* jako naciek wczesny. Takie rozlane nacieki znajdowano wszędzie, nawet w mięśni i okostnej; należy jednak

wziąć pod uwagę różnice, jakie mogą zachodzić w związku z budową poszczególnych narządów. Dopiero praca histologa może te zmiany zidentyfikować. Po drugie musimy przyjąć jako pewnik, że rozprzestrzenienie się sprawy w ustroju jest o wiele dalsze i częstsze w różnych organach, zwłaszcza w organach wewnętrznych, niż to było do tej pory przez klinikę przyjęte. Jeżeli jeszcze n. p. przyjmujemy według *Klingego*, że i rwa kulszowa związana jest z wytworzeniem się typowego guzka w nerwie kulszowym, wtedy zasięg spraw rozszerzy się niepomieranie i pozwoli Striffowi wyosobnić trzecią wielką grupę obok kiły i gruźlicy, gościec jako granulomatosis rheumatica.

W patogenezie gościa spotykamy się obecnie bardzo często, a właściwie ciągle z pojęciem alergji. Słusznieby było dodać alergji nieswoistej. Będzie to może równoznaczne z nowem szerszem pojęciem patergji. Pod tem pojęciem rozumie *Rössle* wszystkie objawy chorobowe, sprowadzone przez odmienną, nabytą lub wrodzoną zdolność do odczynów. Chce *Rössle* przez to podkreślić, że sprawa chorobowa i jej istota leży w charakterze odczynu na dany bodziec.

Innemi słowy, w każdym więc procesie patergicznym wchodzą we wzajemnym stosunku w rolę dwa czynniki, t. j. bodziec sprowadzający pewne naruszenie równowagi w żywej materji, drugi: odczyn mający za zadanie naruszoną równowagę sprowadzić do normy.

Gröer w swoim bardzo ciekawym wykładzie o istocie pathergometriji rozpatruje te dwa czynniki, ich wzajemny stosunek w oznaczaniu klinicznym przebiegu alergji.

Zasadnicze dwie sprawy, które nas w tej chwili mogą obchodzić, są te, że charakter odczynu zależy od wrażliwości badanego i od bodźca działającego. Zasadniczym bowiem procesem w goścu ma przecież być opisane przez *Roesslego* zapalenie hiperergiczne. Zostało ono ujęte jako odczyn, występujący w swej klasycznej postaci w odczynie Arthusa, a więc w odczynie anafilaktycznym. Odczyn ten występuje jak wiadomo u zwierząt uczulonych obcem białkiem, którym po pewnym okresie podamy podskórnje lub doskórnje to samo białko. Skala nasilenia odczynu Arthusa jest bardzo wielka. Przechodzi ona od nieznacznego obrzęku, sprowadzonego naciekiem zapalnym z różnem natężeniem składników wysięku, poprzez zmiany wybroczynowe aż do martwicy w miejscu zastrzyku. Skala bardzo szeroka i zależna nietylko od stopnia uczulenia, ilości wprowadzonego antygeny, drogi, jaką antygen wprowadzamy, ale też od wrażliwości osobniczych zwierzęcia doświadczalnego. Można u zwierząt tego samego gatunku i tej samej rasy, w tych samych warun-

kach doświadczalnych, otrzymać wynik negatywny, a więc brak wszelkiego odczynu.

Jest tu więc istotną nietylko wrażliwość danego osobnika, ale także zdolność jego do „przerobienia” przyjętego antygenu.

Pojęcie hiperergicznego zapalenia w reumatyzmie, związane jest z pracami *Weintrauda*, *Chwostka* i *Friedbergera*, który u uczulonych królików sprowadzał surowicą wśródstawowe zapalenie. *Swift* i *Klinge*, a zwłaszcza ten ostatni w doświadczeniach swoich dowiedli częściowo, że uszkodzenie reumatyczne jest odpowiedzią w postaci hiperergicznego odczynu w ustroju uczulonym. Ta reakcja jest według nich najbardziej typowa, jest swoista dla gościa. Jest ona swoista jako reakcja, ale nie jest swoista dla zarazka, albowiem tak jak odczyn alergiczny można sprowadzić rozmaitemi antygenami, często nawet antygenami pokrewnymi, tak przecież różne czynniki w patogenezie reumatyzmu mogą odgrywać rolę.

Zasadniczo, można powiedzieć, że zmiana goścowa zależnie od umiejscowienia jest wyrazem, odczynem miejscowym, powstającym w ustroju alergicznym, a więc w ustroju, którego zdolność do odczynu jest inna w ustroju zdrowym, normergicznym. Wiemy bowiem dobrze, że niektóre zarazki, zwłaszcza streptokoki, sprowadzają zmiany ropne, septyczne, miejscowe lub ogólne, których w żadnym wypadku nie nazwiemy goścowymi. Z drugiej strony wiemy również, że samo istnienie ogniska zapalnego nie wyjaśnia powstania sprawy, ani nie tłumaczy jej genezy. *Schotmiller* słusznie wskazał, że streptokok zieleniejący prawie zawsze istnieje i bardzo wielu ludzi jest jego nosicielami, mimo to osobniki te nie zapadają. Z drugiej strony musimy wziąć pod uwagę także możliwość zakażenia bezobjawowego, t. zn. że ustrój zakaża się danym zarazkiem, przechodzi proces chorobowy, którego wyrazem będzie pewna zmieniona wrażliwość, objawów chorobowych jednak stwierdzić nie będziemy w możności. Będzie to więc, jak obecnie w ścisłym pojęciu nosoparazytyzmu pewna sprzeczność z surowemi prawami *Kocha*. Sprzeczność jednak pozorna, która zmusza jedynie do wypowiedzenia poprawki o ogromnym znaczeniu dyspozycji w stosunku do zakażenia. Nie można więc wraz z *Bergmannem* mówić, że niesłusznem jest wierzyć, że powstanie procesów zapalnych przez stwierdzenie swoistych zarazków zostało dostatecznie wyjaśnione, ponieważ zarazki, zarówno w doświadczeniu, jak i w naturalnych warunkach, nie mogą sprowadzić u ludzi zdrowych prawdziwego schorzenia. *D. Lange* mówi, w jakim stopniu i w jakim zakresie w chorobach zakaźnych wogóle prawdziwe zakażenie zdrowych osobników jest możliwe i w jakim stopniu należy przyjąć dyspo-

zycję do powstania choroby, musi się jednak rozpatrzyć je dla każdej infekcji oddzielnie. Jeżeli cytuję tutaj za Neergardem te zdania to chodzi mi jedynie o zaznaczenie, w jak nierównym stopniu zachodzą możliwości zakażenia i jego skutki w ustroju normergicznym, jak mogą się po za tem te sprawy zachowywać w ustroju patergicznym.

Na ten fakt wskazuje nam przedewszystkiem już sama klinika gościa, mam bowiem mówić o gościcu u dorosłych, a więc u ludzi, u których zdolność do przystosowywania się jak i zdolność do odczynu, ujęte w postaci krzywych, krzyżują się, przechodząc w późniejszym wieku do stałego zmniejszania się odczynowości, podczas gdy przystosowanie, dochodząc do najwyższego punktu w wieku dojrzałym, wznosi się jeszcze nieznacznie do ostatnich lat życia. To też rozwój i przebieg gościa, jakkolwiek inny jest przed okresem dojrzewania lub podczas niego, inny w wieku dojrzałym i starszym, to jednak jest on chorobą nieomijającą żadnej fazy życia ludzkiego.

W przeciwieństwie do pierwszych faz życia pojawia się gościec stawowy, zwłaszcza gościec członków w latach późniejszych, szczególnie pod koniec czwartego dziesiątka lat. Jest to gościec przeważnie przewlekły i ponieważ objawy kliniczne jego różnią się od objawów ostrego gościa, uważano nawet sprawy te za odmienne postacie chorobowe. O ile w przewlekłym gościcu stawowym ludzi młodych sprawa pojawia się przeważnie jako gościec przewlekły wtórny, świadczy to o niczem innym jak o tem, że ostre stadjum było u nich zauważone i ujęte. Natomiast jeżeli w późniejszym wieku występuje pierwotny gościec stawowy, świadczy to o tem, że ostry klasyczny gościec jest rzadki lub trudno uchwytny. To też w późnym wieku sprawa nie występuje jako ostra, gwałtowna, połączona z wysoką gorączką, ale jako stan przewlekły, łagodniejszy ze szczególnem usadowieniem się w członkach, w których pojawiają się ciężkie, głęboko sięgające zmiany; natomiast narządy wewnętrzne jakoby ustępowały na plan drugi. W ten sposób wygląda, jakgdyby w wieku młodym ulegały przedewszystkiem narządy wewnętrzne, w wieku średnim po okresie dojrzewania obserwujemy klasyczny polyarthritis, klasyczną morbus Bouillaud, w wieku późnym sprawa mieści się przeważnie na obwodzie.

Nie są to jednak ściśle reguły, ponieważ wszystkie postacie mogą w każdym wieku występować. Według statystyki *Coburna* polyarthritis występuje w późniejszym wieku dziecięcym. Po okresie dojrzewania przybiera na częstości i jako już arthritis najczęściej pojawia się u dorosłych.

Von Neergard w swoich bardzo ciekawych wywodach nad reumatyzmem porusza sprawę czynnościowej patologii gościa.

Gdy klinika zajęta jest porządkowaniem systematyki gościa, w tych przypadkach, które dzięki swej klasycznej postaci nie ulegają wątpliwości co do swego charakteru, to jednak pozostaje ogromna liczba chorych, u których istnieją tylko subiektywne dolegliwości, które jak to podnosi *Neergard*, straciły wszelką wiarę dla poważnego lekarza nie tylko w czasach dawniejszych, ale zwłaszcza teraz, w czasach panowania opieki społecznej. Niemożność ustalenia etiologii, lub brak zmian anatomicznych zmusza do ucieczki, do stereotypowych rozpoznawań, które jednak w żadnym wypadku nie przynoszą ulgi chorym, pozbawionym możliwości pracy i radości życia. Prawdopodobnie, sprawy te mogłyby być lepiej poznane, gdyby częściej mogły się nimi zająć kliniki; niestety są to wszystko sprawy banalne, do których najczęściej nawet poważny lekarz niema podejścia.

Neergard nawołuje w tym wypadku do pewnego zwrotu do dawnych lekarskich metod, a mianowicie do dokładnej i ścisłej anamnezy. Podnosi tutaj rolę powiązania ścisłego badań klinicznych z fizjologią patologiczną, rozszerza ją do patologii czynnościowej, wyzwalać myślenie lekarskie z czysto tylko morfologicznego obrazowania. Przeciwstawia innemu słowy patologię dynamiczną, statyczną. Są to rzeczy trudne.

Lekkie sprawy zakażeń utajonych czy bezobjawowych, przebiegające niepozornie, stapiają się w jedno z klasycznymi obrazami chorób zakaźnych. Nie możemy zrozumieć jednych bez drugich. Wielkie są możliwości na tej drodze. Trudność jednak ujęcia może prowadzić do rozmaitych błędów, do niebezpieczeństwa powiązania spraw nienależących do siebie. Tym niebezpieczeństwem, obejmującym coraz większym kręgiem patologię funkcjonalną można się przeciwstawić, lecz nie należy się ich obawiać. W końcu ostateczny bilans tych prac, według *Neergarda*, będzie pozytywny. Należy zburzyć mur oddzielający sprawy funkcjonalne od organicznych, od nerwowych.

Na tem oparciu o patologię czynnościową należy rozumieć związki między t. zw. czynnościowymi obrazami gościa, jako pewną podstawę do systematyzacji. To, że ujęcie tego rodzaju najczęściej spotyka się w ustach laików, nie może być dla nas podstawą do krytyki, że ujęcie tego rodzaju powraca do poglądów medycyny z lat minionych, poglądów, które utrzymały się mimo wszelkiej teorii i nabrały znowu ostatnio barwnego obrazu, nie może być czynnikiem, któryby nas w naszych rozmyślaniach sprowadzał ze słusznej drogi. Nie jesteśmy skazani tylko

na pierwociny myśli lekarskiej, bowiem w ujęciu obecnem ogólnego obrazu gościa czynnościowego i organicznego każdy z nas stwierdza zależność od zmian atmosferycznych, pór roku, wilgoci i zimna, zmienności objawów, wrażliwości na leczenie temi samemi grupami środków lekarskich. Ich codzienność, ich banalność, przeszkadza często w odpowiedniem ich ujęciu.

Wielu takich czynnościowych reumatyków jest pozornie zdrowych. Przy dokładnem badaniu nawet trudno znaleźć jakieś odchylenie. Dopiero czasem mogą narzucić się niektóre spostrzeżenia, świadczące o zakażno-toksycznym podłożu sprawy. Skłonność do potów nocnych, występujące czasem silne znużenie, przechodzący brak łaknienia, częste zapalenie gardzieli, pojawiająca się glositis papillaris, przelotny zły wygląd z hektycznem zaczerwienieniem policzków, częste zaziębienia są to objawy, niebędące wyrazem stałej konstytucji, któreby można uważać tylko wyłącznie jako pewne stygmata wazoneurotyków, albowiem z poprawą stanu chorego znikają wszelkie te zaburzenia. Mógłbym się tutaj zwrócić do pięknego referatu *Mestera* z 1930 r., w którym autor rozpatruje schorzenia reumatyczne na tle zaburzeń wegetatywnych i konstytucjonalnych. Autor chce tutaj, wychodząc z pewnej konstytucji, znajduwanej u goścowych, znaleźć w niej związek przyczynowy, podłoże dla powstawania schorzeń stawów; moglibyśmy odwrócić tę tezę, moglibyśmy twierdzić, że schorzenia goścowe sprowadzają zaburzenia inkretoryczne, że one same stwarzają pewną przejściową konstytucję nabytą. Oprócz tego należy u chorych tych nadmienić cały szereg obiektywnych danych klinicznych, jak bardzo często leukopenję, limfocytozę, białkomocz nieznacznego stopnia, cylindrurję, urobilinogenurję, często przyspieszone opadanie krwinek czerwonych i t. d. Ze te objawy także spotykamy u zdrowych, nie jest według Neergarda zarzutem słusznym, albowiem wszystkie te objawy znikają w razie polepszenia się stanu chorego, podczas ciepłego lata lub w przebiegu leczenia antireumatycznego. Często takie błahe objawy wyzwalają się w klasycznym goścucu, ale musimy o tem pamiętać, że od najprostszych form aż do najcięższych istnieje nieprzerwany szereg. Żeby zapobiec nieporozumieniom, musimy według Neergarda zastanowić się na czem polega różnica pomiędzy schorzeniem czynnościowem a organicznem, pojęcia, tak przeciwstawiane sobie do niedawna w medycynie. Z punktu widzenia patologji czynnościowej będą to wczesne lub późniejsze stadja tego samego schorzenia, które przy pełnym rozwoju choroby mogą dojrzeć do morfologicznego ich ujęcia. Mogłoby się здаwać, że patologja czynnościowa pragnie rozmaite luki uzupełnić i przypadki schorzeń czynnościowych ująć w jeden

system. Jednak istnienie zmian czynnościowych w goścucu może być ujęte równie dobrze jak przypadki stwierdzane histologicznie.

W ten sposób zdawałoby się być usprawiedliwionem i korzystnym ująć lekkie czynnościowe przypadki goścucowych nerwobólów i mięśniobólów jako formy poronne i wczesne i włączyć je do systemu prawdziwego reumatyzmu.

Jest rzeczą zupełnie słuszną, że rozmaite goścucowe dolegliwości rozmaitego pochodzenia, które z goścucem prawdziwym nie mają nic do czynienia, choćby np. bóle imitujące rwę kulszową, w razie zmian anatomicznych w miednicy małej nie mają z naszym ujęciem nic wspólnego i muszą być i mogą być z tego ogólnego obrazu wyłączone.

Jeżeli jeszcze raz dla przypomnienia przytoczymy, że sprawa, uważana dotychczas za czynnościową, jak rwa kulszowa, okazała się jednak schorzeniem, w którym stwierdzić histologicznie możemy tło goścucowe, należy być ostrożnym w lekkim traktowaniu spraw czynnościowych.

Jeżeli jednak chwilowo pominiemy te mniej uchwytnie, jak to nazwaliśmy czynnościowe postacie goścca, to wystarczy nam zatrzymać się choćby na zdobyczach anatomji patologicznej, która w wysokim stopniu daje bardzo przekonujący materiał o ogólności schorzenia. Pozwala ona wyjść o wiele dalej poza pierwotne pojęcie polyarthritus rheumatica lub ostry gościec stawowy i można wprost mówić o goścucu jako chorobie całego ustroju.

Poszczególne obrazy układają się w cały system, w którym da się jednak przeprowadzić, zależnie od objawów, a zwłaszcza od lokalizacji schorzenia, odpowiedni podział. Prób podziału do tej pory było bardzo dużo i nie chcę w sam podział wchodzić, a tylko przytoczę nowsze poglądy w tej sprawie. *Talatajew* na podstawie spostrzeżeń anatomo-patologicznych wypracował cztery typy, z których pierwszy obejmuje klasyczny poliartretyczny typ, zamykający układ naczyniowo-sercowy, polyarthritus, i względnie poliserositis; drugi: typ sercowy, bez zajęcia stawów; trzeci: typ ambulatoryjny, z zajęciem układu naczyniowego i sercowego, bardzo często pomijany i nierozpoznawany jako goścucowy, wreszcie typ myokardjalny bez zapalenia wsierdzia, klinicznie nieujmowany jako goścucowy. Jest to pierwsza próba ujęcia szerszego i wyjścia poza ciasne pojęcie goścca sercowego.

Klinge na podstawie swoich doświadczeń jak i innych badań, proponuje podział, który jednak nie wyklucza równoczesnego występowania innych postaci goścca. Podział jego opiera się raczej na pewnej typowej lokalizacji spraw goścucowych jak również uwzględnia i zejście ich. Proponuje on podział na 3 najważniejsze grupy:

1. Klasyczny poliartrytyczny typ, właściwy ostry reumatyzm stawowy, polyarthritus rheumatica.
2. Typ trzewny, schorzenie organów wewnętrznych, szyi, piersi, brzucha, poza tem serca, aorty i błon surowicznych.
3. Typ obwodowy, schorzenia członków, stawów, ścięgien, mięśni i nerwów.

Czy podział ten jest kompletny i wystarczający, przyszłość pokaże.

Muszę tu wspomnieć jeszcze o podziale *Neergaarda*, może najbardziej uwzględniającym obecne pojęcie o reumatyzmie. Podział *Neergaarda*, który biorąc wszystkie dane dotychczasowe pod uwagę, proponuje ująć gościec w jedną zasadniczą wielką grupę gościa prawdziwego albo istotnego, rheumatismus verus, który w swoim podziale obejmowałby całość ustroju, a poszczególne postacie zniekształcającego, ostrego, przewlekłego reumatyzmu obwodowego czy też trzewnego rozpatrywałby jako zejście lub też mniej lub więcej swoisty dla danego osobnika przebieg spraw chorobowych. Ujęcie to usuwałoby nazwę, proponowaną przez *Fahra* granulomatosis rheumatica, jak i pojęcie rheumatismus specificus *Gräffa*, jako zbyt wąskie. Autor słusznie wychodzi z założenia, że zarazek swoisty gościa nie jest znany i że niepotrzebnie wysuwa się etiologię sprawy na plan pierwszy.

Poza tem samo pojęcie rheumatismus infectiosus wysunięte przez *Gräffa*, *Weila* i *Leichtentrita* nie ujmuje zasadniczo sprawy ze względu właśnie na brak ujęcia specjalnego tła alergicznego. Zresztą, jak wiemy, stany podobne można wywołać u zwierząt, nie posługując się zarazkami. Autor w pojęciu gościa prawdziwego ujmuje dwie grupy: obwodowy i trzewny wewnętrzny (*Besançon*). Pojemność tego podziału jest ogromna, bo można przypuszczać, że gościec trzewny jest częstszy niż gościec obwodowy.

Że guzki gościcowe spotyka się w mięśniu secowym nawet nie u gościcowych, stwierdzili już dawniej *Lubarsch*, *Fränkel* i *Geipel*. Ogńska takie w sercu były uważane za objaw uboczny. W systematycznych badaniach *Wilda*, obejmujących 139 sekcji z najrozmaitszemi przyczynami śmierci, znaleziono blizny gościcowe w 46,7%, przyczem tylko w 21 przypadkach z wywiadu można było stwierdzić równocześnie lub przedtem przebyty gościec stawowy.

Obok pojęcia gościa prawdziwego autor proponuje jeszcze pojęcie pseudoreumatyzmu albo gościa rzekomego. Ujęcie to ma za cel tylko zróżnicowanie sprawy; do rzekomo gościcowych zaliczyć bowiem można wszystkie te, co do których etiologii możemy być pewni, a które tylko objawowo mogą wchodzić w rachubę. Jest to jednak pojęcie wpro-

wadzone przez *Boucharda* i *J. Bauera* o „tak zwanym” reumatyzmie. Krótko powiedziawszy, do pseudoreumatyzmu mogą być zaliczone te wszystkie sprawy, które sprowadzają gośćcowe cierpienia, a poza tem według swojego obiektywnego stanu, zmian stawowych np., mogą być uważane za gościec lub mogą być z nim pomieszane. Mogą to być więc zarówno sprawy infekcyjne, a więc gruźlicze, kiłowe, durowe i t. d., sprawy związane z zatruciami, sprawy związane z zaburzeniami przemiany materji, wymienię chociaż *arthritis urica*, *arthropatia ochronotica*, czy *calcinosis universalis*, wreszcie cały szereg spraw w chorobach krwi, jak *arthropatia haemophilica* czy inne, w których objawy gośćcowe występują jedynie jako objaw towarzyszący, nie będąc w istocie objawem sprawy chorobowej.

Autor porusza jeszcze jedną grupę t. zw. spraw gośćcowych, które właściwie należy zaliczyć do gośćcowych, do których w pierwszym rzędzie zalicza ogniskowy gościec kokowy przewlekły oraz chorobę *Stilla*. Sprawę tę pozostawia w zawieszeniu o tyle, że w przypadku gdyby się dało stwierdzić jednolitość etjologii streptokokowej gośćca, w takim razie mógłby on być włączony do spraw wymienionych wyżej pseudoreumatycznych, (rzekomo gośćcowych). Sprawa ta jest związana z będącem obecnie w dyskusji pojęciem gośćca stawowego, jako sprawy czysto ogniskowej, gdzie istnienie ogniska zakaźnego w ustroju prowadzioby do schorzeń obwodowych i wewnętrznych.

To bardzo jednolite postawienie teorii ogniskowej reumatyzmu nie jest w całości przyjęte, to też głosy są za i przeciw. Gdy przed 23 laty w 1912 r. *Davis* stwierdził w „*rheumatoid arthritis*” hemolityczne streptokoki na migdałkach pacjentów i zdołał wyhodowaniami szczepami wywołać zapalenie stawów u królików, gdy *Rosenow* w 1914 roku wyhodował streptokoki z gruczołów limfatycznych, gdy następnie inni jak *Moon* i *Edwards* w 1917 roku, *Richards* w 1920 roku, *Hadjopoulos* i *Burbank R.* w 1927 roku stwierdzili streptokoki u podobnych chorych, mogło się здаwać, że sprawa jest jasna. Gdy *R. Cecil*, *Nicholls E.* i *Stainsby* wyhodowali z 154 przypadków gośćca stawowego w 62% streptokoki, to jednak gdy weźmiemy innych badaczy jak *Nye* i *Waxelbauma*, poza tem *Davsona*, *Olmsteada* i *Bootsa*, to ci ich nie znaleźli.

Badania dały częściowo podstawę do powstania pojęcia oral sepsis, zwłaszcza po rozwinięciu prac *Huntera* z przed 30 lat o tonsillar sepsis, nasale sepsis i t. d.

Schottmüller słusznie wskazał, że streptokoki zieleniejące prawie zawsze mają siedzibę w ustroju i bardzo wielu ludzi jest nosicielami ognisk, a mimo tego do powstania sprawy chorobowej nie przychodzi.

Bieling podnosi, że rzadko usunięcie ogniska daje wyleczenie. Nawet według *Rosenowa* usunięcie ogniska, z równoczesnym zastosowaniem szczepionek, prowadzi w 61% przypadków do wyleczenia, podczas gdy bez usuwania ognisk, dzieje się to według niego w 26% przypadków; natomiast pogorszenie, w razie nie usunięcia ognisk i niestosowania leczenia szczepionkowego, następuje tylko w 47%, podczas, gdy przy zastosowaniu jednego i drugiego tylko w 22%.

Te jednak rezultaty według *Bielinga* uważano za skutek samego zabiegu. Wogóle cała bardzo ciekawa praca *Rosenowa* o pewnej specjalnej lokalizacji streptokoków pewnego rodzaju w tych samych miejscach u człowieka i u królika jest bardzo problematyczna. Jeszcze o ile chodzi o wywołanie przez *Bielinga* u koni zmian na zastawkach i w stawach, to niezależnie czy to się odbywa przez szczepienie streptokokami czy pneumokokami czy lasecznikami czerwoni, powstaje podobny obraz zmian, są one, według *Bielinga*, wyrazem pewnego odczynu miejscowego ustroju, przygotowanego uprzednio przez powtarzające się infekcje, ale nie nowe, lub wtórne ognisko zakaźne. Jednak te zmiany badane przez *Gräffa*, nie są typowym obrazem gościa zakaźnego, ale tylko odczynem ogniskowym.

Według *Eksteina* podaje *Neergard*, że *Ingerman* i *Wilson* znaleźli u 88 dzieci w 76% recydywę gościcą zarówno po wycięciu migdałków jak i przed nim. *Coburn* i *Hiller* spostrzegali gościec stawowy u wielu dzieci nawet po wycięciu migdałków.

Pemberton wśród 400 żołnierzy z przewlekłym gościcem stwierdzał lepszy przebieg gościa stawowego bez wycinania migdałków, niż u grupy żołnierzy po usunięciu migdałków.

Wilson, *Ling* i *Croxford* u 413 dzieci z ostrym reumatyzmem nie znaleźli po wycięciu migdałków jakiegokolwiek dodatniego wpływu na pojawienie się nawrotu i przebieg wad serca.

Przypisywanie więc mechanizmowi zakażenia ogniskowego głównej roli w powstawaniu gościa byłoby przy tych danych co najmniej przedwczesne. Może zanadto upraszczałoby sprawę gościa i sprowadzałoby wyłącznie do jednego, może najłatwiej dostępnego, tłumaczenia, opartego na stwierdzaniu ogniska zakaźnego w ustroju. A przecież sama kwestja zakażenia, jak to już podnosiłem, chociażby w myśl wywodów *Ludwika Hirszfelda*, ostatnio wygłoszonego odczytu *F. Eisenberga* z Krakowa, a zwłaszcza monografji *Höringa* „o równowadze między zarazkiem, a nosicielem i jej zaburzeniach w przebiegu choroby”, da się ująć w jednym zdaniu *Curtiusa*, że „era niezgodnego z rzeczywistością

uproszczającego monokauzalizmu ustąpiła miejsca warunkowemu kondycjonalnemu ujmowaniu zjawisk”.

W to pojęcie warunkowości wchodzi ostatnio wysuwane związki między zjawiskami alergii a właściwościami ustroju. Mówimy bowiem, że wyrazem tej zmienionej odczynowości ustroju jest przebieg drugiej fazy, jaka pojawia się chociażby w odczynach śródskórnych. Nie jest moim zadaniem wchodzić tutaj w stopień reakcyj i w ich przebieg, o ich nieswoistości lub swoistości dużo w ostatnim czasie się mówi, zwłaszcza w rozmaitych stanach, skórnych lub też zakażeniach swoistych (np. gonokokowem).

Badania w tym kierunku (nieogłoszone) przeprowadziliśmy w Wilnie z *Ryll-Nardzewskim* nad zawartością własności komplementarnych surowicy krwi i równoległością tych spraw z odczynami skórnymi, bądź to pod wpływem szczepionek swoistych bądź też nieswoistych czynników.

Związek ten dał się wykazać i można z całą pewnością stwierdzić, że jednym z tych czynników, które regulują przebieg odczynów skórnych, są własności dopełniające krwi danego osobnika. Z drugiej strony przeprowadziliśmy szereg badań nad różnymi sprawami chorobowymi, zwłaszcza w przeważnej części przypadków nad chorymi nowotworowymi, przyczem znaczna ilość, około 80 badań u chorych na rozmaite postaci gościa.

Badania te, o ile chodzi o nowotwory, dały w przeważnej części (70%) wzmocnienie własności dopełniających w surowicy. W badaniach naszych surowic gościcowych zwłaszcza w przypadkach przewlekłych, zwrócił uwagę naszą już przed 3 latami szczegół obniżenia własności dopełniających ich surowicy. Chcę jednak zaznaczyć, że na 150 przypadków surowicy zdrowych obniżenie własności komplementarnych nie wychodziło poza 0,12 cm³ surowicy, gdy z drugiej strony w znacznym ich odsetku, bo w 12% własności te były wyższe, niż normalnie. Porównując jeszcze inne dane innych autorów, chociażby *Ranziego*, *Thomsena* i dawniejszych niemieckich, możemy stwierdzić pewną stałość zawartości dopełniacza surowicy krwi; inna rzecz, że własności te mogą ulegać wahaniom, ale wahaniom przejściowym. Badania chorych przeprowadzane całymi miesiącami, wskazywały na pewną stałość w utrzymaniu się komplementarnego poziomu surowicy. Odchylenia, jakie spotykano, mogły występować w stanach gorączkowych, po zadziałaniu rozmaitych bodźców nieswoistych, po znacznych wysiłkach fizycznych, przy zadziałaniu na układ siateczkowo - śródbłonkowy i t. d. Są to więc sprawy, któreby wskazywały, zgodnie z pojęciami innych autorów, że odczyno-

wość ustroju, byłaby związana z pewnymi własnościami surowicy krwi, z jej własnościami komplementarnymi.

U osobników, u których odczynowość ustroju mogłaby ulegać jakimkolwiek wahaniom, przebieg spraw zakaźnych a zwłaszcza alergizacja ustroju, może ulegać wahaniom, dając w rezultacie, odczyn słaby, lub jeżeli ujmijemy sprawy gośćcowe jako zapalenie hiperergiczne, wówczas tylko niektóre komponenty zapalenia ujawniają się w odczynie w sposób bardziej wyraźny, dając w rezultacie odczyny o różnym nasileniu i różnej postaci.

Tę samą nie mogliśmy się zgodzić z *Weilem* na podstawie naszych obserwacji, zresztą zgodnych z obserwacjami *Wasilkowskiej-Krukowskiej*, że w okresie odczynu gośćcowego, który Weil ujmuje jako wstrząs anafilaktyczny przychodzi do spadku właściwości dopełniających w surowicy. Wręcz przeciwnie w okresie fazy gorączkowej gościa, a więc w razie zaostrenia się sprawy, można było stwierdzić zwiększenie własności komplementarnych.

Inna rzecz, że właściwości komplementarne, zwłaszcza w tych okresach, są naogół zawsze niższe, niż u ludzi normergicznych.

Tem samym moglibyśmy uważać pojęcie *Morgenrotha* o odporności depresyjnej, wysunięte przez *Weila*, nie za skutek spraw alergicznych, ale za pewną, właściwą danemu ustrojowi, postać odczynowości. Zresztą należałoby i to także wziąć pod uwagę, co zresztą stwierdzić można u królików alergizowanych za pomocą białka obcogatunkowego, że wstrzykiwanie białka, t. j. uczulanie spowodza pewne wzmoczenie własności komplementarnych, co się wyraża przeciw wzmocnieniem zawartości euglobulin w surowicy, równocześnie ze wzrostem przeciwciał.

U gośćcowych, w okresach nawet wolnych od napadów nie znaleźliśmy wzmocnienia własności dopełniających surowicy.

Możnaby powiedzieć, że obniżenie własności dopełniających surowicy, albo niemożność wyzwolenia zespołu dopełniającego w surowicy w okresie wstrząsu alergicznego, a więc w obecności nawet niweczników, doprowadza do zmiany odczynu alergicznego, do jego osłabienia, do pojawienia się odczynu częściowego, w którym może nie wszystkie czynniki zapalenia hiperergicznego będą reprezentowane.

Za taki odczyn możemy uważać odczyn w gościcu zwłaszcza przewlekłym.

Leczenie swoiste gościa mogłoby iść w paru kierunkach, w zależności od okresu i stanu choroby. Jeżeli przyjmujemy bowiem istnienie alergii, możemy przyjąć istnienie antygenu i przeciwciał. Musimy więc przyjąć konieczność istnienia warunków do powstania wstrząsu.

Odczulając ustrój możemy iść w paru kierunkach, albo, hamując produkcję przeciwciał, lub wiążąc te ciała zapomocą iniekcji odpowiednich antygenów, lub też doprowadzając do antianafilaksji i temsamem do braku powstawania odczynów miejscowych wskutek zniwelowania czynnika swoistego.

Stosowane jednak leczenia szczepionkowe w szerszym zakresie głównie zapomocą wyosobnionych w poszczególnych przypadkach streptokoków nie dały naogół wyników zachęcających ani u *Rosenowa* ani u *Cecila*, jakkolwiek leczenie to w niektórych przypadkach może mieć skutek dodatni.

Z polskich autorów stosowali je *Mester*, *Rytel* i inni. Leczenie to może być jednak uważane także za leczenie nieswoiste, którego rozległość i różnorodność jest olbrzymia, którego jednak zasadniczem działaniem jest pobudzenie sił ustrojowych. Jest rzeczą wiadomą, że każde działanie nieswoiste wiąże się ze zwiększeniem własności dopełniających surowicy krwi. Jaki jest mechanizm tego zjawiska, na to odpowiedzieć trudno; sądzimy jednak, że ten najważniejszy czynnik, związany z frakcją euglobulinową, odgrywający tak wielką rolę w stanach zapalnych, zwłaszcza w stanach regulacyjnych pobudzających procesy reperacyjne i proliferacyjne w tkankach uszkodzonych, odgrywa tutaj niepomniernie ważną rolę.

Chciałbym poruszyć jeszcze jedną sprawę związaną z ostatnimi badaniami chemicznymi nad składnikami osocza, względnie surowicy krwi u gościcowych.

W ostatnich czasach, głównie dzięki badaniom *Kay'a*, a następnie *Bodańsky'ego*, *Robisona*, *Martlanda* i innych określono bliżej zawartość w surowicy ludzkiej czynników odszczepiających P ze związków organicznych. Pomijając badania związane z obecnością tych fosfatów w mięśniu i ich rolę w skurczu mięśnia, czem ostatnio zajmował się *Parnas*, i jego współpracownicy, zwróciliśmy uwagę na zawartość fosfatów w surowicy ludzkiej w różnych stanach chorobowych, posługując się metodą inkubacyjną *Kay'a*; *Murzicz* oznaczał zawartość glicerofosfaty, następnie adenylfosfaty, guanylfosfaty i tymonukleinfosfaty w surowicy ludzi zdrowych, ludzi dotkniętych sprawami nowotworowymi oraz w sprawach gościcowych. Musimy przy tem zauważyć, że poziom tych fermentów, ich wzajemny stosunek, oznaczany według ilości odszczepianego P w jednostkach, utrzymuje się u tych samych osobników w pewnych nawet dłuższych okresach czasu na jednakowym poziomie.

Różnice u poszczególnych osób nawet zdrowych są dość znaczne, lecz stałe. W ostatnich czasach ukazała się w *Klin. Wochenschrift* pra-

ca autorów brazylijskich o różnej zawartości glicerofosfatazy we krwi ludzi cierpiących na gościec stawowy, Stwierdzili oni przytem, że w przypadkach, w których zachodzą zmiany kostne, a więc zmiany związane ze zniszczeniem tkanki kostnej kołostawowej jak i ze zmianami struktury kości, zachodzi zwiększenie zawartości fosfatów we krwi. To samo ma zachodzić według Bodański'ego i w innych w rozmaitych zaburzeniach gospodarki mineralnej w kościach, jak również przy sprawach nowotworowych pierwotnych i wtórnych.

W badaniach naszych zdołaliśmy stwierdzić przedewszystkiem, że następuje zwiększenie glicerofosfatazy we krwi w przypadkach pierwotnych nowotworów kości, czy też przewlekłych zmian zapalnych np. na tle gruźlicy.

W wypadkach jednak goścca i to przeważnie goścca stawowego, mogliśmy stwierdzić obniżenie się zawartości nie tylko glicerofosfatów ale także i adenylo- guanylofosfatazy czasem bardzo znaczne. Wyjątek stanowiły przypadki ostre, w których mieliśmy do czynienia z podwyższeniem ciepłoty ciała, lub w przypadkach leczonych zapomocą terapii bodźcowej. Wartości w niektórych stanach bezgorączkowych były bardzo niskie, daleko poniżej normy. Również w stanach, w których stwierdzano zmiany kostne, nie stwierdziliśmy zwiększenia fosfatów; zwiększenie to występowało jedynie dopiero po zastosowaniu terapii bodźcowej z równoczesną poprawą choroby.

Dane te skłoniły nas do przeprowadzenia badań na zwierzętach, przyczem można było stwierdzić, że u królików normalnych jednorazowy zastrzyk białka obcogatunkowego nie wpływa w znacznym stopniu na obniżenie fosfatów we krwi. Natomiast u zwierząt, uczulanych przez czas długi białkiem obcym, znaleziono stosunkowo niski poziom fosfatów we krwi.

Jeżeli teraz chodzi o występowanie reakcji wtórnej, a więc szoku anafilaktycznego lub też odczynów skórnych, dalej postaci fenomenu Arthusa, to z danych eksperymentalnych można było stwierdzić, że odczyn anafilaktyczny zachodzi ze zwiększeniem się glicerofosfatów we krwi. Zwiększają się również i nukleofosfatazy, w razie braku odczynu zwiększenie to jest nieznaczne lub może wpływać obniżająco. Czynniki hamujące odczyn anafilaktyczny, zwłaszcza odczyny skórne, wpływają obniżająco na zawartość glicerofosfatazy, powodują natomiast zwiększenie guanylofosfatazy. Do ciał, które hamują zjawienie się odczynów Arthusa jak to stwierdziła *Breza*, należy kefalina, fosfatyd znajdujący się w ustroju w elementach krwi, w tkankach, a czynny w krzepnięciu krwi jako cytozym. Działanie odczulające kefaliny w szoku anafilaktycznym

mieliśmy sposobność stwierdzić w doświadczeniach naszych, wykonanych jeszcze przed 3 laty. Jakkolwiek działanie to jest zawile i trudno podać mechanizm jego działania w ustroju, stosowaliśmy odpowiednie rozczy-ny kefaliny w przewlekłych stanach gośćcowych, przyczem we wszystkich przypadkach można było stwierdzić subiektywne i obiektywne polepszenie stanu chorych, polegające na obniżeniu bolesności i nawet w przypadkach gwałtownych bólów mięśniowych, a więc myalgji, nerwo-bólów na tle gośćcowem.

Leczenie schorzeń gośćcowych w uzdrowiskach musi być omówione z punktu widzenia trzech zasadniczych czynników, które w leczeniu uzdrowiskowem w grę wchodzi, t. j. działanie cieplne, mechaniczne, specjalne działanie kąpiei mineralnych, wreszcie działanie picia wód.

O ile chodzi o dwa pierwsze, to możemy je uzyskać i kąpielami w wodzie czystej. Należy jednak wziąć pod uwagę różnicę temperatury skóry i otoczenia i nasilenie odczuwania ciepła, co w znacznym stopniu wpływa na ukrwienie skóry i oddawanie przez nią ciepła. Działanie ciepła będzie tem silniejsze, im większa będzie powierzchnia zetknięcia i dłuższe jego działanie; woda przewodzi ciepło 28 razy lepiej i posiada więcej jak czterokrotnie większą pojemność cieplną aniżeli powietrze. Inaczej też jest odczuwane ciepło powietrza niż wody. Powietrze między 18 a 20° C, woda natomiast między 34 a 36° C jest indyferentna. W artretyzmie przedewszystkiem korzystny jest czynnik cieplny, a więc kąpiele wyżej 36° C. Skóra staje się jasno czerwoną i silnie ukrwiona spowodu rozszerzenia tętnic i kapilarów.

Ramię, uciśnięte w ciepłej kąpiei, staje się cyjanotyczne, po wyjęciu go z wody przekrwienie utrzymuje się dłużej. Możliwe, że zachodzi tutaj produkcja substancyj rozszerzających naczynia. Gorące kąpiele powodują skurcz mięśni, bledność skóry i tworzenie się gęsiej skórki.

Dopływ krwi do skóry przy zastosowaniu ciepła odbywa się z naczyń jamy brzusznej, zmniejsza się lepkość i zawartość białka we krwi, indeks opsoniczny zwiększa się, cukier krwi opada na 2 — 3 godzin. Zmniejsza się także zawartość gazów krwi żyłnej i zbliża się do zawartości krwi tętniczej. Zwiększa się krążenie limfy i chłonięcie z tkanki podskórnej i z jam ciała. Działanie jest niegłębokie, niegłębiej niż 3 — 4 cm od powierzchni skóry. Zwiększa się przeziw niedostrzegalny (*perspiratio insensibilis*) i oddawanie bezwodnika kwasu węglowego. Praca mięśni zmniejsza się. Również zwiększa się wrażliwość skóry, wyrażająca się zwiększeniem się bąbli po doskórnych zastrzykach adrenaliny. Działanie to idzie równolegle do działania pilokarpiny, możnaby więc ciepłym kąpielom przypisać działanie wago-tonizujące. Nie jest jasną

przyczyna kojącego bóle wpływu ciepła, zwłaszcza ciepłych kąpiei. *Gold-scheider* przyjmuje, że drażnienie nerwów cieplnych obniża pobudliwość nerwów bólowych. *Bornstein* i *Budelmann* znajdują, że chronaksja czuciowych nerwów skóry i ruchowych podskórnych mięśni jest przedłużona w kąpiei; możliwe, że zbiega się to kojące działanie ciepła ze zmianą przewodnictwa. Podniesienie się ciepłoty ciała może nastąpić dzięki utrudnionej regulacji fizycznej, to też ciepłota podniesiona po gorącej kąpiei utrzymuje się przez czas dłuższy. Oddawanie potu odbywa się także pod wodą; utrata wody po gorącej kąpiei może sięgać do 3 kg. Skład krwi zmienia się, zmniejsza się rezerwa alkaliczna, zwiększa się poziom kwasu moczowego i cukru we krwi, zmniejsza się ilość potasu, podnosi się wapnia.

Mechaniczne działanie w kąpiei zachodzi wskutek utraty ciężaru przez wypartą wodę. Obciążenie więc aparatu ruchowego w kąpiei jest małe i ruchomość jest zwiększona nawet w razie bolesnych zmian w częściach miękkich stawów. Rozumie się, że w kąpielach solankowych, mułowych lub borowinowych o wyższym ciężarze gatunkowym jest ona większa. Kąpiele mułowe i borowinowe posiadają szczególne własności chemiczne i mechaniczne. Posiadają one mniejsze przewodnictwo ciepła niż woda, ciepło właściwe jest również mniejsze niż wody. Oddawanie ciepła przez borowinę jest stosunkowo małe. Punkt indyferentny leży o 2—3 stopni wyżej niż w kąpiei wodnej. Gęstość mułu hamuje ruchliwość ciała. W gorących kąpielach borowinowych ciało przyjmuje ciepło tylko z najbliższej warstwy otaczającego mułu. Zasadniczą rzeczą jest to, że możemy tutaj osiągnąć znaczne nagromadzenie ciepła bez podrażnienia nerwów cieplnych. Jakże jeszcze, prócz tego, inne procesy chemiczne lub fizyczno - chemiczne w kąpielach mułowych zachodzą, jest niewyjaśnione.

Działanie kąpiei mineralnych było przez długi czas nieokreślone. Starano się wyróżnić działanie czynników mineralnych od działania ciepła. Przedewszystkiem chodziłoby tutaj o działanie chemiczne, tylko takie byłoby dla danej kąpiei mineralnej swoiste i tłumaczące odmienne ich działanie w zależności od zawartości soli w kąpiei. Problem ten łączy się z problemem przepuszczalności *permeabilitas* skóry.

Według *Overtona* stanowią prawo ogólne dla komórek: przepuszczalność możliwa dla ciał rozpuszczalnych w tłuszczach i w wodzie, nieprzepuszczalność dla rozpuszczalnych w wodzie.

Badania *Schwenkerbechera* dowodzą, że przez skórę może przez osmozę nastąpić wyrównanie stężenia między skórą, a płynem otaczającym. Odnosi się to do ciał rozpuszczalnych tłuszczowych, także dla kwasu salicylowego, borowego, węglowego i siarkowego.

Z ciał wchodzących w skład kąpeli mineralnych wchodzi w grę kwas węglowy, bezwodnik siarkowy oraz emanacja radowa (*Harpuder*). Wszystkie te ciała wnikają podczas kąpeli do ciała, wydawałoby się więc, że inne składniki kąpeli mineralnych są bez znaczenia, te dane jednak nie odpowiadają doświadczeniu klinicznemu, które dowodzi o pewnym wpływie wód mineralnych na skórę. Nie jest ona tylko wyłączone powłoką, ale czynnym narządem biorącym udział w procesach regulacyjnych. Badanie krwi i wydzielin nie może nam dać odpowiedzi na to pytanie, gdyżby bowiem występowały nawet minimalne zmiany, to wyrównanie zachodzące między skórą, a resztą ciała nie pozwalałoby tych zmian wykazać. Natomiast może być mowa w kąpeli o bezpośredniej wymianie ciał między skórą a wodą, przyczem chodzi głównie o rozpuszczalne w wodzie elektrolity. Wyjaśniły te kwestje badania *Reina*, który te sprawy zapoczątkował; przy pomocy badań elektrofizjologicznych stwierdził on, że przy przepuszczaniu przez skórę prądu stałego komórki skóry pochłaniają kationy barwnikowe natomiast anjony nie wnikają. W tego rodzaju doświadczeniach wzrasta poza tem przewodnictwo i kwasność cieczy w elektrodach, co pozwalało przypuszczać, że elektrolity przechodzą ze skóry do roztworu.

O ile odprowadzi się prądy własne skóry zapomocą różnie zestawionych elektrod płynnych, wtedy po zmierzeniu potencjału dyfuzji można stwierdzić, że w wysokich rozcieńczeniach soli następuje wymiana kationów ze skórą; stężone roztwory soli są dla skóry bardziej potencjonalne, wtedy przechodzą anjony i kationy. Skóra zachowuje się jak błona ujemnie naładowana. Wymiana jonów między skórą, a otaczającym płynem da się również i chemicznie określić, ma się rozumieć po uwzględnieniu różnych koniecznych poprawek. Wskutek zetknięcia się skóry ze słabo rozcieńczonym 1/100 n. kwasem solnym lub ługiem sodowym można po jednej do dwóch godzin stwierdzić neutralizację płynów.

Stosunki dla poszczególnych kationów są tu rozmaite. Oddawanie i przenikanie różnych jonów zależy od reakcji płynu od stężenia i rozwoju jonów potasu, sodu wapnia CO_2 i chloru.

Tak więc według dotychczasowych badań stwierdził *Rein* a potem *Bucking*, że nabłonek graniczny jest przepuszczalny głównie dla kationów. Dodatni jon (kation) łatwiej przechodzi ze skóry niż ujemny (anjon) i to tem znacznie, im wyższe jest rozcieńczenie soli t. zn. im większa jest różnica koncentracji między zawartością elektrolitów a opłukującą skórę solą.

Ujemne jony (anjony) zostają natomiast adsorbowane na porach naskórka i prowadzą do elektroujemnego ładunku naskórka. W rzeczywistości jest ten ładunek nabłonka wartością niestałą w zależności od tego, czy płyn obmywający jest słabo kwaśny czy słabo zasadowy. W zależności od tego ładunku skóry zmienia się na elektroujemny lub elektrododatni. Skoro jednak raz się ustalił, kąpiel zwyczajna lub jednowartościowa neutralna zmienia go z trudem. Alkalja we wszystkich koncentracjach ładują skórę elektroujemnie, również bardzo słabe kwasy. Kwasy o małym stężeniu jonów wodorowych zachowują się więc podobnie jak zasada. Zjawisko to znajduje wytłumaczenie w tem, że punkt izoelektryczny naskórka równa się Ph 3,7, przy tem stężeniu skóra jest rozładowana i nie adsorbuje żadnych jonów.

Oprócz jonów wodorowych i hydroksylowych działają na skórę również katjony i anjony, przyczem katjony działają jak jony wodorowe, anjony jak jony hydroksylowe. Dwa czynniki wpływają jednak zasadniczo na zmianę przenikania elektrycznego do głębszych warstw. Pod wpływem ogrzania następuje bowiem zmiana w zdolności przenikania jonów do głębszych warstw skóry. Należy tylko zaznaczyć, że w alkalicznych kąpielach ciepłych, które skórę ładują elektroujemnie zachodzi zmiana w przepuszczalności głębszych warstw naskórka, t. j. zwiększenie jej. W kwaśnych kąpielach ciepłych, które ładują dodatnio, jest przepuszczalność tem mniejsza, im mniejsza jest koncentracja soli. Ponieważ także wielowartościowe katjony działają na ładunek skóry podobnie jak jony wodorowe, hamują wielowartościowe jony jak wapń termoreakcję skóry, o ile koncentracja otaczającego płynu jest mała.

Zatrzymałem się nieco dłużej nad tym nowo przez *Kellera* wprowadzonym i wyjaśnionym mechanizmem transmineralizacji skóry, gdyż chodziło mi zasadniczo o stwierdzenie, w jakim stopniu może następować zmiana mineralizacji w ustroju nie tylko przez picie wód, ale i przez kąpiele. Bowiem wskazówki, polegające wyłącznie na empirji, są może jeszcze zbyt nieściśle, zwłaszcza przy biologicznem ujęciu sprawy leczenia zdrojowiskowego. Teoretyczne rozważania powinny pokrywać się z obiektywnymi klinicznymi spostrzeżeniami; o ile bowiem z zasięgu leczenia zdrojowiskowego należy wyłączyć przypadki, w których swoiste leczenie może mieć doraźny wynik, to główną dziedziną będą schorzenia, w których stosowanie bodźców nieswoistych będzie korzystne. Nie należy jednak sądzić, żeby leczenie zdrojowiskowe wykluczało chemiczne leczenie bodźcowe i naodwrot. Są znane liczne przypadki, chociażby

chronicznych schorzeń stawów, w których chemiczne leczenie bodźcowe zawodzi, a balneoterapia jest korzystna.

Nie jest mojem zadaniem stawianie tutaj ścisłych wskazań balneoterapeutycznych. Najkorzystniej zwłaszcza wygląda balneoterapia w przewlekłych gośćcowych schorzeniach stawów, w gośćcowych schorzeniach mięśni i nerwów. Źródła mineralne o różnym chemicznym składzie, zarówno szczawy, solanki, jak i źródła siarczane i borowiny mają podobny skutek. Ten stan rzeczy, że samo źródło w tak rozmaitych stacjach, jak w przewlekłych zmianach zejścia ostrego gościa stawowego i w gośćcach zniekształcających, daje podobne skutki, przemawia raczej za tem, że balneoterapia w tym przypadku może być uważana za bodziec nieswoisty, prowadzący do przestrojenia stosunków w organizmie.

Jak widać z niniejszego przedstawienia, leczenie zdrojowiskowe kąpielami byłoby przedewszystkiem leczeniem nieswoistym, bodźcowem. Poza tem nie da się jednak zaprzeczyć wpływu poszczególnych kąpeli w zależności od ich składu mineralnego, przyczem największe znaczenie przypisujemy solankom o większem nasyceniu i wodom siarczanym.

Wchodzi tu więc jeszcze w grę rola siarki.

Z poprzedniego przedstawienia rzeczy wynika wyraźnie, że bezwodnik siarkowy przenika w kąpeli przez skórę do ustroju. Jakież działanie ma siarka? Możemy powiedzieć tyle, że siarka we wszystkich możliwych połączeniach ma działanie korzystne i to nietylko pobierane w postaci kąpeli, maści, wody, ale zaczęto ją ostatnio stosować i wewnątrznie. Siarka zawarta w ustroju jest przedewszystkiem w stawach, a zwłaszcza w chrząstce, i to nietylko w postaci kwasu chondroityno-siarkowego, ale jak to już wskazał *Mahoudeau* i *Tonnet*, w postaci siarki obojętnej w ilościach dość znacznych. Według *Loepera* rola siarki jest niezwykle ważna w równowadze fizyczno-chemicznej tkanki. Stężenie jonów wodorowych utrzymane jest w chrząstce dzięki zawartości kwasu chondroityno-siarkowego. Związek siarki z powstawaniem glikogenu i z wytwarzaniem się kwasu hexoso-fosforowego jest potwierdzony. Chrząstka starzejąc się ubożeje w chondrynę, ubożeje w siarkę. W sprawach gośćcowych utrata siarki wynosi około $\frac{4}{5}$ zawartości, w tym samym czasie wzrasta ilość soli wapniowych. Równocześnie można stwierdzić zaburzenia ogólnej przemiany siarkowej.

Według *Loepera* i *Boerego* znajdujemy siarkę w postaci obojętnej i utlenionej w surowicy, w pełnej krwi zaś także w postaci glutathionu. Obniżenie zawartości glutathionu powoduje natomiast zwiększenie się zawartości siarki. Stosunek całej siarki do glutathionu jest według *Loe-*

pera, *Tonneta* i *Lesura* niższy u chorego na gościec niż u zdrowego. Poza tem tkanki u osobnika dotkniętego goścem posiadają według *Loepera* większą chłonność dla S.

Podsiarczyny, podawane chorym, są zatrzymywane chciwiej i wydalane z ustroju z moczem w mniejszej ilości niż u człowieka zdrowego.

Nie chcę wchodzić w tej chwili w ważną rolę związków S w przewodzie pokarmowym i w przemianie materji. Najbardziej charakterystyczny jest wpływ S na przewlekłe schorzenia gościcowe. I tu właśnie leży ten ciekawy punkt lecznictwa siarkowego. Niezależnie od tego, czy podawana w postaci wód mineralnych, w iniekcjach czy jako S koloidalna, w zastrzykach dożylnych, czy śródmięśniowych, czy w postaci związków organicznych S, tiosulfatów złota według Foerstiera, czy rodanu potasowego według *Maiereamero*, ma mieć swoje znaczenie. *Loeper* podaje zawiesinę S w oliwie zaczynając od 0,01 gr. w dawkach zwiększających się. Również stosowany preparat połączenia S z żelatyną — sufrogel — ma być korzystny.

Jest rzeczą ciekawą, że podawanie wód siarczanych ma zmniejszać objawy wstrząsu lub też działać odtruwająco. Dane te stwierdzili jeszcze w r. 1914 *Arloing*, *Langero* i *Ricard*. *Nicolini* w r. 1930 stwierdził, że S wprowadzona do ustroju po reiniekcji antygenu hamuje lub osłabia stany wstrząsowe.

Gdybyśmy chcieli rozpatrywać z tego tylko punktu widzenia działanie wód mineralnych, to należałoby wziąć pod uwagę działanie wszystkich innych składników, zwłaszcza także rolę katjonów dwu- i wielowartościowych w działaniu przeciwwstrząsowym wód mineralnych. Według *Loepera* i *Mougeota* mają one przeciwdziałać spichrzaniu w układzie śródbłonkowo-siateczkowym.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że w stanach alergicznych przeważa wago-tonja, związana często z przewagą jonów potasowych nad wapniowemi. Nie o te jony nam jednak chodzi. Na rolę katjonów dwu- i wielowartościowych w działaniu odczulającym i przeciwwstrząsowym zwrócili uwagę badacze francuscy; ostatecznie więc *Billard*, *Laville*, *Mougeot* i *Aubertot* wykazali, że działanie wody mineralnej zależy od zawartości w danej wodzie katjonów, precypitacja ich bowiem zapomocą kwasów tłuszczowych powoduje, jak to wspomniani autorowie stwierdzili, utratę powyżej wspomnianych własności wód mineralnych.

Laussedat w r. 1912 pierwszy zwrócił uwagę, że działanie wód alkalicznych u ludzi odpowiada działaniu przeciwwstrząsowemu.

Billard stwierdził w r. 1913 działanie wód w Royat. Cieplice alkaliczno-słone działają na świnki morskie w ten sposób, że śródtrzewnowe stosowanie wody Royat w ilości 2—4 ccm. przez 20 dni uniemożliwia występowanie wstrząsu anafilaktycznego u uczulonego zwierzęcia.

To samo stwierdzili *Arloing* i *Vauthey*, badając działanie wód Vichy, cieplic alkaliczno-sodowych, *Ferreyrolle* badając wody la Bourboule, cieplicy alkaliczno-słonej.

Nie chcę tutaj wchodzić w teorie humoralne działania wód mineralnych przy hamowaniu szoku anafilaktycznego przez podawanie wód mineralnych. Ochrona przed wstrząsem anafilaktycznym nie jest zjawiskiem czysto chemicznym. Doświadczenia czynione z dwuwęglanem sodu przez *Kopaczewskiego* i z chlorkiem sodu przez *Guy-Laroche'a* są jak dotąd zbyt niejasne i mogły wykazać tylko znikome osłabienie wstrząsu anafilaktycznego przez sole otrzymane z wód mineralnych.

Należy wziąć pod uwagę działanie wód mineralnych jako pewnego zespołu, którego nie potrafimy wytłumaczyć tylko wyłącznie składem chemicznym.

Straus w jednym ze swoich ostatnich wykładów mówi wprost otwarcie, że działanie wód mineralnych możnaby porównać w pewnym zakresie ze skutecznym leczeniem homeopatycznym.

Oddziaływanie wody mineralnej na fermenty ustrojowe, na obronną czynność wątroby, na układ nerwowy i t. d., wszystko są to czynniki, które nam częściowo tłumaczą działanie filaktyczne wód mineralnych. Z innych koncepcyj należy wspomnieć o hipotezie *Henrijeana* i *Kopaczewskiego*, którzy uważają, że woda mineralna gra rolę nieswoistego bodźca wstrząsowego stosowanego w małych dawkach podwstrząsowych.

Wszystkie te tłumaczenia byłyby dobre, o ileby chodziło wyłącznie o hamujące działanie wód mineralnych. Z doświadczeń jednak *Meinera* wykonanych w wileńskim zakładzie patologji ogólnej nad wodą z Buska i to podawaną doustnie, podskórnie i śródtrzewnowo, wynika jeszcze ważny szczegół, związany ze zmianami krwi w okresie uczulania, a więc w okresie podawania białka obcogatunkowego w dawkach po sobie następujących.

Podawanie białka, jak to zebrał zwłaszcza *Walbach* ostatnio w swojej monografji, wykazuje 4 fazy przesunięcia obrazu białego krwi, a to: neutropenji początkowej, neutrofilji wtórnej, ze wzrastającą stopniowo monocytosą, wreszcie limfocytozę i eozynofilję. Kolejne podawanie białka w ilościach małych powoduje zatrzymanie reakcji na neutrofilozie, która wzrasta coraz znacznie ze wzrastającą równocześnie monocytosą.

Ta monocytoza równocześnie z leukocytozą idzie równolegle z pobudzeniem myeloblastycznych funkcji szpiku kostnego, wraz z następującym uczuleniem ustroju. Jest rzeczą charakterystyczną, że króliki *Meinmera*, które otrzymywały wodę Buską ze źródła Nr. 1, nie wykazywały zmian w obrazie krwi, charakterystycznych dla tych, jakie powstają po zadziałaniu białkiem obcogatunkowem, tem samem sam proces uczulaniu nie pozostawiał żadnych śladów w postaci wzmożonej anafilaksji.

Tem samem można zgodzić się z twierdzeniem autora, że woda Buska, niezależnie od jej sposobu podawania, ma działanie odczulające. To odczulające działanie jest właściwe nietylko wodom Buskim ale, jak z przytoczonych badań wynika, i innym wodom mineralnym o składzie odmiennym.

Chodziłoby tu więc zupełnie wyraźnie o podawanie wód mineralnych nietylko drogą sztuczną, więc taką, jakiej się w zdrojowiskach nie stosuje, bo dootrzewną lub podskórną, ale też doustnie, jak to najczęściej ma zastosowanie.

Czy jest to działanie chemiczne czy bardziej ogólne biologiczne, tego stwierdzić nie możemy. Naogół wody alkaliczne działają u ludzi, według *Laussedata*, przeciwwstrząsowo. Podobnie działają wody alkaliczno-słone, sodowe, a jak u nas wykazał *Meinemer* w badaniach nad wodą Buską, siarczano słoną, hipertoniczną o odczynie słaboalkalicznym, to działanie to zaznacza się nietylko przy powstawaniu wstrząsu, ale także podawane w okresie uczulenia wpływa na stopień uczulenia. Działanie zawile i niejasne; podnoszę je z tego względu, że o ile chodzi o działanie wód w leczeniu gośćca, pojętego szeroko nietylko jako schorzenie stawów, ale organów wewnętrznych, to jednak to działanie wód podawanych nawet w niewielkich ilościach, zaznacza się dodatnio.

Łącząc te dane doświadczalne z wynikami leczniczymi, możemy stwierdzić, że leczenie tego rodzaju, będące w pełni nieswoiste, oparte równocześnie na własnościach odczulających danego związku, potwierdza w całości alergiczną postać schorzeń gośćcowych. Jest rzeczą zrozumiałą, że teren na którym się te sprawy rozwijają, jest niezwykle różny, że w ocenianiu jego należy brać pod uwagę szereg czynników natury konstytucjonalnej, których znaczenie narazie zaledwie w ułamkach jesteśmy w możności podać. Nie mogę z tego miejsca powtarzać raz jeszcze ogólnie znanych i uznanych w terapii gośćca czynników farmakologicznych. Rzeczy te zostały ostatnio ujęte w pracach *Latkowskiego*, *Mestera*, *Suszczyńskiego* i *Millera*, nie mówiąc już o dawniejszych pracach *Rytla* i *Sabatowskiego*, *Raszeji*, *Rosego* i innych. Są one powszech-

nie znane i przyjęte, i opierają się na rozległych danych z piśmiennictwa. Moje zadanie chciałem ograniczyć do pewnej analizy samej sprawy chorobowej oraz przypuszczalnego teoretycznie, a tak uzasadnionego empirycznie leczenia zdrojowiskowego gościa.

ZUSAMMENFASSUNG.

DIE FRAGE DES ERWACHSENENRHEUMATISMUS IM LICHTE
NEUER ANSCHAUUNGEN MIT BERÜCKSICHTIGUNG DER
BALNEOTHERAPIE.

In einem kurzen Vortrag versucht der Verfasser eine Analyse der gegenwärtigen Anschauungen über die Grundlagen der Lehre vom Rheumatismus und seiner balneologischen Behandlung zu geben.

Dank der anatomischen Vorschung gelang es das Aschoffschen Knötchen als besonderen Ausdruck der rheumatischen Gewebsreaktion deren Ausbreitung im Organismus als rheumatische Gewebsschäden fast unbegrenzt zu sein scheint im Kernpunkt der Rheumafrage zu stellen. Seine Erscheinung wird dem pathergischen Geschehen der allergischen Gewebsreaktion, im allergischen Organismus zugeschrieben, wobei aber die individuelle Reaktivität des Organismus, die nicht nur mit dem Alter in Zusammenhang steht, aber auch in einer nach den Angaben des Verfassers verminderten Komplementgehalt des Serums, besonders in der chronischen Form der Erkrankung seinen Ausdruck findet. Es wird auch über eigene Untersuchungen über die Phosphatasenverminderung im Blute von Rheumakranken und über antiallergische Kefalinwirkung berichtet. Alle diese Ergebnisse werden als Stütze der allergischen Depressionsimmunität angeführt.

In der Auseinandersetzung der teoretischen Grundlagen der balneologischen Behandlung der Rheumakrankheit werden die Behandlungsfaktoren d. h. Bäder und Trinkkuren, deren experimentel gestützte phylaktische und anti-anaphylaktische Wirkung einen besonderen Ausdruck fand, als eine unspezifische Reiztherapie dank seinen noch nicht in allen Einzelheiten analysierbaren biologischen Eigenschaften betrachtet.

Docent ADOLF WOJCIECHOWSKI (Warszawa).

LECZENIE ZDROJOWISKOWE W CHIRURGJI.

Postępy czysto techniczne ostatnich czasów sprawiły, że w schorzeniach chirurgicznych bezwiednie i niejako odruchowo wysuwamy na pierwszy plan jako główny czynnik leczniczy zabieg operacyjny. Nie jest to słuszne i z radością stwierdzić należy, że zrozumienie konieczności wykorzystywania równoległe i innych możliwości leczniczych, czy to zamiast operacji, czy też jako środków uzupełniających jej działanie, zyskuje obecnie coraz większe rozpowszechnienie.

Chirurg współczesny w odróżnieniu od niedawnych jeszcze czasów rozumie dobrze, jak wielki wpływ na ostateczny wynik jego poczynań operacyjnych posiadają warunki terenu, w tym rzędzie przemiana materji. Co więcej, zapatrywania posunęły się tak daleko, że w niektórych czołowych klinikach zagranicznych do każdego chorego, który ma się poddać operacji, bywa przydzielany specjalista z dziedziny przemiany materji, już przed wykonaniem zabiegu. Rola jego polega na zbadaniu i ew. wyrównaniu odchylen w przemianie materji, posiada on głos doradczy w sprawie wyboru chwili do wykonania zabiegu i co do rodzaju znieczulenia, wreszcie czuwa nad przebiegiem pooperacyjnym, a zwłaszcza nad gospodarką wodną, azotową i węglowodanową tudzież pH ustroju. Jak wielkie znaczenie posiada np. nasycenie ustroju wodą i wogóle gospodarka wodna, widać z tego, że te same szwy, które groziły już przecięciem spowodu zbytowego napięcia, okazują się zupełnie dobrymi z chwilą wyrównania gospodarki wodnej, zmniejszenia zapasów płynów w tkankach i zmniejszenia przez to ich napęcznienia.

Podobnie jak gospodarka wodna wpływa również wybitnie stan przemiany materji i na odporność w zwalczaniu zakażenia, na odczyny obronne tkanek, na zdolność wyrównania braków tkankowych czyli, ogólnie mówiąc, na tę tak złożoną i zawiłą sprawę, którą potocznie nazywamy gojeniem się rany.

Powyższe dane przytoczyłem jako przykład innego nieco niż poprzednio ustosunkowywania się chirurgji współczesnej do fizjologii i pa-

tologii humoralnej, a co za tem idzie i do innych czynników leczniczych, poza czysto operacyjnymi. Stąd rozumiały się stają coraz większe zainteresowanie się również leczeniem fizykalnym, a zatem i zdrojowiskowym.

Rodzaje zdrojowisk są tak różne, a liczba schorzeń chirurgicznych, które mogą być z pożytkiem leczone lub doleczone w naszych uzdrowiskach, tak wielka i tak różnorodna, że jest rzeczą niemożliwą szczegółowe omówienie tego rodzaju terapii w ramach krótkiego wykładu. Przedstawienie postępowania leczniczego w jednej tylko jednostce chorobowej, np. w zniekształcających sprawach stawowych, wypełniłoby z nadmiarem ramy niniejszego wykładu. Chcąc więc pozostać w tych ramach, muszę się ograniczyć do skreślenia ogólnych wytycznych w wyborze i w stosowaniu leczenia zdrojowiskowego w schorzeniach chirurgicznych, a ponadto zwęzić temat jeszcze bardziej; mówić będę jedynie o zdrojowiskach typu solanek cieplic, których przedstawicielem jest Ciechocinek. W końcu spróbuję jeszcze poruszyć kilka mniej wyraźnych stanów chorobowych, których leczenie zdrojowiskowe jest, moim zdaniem, szczególnie wdzięczne i powinno być w przyszłości znacznie więcej rozbudowane.

Zastanówmy się przedewszystkiem, jakimi czynnikami leczniczymi rozporządzamy zazwyczaj w takim zdrojowisku. Nie wkraczając w szczegóły i w dziedziny, interesujące głównie internistów, stwierdzić musimy, że pomyślne działanie leczenia zdrojowiskowego przypisać możemy głównie dwom czynnikom: 1) *czynnikowi bodźcowemu*, który nasilając się, może przechodzić w istotny klasyczny wstrząs, i 2) *czynnikowi mechaniczno-termicznemu*. Na czynnik bodźcowy składa się wpływ klimatu szeroko pojętego, a więc nie tylko warunków klimatycznych właściwych, lecz, i to głównie, różnicy pomiędzy dotychczasowymi warunkami a panującymi w zdrojowisku, jonizacja powietrza, bliżej jeszcze nieznanne wpływy kosmiczne, słowem to wszystko, co stanowi o wpływie samego pobytu w miejscowości zdrojowiskowej bez dodatkowego korzystania ze źródeł, kąpieli i t. d. Heljoterapia i kąpiele powietrzne należą również do tej kategorii.

Wpływ właściwych źródeł w tego rodzaju miejscowościach da się streścić w jaknajogólniejszy sposób jako wpływ termiczny, chemiczny, radioaktywny i wreszcie mechaniczny; do tego dołącza się, zwłaszcza w stosowaniu borowiny, wpływ być może niesłuchanie słabych, lecz istniejących prądów elektrycznych.

Ostatnio w Ameryce wprowadzono jeszcze jako postępowanie lecznicze kąpiele cieplicowe, których działanie na pierwszy plan wysuwa

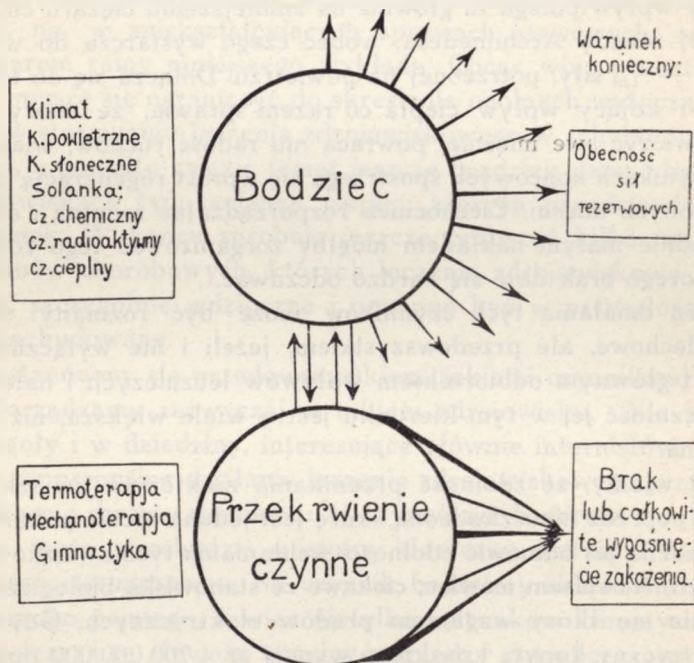
czynnik mechaniczny oczywiście przy współdziałaniu i czynników termicznych. Szczególnie rozbudowane na wielką skalę w Warm Springs U. S. A., postępowanie to polega na wielogodzinnym przebywaniu w basenach solankowych i ciepłocie nieco większej niż ciała i stosowaniu w wodzie ruchów czynnych, a więc gimnastyki oraz mięsienia podwodnego. Znako- mite wyniki, otrzymane zwłaszcza w chorobie Heine-Medina i innych niedowładach i porażeniach wieku dziecięcego, sprawiły, że ostatnio już i Niemcy zaczynają wprowadzać ten system leczenia (Kissingen). Dobroczynny wpływ polega tu głównie na zmniejszeniu ciężaru ciała wskutek znanej zasady Archimedesesa, wobec czego wystarcza do wykonania ruchu $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{20}$ siły, potrzebnej na powietrzu. Dołącza się do tego uspokajający i kojący wpływ ciepła co razem sprawia, że chory zaczyna czynnie ćwiczyć swe mięśnie, powraca mu radość ruchów, wiara w swe siły i w wynikach końcowych spostrzega się wprost regenerację zanikłych lub porażonych mięśni. Cieclocinek rozporządzając świetną i obfitą termą względnie małym nakładem mógłby zorganizować tego rodzaju leczenie, którego brak daje się bardzo odczuwać.

Teren działania tych czynników może być rozmaity: śluzówka, drogi oddechowe, ale przede wszystkim, jeżeli i nie wyłącznie, skóra. Skóra jest głównym odbiornikiem wpływów leczniczych i należy przyznać, że czułość jej w tym kierunku jest o wiele większa, niż myślno doniedawna.

Dziś wiemy, że zdolność przenikania niektórych związków chemicznych poprzez nieuszkodzoną skórę jest jednak wcale pokaźna i dlatego nie można jej odmówić zdolności wchłaniania tych związków w zwykłej kąpeli. Nawiasem mówiąc, ciekawe ze stanowiska biologicznego jest zachowanie się skóry względem prądów elektrycznych. Gdy bowiem opór elektryczny kopyta końskiego wynosi aż 4.700.000.000 omów, grochu 10 milionów omów, ziarna pszenicy 10 tryljonów omów, opór skóry ludzkiej wynosi zaledwie od 1000 do 6000 omów (King, cyt. u Garrison w Bull. of New York Academy of Medicine. 1933). Jest ona więc szczególnie przenikliwa dla słabych prądów. Nie będę zatrzymywał się na ogólnie znanym znaczeniu skóry, jako narządu wytwarzającego ciała obronne ustroju i na jej znaczeniu w przemianie materji.

Jak wyżej nadmieniałem, dla naszych celów jest wygodniej podzielić wszystkie wpływy, działające w zdrojowisku na ustrój, na dwie duże kategorie, związane zresztą dość ściśle z sobą, na czynniki bodźcowe i termiczno-mechaniczne. Rys. I obrazuje w sposób schematyczny panujące tu stosunki. Widzimy więc, że czynniki należące do kategorii pierwszej, jak np. heljoterapia, albo czynnik klimatyczny, a nawet chemiczny, mają

skłonność do wywierania swego działania na cały ustrój. Działanie to przejawia się klinicznie w postaci bodźca, a nawet wstrząsu, czyli jest czynnikiem przestrajającym poniekąd ustrój w całości i mobilizującym rezerwowe siły obronne ustroju. Dlatego też pierwszym i zasadniczym warunkiem stosowania tego rodzaju leczenia jest obecność owych sił rezerwowych. Ustrój, już wyczerpany całkowicie, nic nie zmobilizuje, a bodziec, nawet łagodny, osłabi go jeszcze



Rys. 1. Schemat czynników leczniczych. Można je podzielić na grupę bodźcową o działaniu więcej ogólnem i grupę termomechaniczną o działaniu więcej skupionem, miejscowem.

bardziej. Niestety, fakt ten, tak oczywisty, bywa bardzo często zapomniany z wielką szkodą dla chorych, jak i dobrego imienia metod fizykalnych.

Druża grupa czynników, do której zaliczyliśmy czynniki termiczne i mechaniczne, tem się charakteryzuje, że można je stosować miejscowo, a również więcej lokalizować ich działanie, jednak i tego rodzaju leczenie nie jest całkowicie pozbawione działania ogólnego. Istnieje ono niewątpliwie również w postaci bodźcowej, jednak natę-

żenie jego jest mniejsze i odsuwa się niejako w cień w porównaniu z oczywistym i wyraźnym miejscowym wpływem przestrajającym.

Wpływ ten da się streścić krótko: *hiperemja czynna*. Tak ciepło, jak i czynnik mechaniczny, w zależności od stopnia i sposobu stosowania, wywołują rozmaicie nasilone, ale zawsze czynne, *przekrwienie*. Z tego więc wynika, jako nieodzowny wstępny warunek powodzenia — brak lub zupełne wygaśnięcie wszelkiego ogniska zakaźnego, czynnego lub jeszcze tlejącego ogniska zapalnego, te bowiem pod wpływem przekrwienia snadnie mogą ulec zaostrzeniu, narażając niekiedy chorego na poważne niebezpieczeństwo. Ponowny bowiem wybuch zakażenia, lub raptowne pogorszenie stanu zapalnego nietylko mija się całkowicie z właściwym celem naszego leczenia — likwidacją całkowitą sprawy chorobowej — lecz naraża wyczerpany już uprzednio ustrój na ponowną walkę, na ponowne borykanie się.

Przekrwienie czynne, zmieniając warunki krążenia w tkankach, nie pozostaje, rzecz prosta, bez wpływu na stan układu krążenia, a głównie na miejscowe warunki naczyniowe i odżywianie tkanek. Szybszy krwobieg u chorych na przewlekły gościec pod wpływem kąpieli borowinowych stwierdził niedawno metodą histaminową *Tieptow* (*Terapewtyczski Archiw.* 1935), potwierdzając dawniejsze wyniki *Barcroft'a* i *Marschall'a*; powiększa się również objętość rzutu minutowego serca. Zwiększenie wynieść może 100 i więcej %. Przyspieszenie obiegu krwi, podług wyżej wymienionych autorów, a także według *Eppinger'a* i *Ewig'a*, dochodzi bezpośrednio po kąpieli do 25%.

Podczas kąpieli są więc tkanki silniej przepłókiwane krwią i równolegle wzmagą się wybitnie praca serca. Jeżeli jednak chodzi o miejscowe zjawiska, występujące szczególnie wyraźnie przy stosowaniu miejscowym np. medaljonów lub kąpieli częściowych, to przekrwienie czynne ujawnia się dużym rozszerzeniem drobnych tętniczek i naczyń włosowatych. Stan ten polepsza warunki krążenia i odżywiania tkanek, ich wymianę plazmatyczną, sprzyja więc wsysaniu się wysięków i podobnych pozapalnych i pourazowych pozostałości.

Przekrwienie czynne prowadzi do *wypłókiwania wapnia* z kości, a więc do *osteolizy*, rzecz, o której należy pamiętać.

Ciepło, zwłaszcza w połączeniu z czynnikami mechanicznymi, stanowi potężny oręż walki z wieloma stanami pozapalnymi, pourazowymi a szczególnie dobre wyniki otrzymujemy w schorzeniach narządów ruchu, to jest stawów, kości, mięśni i więzadeł; do tego powrócimy niebawem.

Przechodząc skolei do rzędu tych schorzeń chirurgicznych, w których i empirycznie i na mocy przesłanek teoretycznych możemy oczekiwać pomyslnego wpływu leczenia zdrojowiskowego, przypomnijmy sobie, że zgodnie z tradycją większość spraw chirurgicznych podzielić możemy na cztery grupy, mianowicie: schorzenia wrodzone, schorzenia wywołane urazem, sprawy zapalne i sprawy nowotworowe.

Z tych grup należy oczywiście wyłączyć grupę pierwszą i ostatnią. Ani wady wrodzone, a tembardziej sprawy nowotworowe, łagodne, czy złośliwe, nie nadają się do leczenia zdrojowiskowego; nie można bowiem zwalczyć ani pierwotnej przyczyny cierpienia, ani nawet pomyslnie zadziałać na objawy towarzyszące.

Pozostają więc do leczenia zdrojowego dwie obszerne grupy: *sprawy urazowe* i *sprawy zapalne*.

Sprawy urazowe, we właściwym tego słowa znaczeniu, powinny być leczone chirurgicznie, często operacyjnie. Jednak prawie zawsze spustoszenia wyrządzone przez uraz pozostawiają po sobie przykre i uciążliwe zaburzenia czynnościowe, przedewszystkiem zaburzenia krążenia; następnie, zwłaszcza gdy chodzi o narządy ruchu, mamy często po urazie ograniczenie czynności, osłabienie mięśni, więzadeł, przykurcze i zwiotczenia. Są to wszystko stany bardzo się nadające do leczenia zdrojowego i tu właśnie czynniki termiczno-mechaniczne odgrywają decydującą rolę.

Sprawy zapalne dzielimy na ostre i przewlekłe. Sprawy ostre możemy śmiało wyłączyć; z wielu względów nie stanowią one odpowiedniego terenu do leczenia zdrojowego z wyjątkiem być może rzeźączkowego zapalenia stawów, chociaż przyznać należy, że leczenie bodźcowe, a jeszcze częściej wstrząsowe, mogą w tych sprawach bardzo pomyslnie pokierować dalszym przebiegiem. Tego rodzaju terapia wstrząsowa może być jednak osiągnięta i bez pomocy zdrojowiska, nawet w sposób szybszy i radykalniejszy.

Do rzędu zapaleń przewlekłych wchodzi sprawy pierwotnie ostre, a tylko w dalszym swym rozwoju mające charakter zapalenia przewlekłego, oraz sprawy od początku przewlekłe. Tu znowu możemy mówić o stanach swoistego zapalenia przewlekłego jak *gruźlica*, *kiła*, *promienica*, i o stanach, które zwykle zaliczamy do rzędu zapaleń przewlekłych; czynimy to jednak niesłusznie, gdyż łączy ich z powyższymi sprawami tylko wspólnota niektórych objawów zapalnych, zaś istotna przyczyna choroby nie jest pochodzenia drobnoustrojowego, lecz polega na zaburzeniu czynności. Do spraw tych powrócimy obszerniej poniżej. Je-

zeli teraz uwzględnimy przesłanki początkowe i będziemy mieli w pamięci tylko co wypowiedziane uwagi, to wywnioskujemy zupełnie słusznie, że właściwą domeną lecznictwa zdrojowego są:

- 1) stany pourazowe,
- 2) stany pozapalne (w znaczeniu infekcyjnym),
- 3) zapalenia przewlekłe, a w szczególności gruźlica gruczołów, kości i stawów w odpowiednich okresach,
- 4) stany niezupełnie słusznie zaliczone do zapaleń przewlekłych, a należące właściwie do rzędu zaburzeń czynnościowych, o cechach części zapalnych.

Zanim przejdę do krótkiego omówienia schorzeń, poddających się najłatwiej leczeniu zdrojowemu, pozwolę sobie zwrócić uwagę na następujące zasadnicze punkty, których zrozumienie znacznie ułatwi nam orientowanie się we wskazaniach do zastosowania tego leczenia i w sposobach jego przeprowadzenia.

Choroba jest odczynem ustroju na czynnik szkodliwy, albo, ogólniej rzecz biorąc, nieprawidłowy. Rzecz prosta, odczyn ten, jego siła, jego charakter, jego trwanie i przebieg jest zależny od wielu czynników, przedewszystkiem od rodzaju i nasilenia czynnika szkodliwego, poza-tem również od warunków indywidualnych, od konstytucji, wieku, siły, gotowości odczynowej ustroju i t. p.

W ten sposób rozumując, możemy zwalczać chorobę, usuwając czynnik szkodliwy, albo, gdy jest to niemożliwe, kierując odczynem w sposób dla ustroju pomyślny. Wreszcie nie należy zapominać, że niezrządkiem czynnik szkodliwy był czynnikiem przemijającym, lecz sprawy życiowe, raz wytracone z równowagi, nie powracają do stanu prawidłowego; wówczas obraz kliniczny jest właściwie opanowany nie przez istotną przyczynę choroby, lecz raczej przez jej dalsze następstwa.

Spośród czynników, mogących pomyślnie wpłynąć na ukształtowanie się odczynu ustrojowego, wysuwają się na plan pierwszy czynniki fizykalne z lecznictwem zdrojowem na czele, gdyż czynniki te nie są obce ustrojowi, tak jak np. obcą jest większość leków farmaceutycznych.

Chcąc jednak z istotną korzyścią stosować fizykoterapię, musimy zdać sobie dokładnie sprawę z tych zmian, jakie zająć mogą pod jej wpływem oraz z tego, czy właśnie tego rodzaju zmiany są pożądane w danej chwili. Wszelka szablonowość w kierowaniu do zdrojowisk chorych chirurgicznych musi wreszcie zniknąć, a z tą chwilą zwiększy się niewątpliwie uznanie dla naszych uzdrowisk w szerokich kołach cierpiącej ludzkości. Ścisły kontakt lekarza ze zdrojowiskiem, dokładne

uświadomienie sobie warunków leczniczych w danym zdrojowisku i wzajemne oddziaływanie na siebie lekarzy zdrojowych i lekarzy, kierujących chorych do zdrojowisk, wydaje mi się warunkiem koniecznym do podniesienia i usprawnienia lecznictwa zdrojowego.

Wracając do sprawy wskazań, podkreślić należy, że decydujące znaczenie ma nie tylko ten lub inny rodzaj jednostki chorobowej, ile dokładny, trafny i sumienny wybór chwili, odpowiedniej do wdrożenia leczenia zdrojowiskowego, oraz dokładne i umiejętne wybranie czynników leczniczych i dawkowania. W jednej i tej samej chorobie leczenie zdrojowiskowe może przynieść korzyść, a może okazać się w swych następstwach fatalne. Weźmy na przykład gruźlicę kostną: skierowanie chorego w chwili, gdy ustrój już sam przez się poczyną brać górę nad chorobą, stosowanie umiejętnie dawkowanych nie za silnych i zbyt wyczerpujących bodźców, ich zmiana co pewien czas, dołączenie obowiązkowe podstawowego warunku leczenia — odbarczenia i unieruchomienia — da nam w ostatecznym wyniku niechybnie wyzdrowienie. Jak zgoła odmienny obraz, smutny dla chorego i dyskredytujący leczenie zdrojowiskowe, będziemy mieli, gdy chory wycieńczony, z czynną i posuwającą się sprawą gruźliczą zostaje poddany silnym bodźcom, albo, co jeszcze gorsze, przekrwieniu czynnemu, wywołanemu przez zabiegi cieplne. Szybkie pogorszenie stanu miejscowego i ogólnego będzie dosadną ilustracją niewłaściwości takiego postępowania. Czyli, umiejętny wybór, a raczej dobór przypadków, odpowiedniego dla nich i n d y w i d u a l n e g o leczenia jest warunkiem pierwszorzędnej wagi i nie może być żadną miarą pomijany.

Nic nie może być fałszywszego nad twierdzenie, że zdrojowisko X jest odpowiednie lub nieodpowiednie do leczenia np. gruźlicy kostnej, albo innych spraw chirurgicznych. Powtarzamy jeszcze raz: wybór chwili rozpoczęcia leczenia i dobór czynników leczniczych — oto są czynniki rozstrzygające o pomyślnym wyniku kuracji, a nie sama nazwa, sama jednostka chorobowa. Niczego nie dowodzi okoliczność, że pan Majewski, po odbyciu leczenia w zdrojowisku X doznał poprawy, albo został wyleczony. Pan Janowski, obarczony tą samą chorobą, może to samo uzdrowisko opuścić ze znacznym pogorszeniem, gdyż okres choroby był u niego inny, lub też zupełnie inaczej reagował on na czynniki lecznicze zdrojowiskowe, co również musimy wziąć w rachubę.

Tylko drobiazgowo zdanie sobie sprawy ze stanu ogólnego i miejscowego właśnie danego chorego, zrozumienie jaki odczyn pragnęliśmy osiągnąć oraz trafna ocena istotnej korzyści w danym przypadku takie-

go właśnie, a nie innego odczynu, pozwoli nam uniknąć tych częstych i jakże przykrych błędów.

Oczywiście, że jednocześnie musimy się zdecydować (może to uczynić niekiedy lepiej i dokładniej już lekarz zdrojowy), jaką drogą może być osiągnięty najłatwiej i najlepiej pożądaný odczyn.

Lekarz kierujący chorego do zdrojowiska ma zatem do rozstrzygnięcia następujące pytania:

1) czy w danym obrazie chorobowym i właśnie w danej chwili pożądaný jest pewien odczyn ustroju i jaki?

2) czy dane zdrojowisko rozporządza środkami, które mogą wywołać właśnie ten pożądaný odczyn i jakimi?

3) jakie z tych środków byłyby w danym przypadku, biorąc pod uwagę całokształt sprawy, najodpowiedniejsze?

4) czy nie zachodzi obawa, że stosowanie właśnie tych środków może wpłynąć ujemnie z jakichkolwiek względów?

5) dawkowanie tych środków oraz ich kolejność.

Jak już wynika z samego sformułowania tych pytań, rzeczą najślusniejszą i najłatwiejszą byłoby rozstrzygnięcie ich wspólnie z lekarzem zdrojowym, który chociażby w sprawie dawkowania, a poniekąd i doboru czynników leczniczych posiada większe doświadczenie. Dlatego też należy przedewszystkiem dążyć do zacieśnienia węzłów pomiędzy lekarzem kierującym chorych do zdrojowiska, a lekarzem zdrojowym.

Przechodząc skolei do krótkiego przeglądu najczęstszych spraw, nadających się do leczenia zdrojowego, zacznijmy od stanów pourazowych.

Celem większej przejrzystości i dla uniknięcia zbytniego rozpraszania się, podzielimy lecznicze czynniki zdrojowiskowe, w myśl schematu na rys. 1, na kategorie *bodźców* i kategorie *termo- i mechanicznej terapii*.

I. Stany pourazowe.

Uraz pozostawia po sobie uszkodzenia, a nawet ubytek tkanek, oraz zaburzenia czynnościowe, głównie natury naczynioruchowej i wymiany krążenia płynów.

W wyniku otrzymujemy zwykle bliznę, wypełniającą ubytki, tudzież mniej lub więcej trwałe, mniej lub więcej wyraźne zaburzenia krążenia krwi, chłonki, obrzmienie, obrzęki, nacieki pozapalne i t. p.

Stany pourazowe części miękkich.

Fizykoterapja może mieć tutaj swe zastosowanie już wkrótce po urazie, z chwilą zwiększenia się odczynów gojenia, np. wchłaniania wylewu krwawego, co może wybitnie wpłynąć na ich przyśpieszenie. W praktyce jednak polecamy najczęściej leczenie uzdrowiskowe po upływie dłuższego czasu, a ze środków leczniczych wybieramy przeważnie czynniki termiczne i mechanoterapję.

Stany pourazowe kości.

Przedewszystkiem i najczęściej są to złamania. Tutaj powinniśmy pamiętać, że przekrwienie czynne jest wybitnym środkiem wypłokującym wapń, czyli osteolitycznym, a więc stosowanie termoterapii, zwłaszcza silniejszej, np. okładów borowinowych wkrótce po osiągnięciu zrostu kostnego, doprowadzić może do jego zmięknienia i do zupełnego rozchwiania, albo wtórnego wygięcia prawidłowo zrosniętego złamania. Z tego wynika, że wybór środków jest zależny od chwili, w której rozpoczęliśmy leczenie. W okresach wczesnych, wkrótce po złamaniu, jest wskazane tylko leczenie bodźcowe i bardzo ostrożna mechanoterapja, w okresach późniejszych, t. j. conajmniej w kilka miesięcy po zroście, najpierw ostrożna, a potem silniejsza termoterapja, wraz ze śmielszą już mechanoterapją. Nawet w przypadkach urazów bez przerwania ciągłości kości, czyli bez złamania, należy być ostrożnym ze stosowaniem termoterapii.

Stany pourazowe stawów.

W stanach pourazowych stawów obowiązują w pewnej mierze te same zastrzeżenia, o jakich mówiliśmy w sprawach pourazowych kości, gdyż zwykle w tych przypadkach bywa kość obrażona narówni z tkankami miękkimi. Jednak tutaj można wcześniej i śmielej stosować termoterapję, której działanie sprzyja szczególnie szybkiemu znikaniu wysięków i wylewów dostawowych i okołostawowych, oraz mechanoterapję, w celu odzyskania pełni ruchów w stawach. Również dobroczynnie wpływa termoterapja na tak liczne zakończenia nerwowe w przyczepach ścięgien i więzadeł, wskutek czego znikają uporczywe bóle,

zwiększa się zakres ruchów i zmniejszają się wtórne zaburzenia tkanek okołostawowych w postaci obrzęków, obrzmiń i nacieczeń. Wszelkie stany odwapnieniowe stanowią formalne przeciwwskazanie do leczenia ciepłem.

II. Stany zapalne.

Rozróżniamy stany zapalne przewlekłe właściwe i stany zapalne rozpoczynające się ostro, lecz później mające przebieg przewlekły.

1) Stany pozapalne, po zapaleniach ostrych.

Zapalenie ostre, przemijając, pozostawia miejscowe często mniejsze lub większe ilości nieprawidłowej tkanki, często bliznowato zmiennej. Ponadto, i to być może jest jeszcze ważniejsze, często w miejscu, gdzie toczyła się sprawa zapalna i w bliższym lub dalszym otoczeniu spotykamy się z uporczywymi zmianami krążenia, zwłaszcza chłonki. Przypomnijmy sobie, jak wygląda dłoń i przedramię po ciężkim zakażeniu ropnem. Te pozostałości pozapalne upośledzają czynność, sprawiają ból i są z reguły więcej uporczywe, niż sama pierwotna sprawa. Tu znówóŜ leczenie zdrojowiskowe, a przede wszystkim termiczne, posiada wielką doniosłość.

Stany pozapalne części miękkich.

Odznaczają się one swą różnorodnością, zależną tak od miejsca i usadowienia się sprawy, jak i od rodzaju tkanek dotkniętych, wreszcie od rodzaju samej sprawy zapalnej. Wspólnym warunkiem do rozpoczęcia leczenia zdrojowego w tych stanach jest wygaśnięcie, albo przynajmniej znaczne złagodzenie zapalenia. Zależnie od przypadku stosujemy leczenie *b o d ź c o w e*, albo samo, albo w połączeniu z zabiegami *cieplnemi i mechanicznemi*. Stosując jednak te ostatnie, powinniśmy być zupełnie pewni, że zakażenie wygasło, a i wtedy musimy postępować oględnie, rozpoczynając od słabych dawek. Zwłaszcza w sprawach dotyczących mięśni, torebek ścięgniowych, tkanek okołostawowych, ciepło i mechanoterapia są w możności przywrócić w znacznej mierze prawidłową czynność, a tem samym uchronić od kalectwa.

Stany pozapalne kości.

Tutaj należą postacie po zapaleniu szpiku, w których zazwyczaj udział części miękkich jest duŜy; stąd niekiedy duŜe ograniczenie czynności. Mają tu zastosowanie te same uwagi i zastrzeŜenia, co powyŜej. PoniewaŜ przekrwienie czynne działa wybitnie osteolitycznie, w kaŜdym przypadku stwierdzić naleŜy, czy zmniejszenie pokładów wapnia

w kości jest pożądane. Zwykle tak bywa; przypomnijmy sobie tylko ogromne zgrubienia trzonów kości po przebytem zapaleniu szpiku i usunięciu martwaków. W okresach nieco wcześniejszych, gdy jeszcze sprawa oddzielania tkanki kostnej żywej od martwej, czyli tworzenia się martwaków, nie jest jeszcze całkowicie zakończona, znowuż leczenie bodźcowe i ciepłne może znacznie przyspieszyć ostateczne wygojenie, przez szybsze wydalenie martwaków.

Zaburzenia krążenia, zwykle bardzo znaczne w tych stanach, cofają się znakomicie pod wpływem ciepłno-mechanicznych czynników.

Powtarzam jednak z naciskiem: **CAVE** zaostrzenia się tlejącego zakażenia.

Stany pozapalne stawów.

Rzeźączkowe zapalenie stawów można w drodze wyjątku już w bardzo wczesnych okresach poddawać z korzyścią działaniu ciepła. Inne stany pozapalne stawów rozmaitego pochodzenia mogą być leczone w zdrojowiskach tylko po zupełnem uspokojeniu się objawów ostrych. Porządek stosowania zabiegów będzie następujący: 1) bodźce, 2) ciepło, 3) mechanoterapia. Dotyczy to czasu, bo co do ważności i skuteczności to czynniki te należałoby umieścić w odwrotnym porządku.

Ciepło, zwłaszcza w postaci borowiny, posiada jeszcze zupełnie swoisty a pomyślny wpływ na zmniejszenie wrażliwości zakończeń nerwowych w przyczepach mięśniowych i więzadłach. Punkty te, obfitujące, jak wiadomo, w nadzwyczaj liczne zakończenia nerwowe, są w tych stanach często przewrażliwione, co znowu skolei pociąga, oprócz sensacyj bólowych, jeszcze odruchowe zaburzenia krążenia, zaniki mięśniowe, ograniczenie ruchów, a nawet odwapnienie kości.

Cały ten tak różnorodny zespół objawów uspokaja się najłatwiej pod wpływem łagodnie i umiejętnie przeprowadzonej kuracji borowinowej i solankowej, do której z chwilą zmniejszenia bolesności dołączyć można i należy rozsądną mechanoterapię, najlepiej w postaci ruchów czynnych. W ten sposób udaje się zażegnać lub znacznie polepszyć stany, grożące początkowo zupełnem kalectwem i niemożnością używania stawu. Właśnie różnorodność bodźców zdrojowych, działających i na mięśnie i na nerwy i na krążenie, sprawia, że wyniki tu spostrzegane są lepsze, niż po podobnem leczeniu nie w zdrojowisku.

Już wyżej mówiłem, że w stosowaniu ciepła obowiązuje ostrożność w razie istnienia stanów odwapnieniowych. Wszelka termoterapia i mechanoterapia jest wtedy przeciwwskazana; wówczas należy się ograniczyć jedynie do kuracji bodźcowej.

Zgodnie z tem zastrzeżeniem najlepszym momentem do rozpoczęcia leczenia będzie chwila niezbyt wczesna, wtedy mianowicie, gdy stany odwapnienia poczynają się przeistaczać w stany uwapnienia. Wtedy jednak nie należy zwlekać, gdyż przy dalszym czekaniu w niektórych przypadkach zmiany tak dotyczące kości, jak i samego stawu i mięśni mogą wstąpić w okres zmian nieodwracalnych, lub trudnych do zwalczenia.

Zesztywnienia starszej daty, ankilozy, zupełne lub częściowe i podobne stany następowe, przedstawiające już właściwie rumowiska po przebytych pożarze-zapaleniu — mogą liczyć na pewną poprawę, jednak samo leczenie zdrojowiskowe zwykle jest bezsilne, aby doprowadzić do należytego stanu tak bardzo zmienione stawy. Wymagają one postępowania operacyjnego, albo przynajmniej ortopedycznego; w połączeniu z niem leczenie zdrojowiskowe może okazać się bardzo użyteczne.

Stany pozapalne jamy brzusznej.

Szczególnie wdzięczną sprawą są tak przykre i tak ogólnie znane i budzące obawę zrosty otrzewnowe po przebytych ostrych sprawach zapalnych, oraz po operacjach. Zwłaszcza okolica wyrostka, narządy miednicy małej oraz okolica dwunastnicy i pęcherzyka żółciowego są bardzo często siedliskiem tych zmian, powodujących zaburzenia prawidłowej czynności tak czysto mechanicznie, jak i na drodze dalszego i złożonego odruchu nerwowego. Podkreślałem już z naciskiem, że tylko w stanach po zupełnem wygaśnięciu zapalenia, można stosować leczenie termiczne lub mechaniczne; ten wstępny, konieczny warunek nabiera szczególnej wagi właśnie w pozapalnych sprawach jamy brzusznej. Dopóki istnieje choćby słabe, ale czynne ognisko, dopóki ono nie wygaśnie całkowicie, lub co lepiej, nie zostało usunięte na drodze operacyjnej, grozi choremu, po zastosowaniu terapii cieplnej lub mechanicznej, duże niebezpieczeństwo nagłego ponownego wybuchu, obostrzenia dawnej sprawy z wszelkimi konsekwencjami.

A właśnie termiczne zabiegi zwłaszcza borowina, działająca nie tylko swem ciepłem, lecz i masą, chemizmem, elektro- i radioaktywnością (*Pietry i Milhaud*) stanowią być może najodpowiedniejsze leczenie. Najlepsze wyniki otrzymujemy, stosując conajmniej półkąpiele (a nie tylko miejscowe medaljony) (*Korchow*, *Więstnik chirurgji*, 1935, T. 37, str. 70) i w nienazbyt długi czas po powstaniu zrostów.

Nawiasem wspomnę, że wiele stanów, określanych zbyt pochopnie jako zrosty, nie mają nic wspólnego z właściwymi zrostami.

2) Zapalenia przewlekłe.

Znaczenie praktyczne posiada tu właściwie jedynie gruźlica, tak zwana chirurgiczna, i to we wszystkich swych postaciach. Najlepsze wyniki osiągamy w gruźlicy gruczołowej, oraz w gruźlicy stawowokostnej. W myśl wyżej wyłuszczonych wywodów, w gruźlicy unikać należy jak ognia wszelkiej termo i mechanoterapii, natomiast umiejętnie stosowana i dawkowana terapia bodźcowa, w postaci czynników klimatycznych, kąpeli powietrznych, ostrożnie dawkowanych kąpeli słonecznych i solankowych o niewysokiej ciepłocie może dużo zdziałać, oczywiście głównie w połączeniu z innymi metodami leczniczymi gruźlicy, np. z rentgenoterapią gruczołów, unieruchomieniem i odbarzeniem gruźlicy kostno-stawowej i t. d. Większe znaczenie niż szczegóły lecznicze posiada dobór odpowiedniej chwili do wszczęcia leczenia, gdyż nie wszystkie przypadki i nie w każdym czasie mogą być leczone w zdrojowisku. Leczenie zdrojowiskowe jest tu leczeniem przedewszystkiem bodźcowem, a więc jako warunek naczelnym wymaga obecności jeszcze nienaruszonych poważniej sił obronnych ustroju. W przeciwnym bowiem razie pobudzanie wyczerpanego ustroju możnaby porównać ze smaganiem konia, upadającego z braku sił. Bat tu nie pomoże.

Wobec tego najlepsze wyniki otrzymujemy przedewszystkiem u dzieci lub osób młodych i w okresie już ograniczania się sprawy. Gruźlica postępująca nie nadaje się do leczenia zdrojowiskowego. Konieczność doboru rodzaju bodźców, zmian ich równoległe z wytwarzającym się przyzwyczajaniem się ustroju do nich, stopniowego i starannego dawkowania nie według martwego schematu, lecz odpowiednio do osobniczych odczynów danego chorego jest tak oczywista, że nie byłoby warto o tem mówić, gdyby o sprawie tej tak często nie zapominali i jej nie doceniali lekarze. Prawideł, mających tu ogólne znaczenie podać nie można, z wyjątkiem jednego, że im chory jest cięższy i im mniejszy okres dzieli nas od chwili opanowania sprawy, od chwili jej zatrzymania się, tem łagodniej należy przeprowadzać leczenie bodźcowe. Wiek chorego odgrywa też pewną rolę; u starszych będziemy skłonni stosować raczej słabsze bodźce, niż u młodych. Dokładne spostrzeżenie rodzaju i siły odczynów, zmiana bodźców, dbanie o warunki ogólne chorego i niezaniechanie koniecznego zawsze leczenia miejscowego, głównie ortopedycznego w sensie unieruchomienia, oto najważniejsze wytyczne postępowania.

Na tem możnaby zakończyć przegląd, gdybyśmy się trzymali niewolniczo klasycznych czterech kategorii schorzeń chirurgicznych. Istnieje jednak sporo schorzeń lub raczej stanów nieprawidłowych, często klasyfikowanych jako zapalenia przewlekłe, niekiedy przez chorych i dość często przez lekarzy nieocenianych jako właściwe choroby. Stany te są tak różnorodne tak co do przebiegu, jak i pochodzenia, że nie możemy tu je omawiać szczegółowo; poprzestanę tylko na poruszeniu kilku życiowo ważniejszych a zwłaszcza szczególnie nadających się do leczenia w Cieplicy Ciechocińskiej. Wszyscy jesteśmy mniej lub więcej pod wpływem pewnych kategorii myślenia, datujących się z czasów szybkiego rozwoju patologii komórkowej i bakterjologii. Jeżeli czynnik chorobotwórczy należy do rzędu drobnoustrojów, wszystko jest w porządku; jeżeli nie możemy go znaleźć pod mikroskopem, skłonni jesteśmy do przypuszczenia, że jest to tylko chwilowe niepowodzenie, że w przyszłości będzie on jednak stwierdzony. Również skłonni jesteśmy nie uznawać stanów chorobowych, w których brak jest zmian anatomicznych. Jednym słowem, rozumowanie, że tak powiem celularne i drobnoustrojowe, opanowało, jeżeli nie zupełnie, to w bardzo znacznym stopniu, nasz sposób myślenia.

A jednak jest rzeczą niesporną, że istotne sprawy chorobowe mogą powstawać i bez zewnętrznych czynników, obcych dla ustroju, jedynie na tle chociażby chwilowego zaburzenia czynności tego lub innego narządu. Klasycznym przykładem może być ostre zapalenie trzustki — *pancreatitis haemorrhagica*; pierwszy *Opie*, a następnie *Brocq*, *Morel*, *Archibald*, *Calzavara* stwierdzili, że powstaje ono wskutek przedostawania się żółci do przewodu trzustkowego. Przykładów takich możnaby więcej przytoczyć. Łączy je pierwotne zaburzenie czynności, często nawet przemijające, lecz prowadzące niekiedy do głębokich i uporczywych zaburzeń, bądź w miejscu pierwotnego działania, bądź też nawet zdala od niego. Należy się zatem wystrzegać często popełnianych błędów logicznych: skoro spostrzegamy stan chorobowy, to szukamy jego przyczyny, i sądzimy, że jest ona tak długo obecna, jak długo trwa choroba. Nawet w schorzeniach bakteryjnych nie zawsze tak bywa, a w dziedzinie obecnie interesujących nas schorzeń, nigdy tak nie jest. Zmiany anatomiczne są często skutkiem, a nie powodem choroby.

Zaburzenia gospodarki wapniowej.

Za przykład niech nam posłuży tak zwane zniekształcające zapalenie stawów we wszystkich jego wielostawowych postaciach. Klasyfikowanie i różnicowanie tych postaci wymagałoby bardzo dużo czasu

i w związku z naszym obecnym celem byłoby to zbędne. Chodzi mi jedynie o przedstawienie powstawania i przebiegu spraw, szczególnie nadjających się do leczenia zdrojowiskowego, oraz błędów, często w tym właśnie leczeniu popełnianych.

Zgubilibyśmy się bezpowrotnie w mnogości klasyfikacyj tu panujących, gościec przewlekły wszelkiego rodzaju, stany zniekształceniowe o najrozmaitszych nazwach i przebiegu, wszystko to tu należy i składa się na całość szczególnie trudną do rozpoznawania.

Nie wkraczając w szczegóły etjologii i przebiegu tych schorzeń, spróbujmy, czy nie uda się nam znaleźć kilku wytycznych, wspólnych dla wszystkich tych stanów, bez względu na ich nazwę.

Klinicznie łączy ich stopniowy i przewlekły przebieg, bóle, niedomoga statyczna i ograniczenie ruchów. Anatomicznie spotkamy się tutaj z wszelkimi postaciami zaburzenia gospodarki wapniowej, a więc z odwapnieniem i nadmiernem zwapnieniem, w postaci wyrosli kostnych lub kostnienia więzadeł, a wreszcie z najczęściej typową cechą—ze zmianą prawidłowego kształtu — ze zniekształceniem. Ponadto wspólnym objawem są zaburzenia naczynioruchowe.

Przypomnijmy sobie schemat powstawania kości u dorosłych (*Leriche*): Przekrwienie czynne — obrzmienie tkanki łącznej — osteoliza — wytwarzanie się kości.

Początkowy okres wszystkich zajmujących nas tu stanów znamionuje przekrwienie czynne, prowadzące do umiejscowionej osteolizy, a w następstwie już znacznie później, do powstawania wyrosli kostnych, do zniekształcenia. Dołącza się jeszcze jako bardzo ważny czynnik wpływ podrażnienia zakończeń nerwowych w więzadłach i ścięgnach. Twory te są, jak wiadomo, bardzo bogato unerwione; otóż miejscowe nasycenie soków wapniem, a więc i więzadeł, wzmagą wrażliwość i podrażnienie zakończeń nerwowych, co skolei prowadzi do odczynu ze strony nerwów naczynioruchowych danej okolicy, do przekrwienia i do bólów.

Mniejsza o to, jak nazwiemy daną jednostkę chorobową; ważną rzeczą jest stwierdzenie, co się w danej chwili dzieje. Pamiętajmy bowiem, że przekrwienie czynne spotykamy w początkowych okresach tych schorzeń; jeżelibyśmy więc przekrwienie wzmożli sztucznie drogą termoterapii, to polepszenia nie otrzymamy, wywołamy tylko większą osteolizę i pogorszenie się objawów bólowych i przedmiotowych.

Natomiast w okresie nieco późniejszym, wtedy, gdy na czoło wysuwa się podrażnienie zakończeń nerwowych i zaburzenia naczynioru-

chowe, umiejętne stosowanie termoterapii, zwłaszcza w postaci borowin i solanek może działać bardzo wiele dobrego.

W okresach jeszcze późniejszych, o zdecydowanych już zmianach zniekształceniowych, znowu rozumowanie wskaże nam zawsze, czy leczenie zdrojowe jest wskazane a zwłaszcza termoterapia. Istotnie bowiem, jeżeli zwapnienia lub wyrośla kostne są celem dążeniem ustroju do wzmocnienia zbyt słabego aparatu podtrzymującego, to wywołanie osteolizy za pomocą przekrwienia byłoby nielogiczne. Jako przy-



Rys. 2. Kręgosłup dotknięty zniekształcającą sprawą — typowe wyrośle kostne (wg. Schanz'a).

kład wybierzmy dwie jednostki o dość różnym obrazie klinicznym: zeszywnienie kręgosłupa typu Bechterew- Paul-Marie i zwykle zniekształcenie kręgosłupa. Pierwsza sprawa charakteryzuje się brakiem zmian w tarczy międzykręgosłupowej, odwapnieniem samych kręgow, zwapnieniem drobnych stawów i więzadeł kręgosłupa. Rozpoczyna się poważnie zmianami w stawach krzyżowo-biodrowych (*Scott, Swaim, M. P. Weil*) i przeistacza kręgosłup niekiedy w zupełnie sztywny słup. Druga dotyczy tarcz międzykręgosłupowych, znamienne są dla niej wyrośla na brzożkach kręgow i ich zniekształcenie. Często słyszy się zdania, że pierwszą postać można skutecznie leczyć w zdrojowiskach, druga natomiast nie nadaje się do leczenia. Chorzy znowu nierzadko wypowiadają swe zdania

o zdrojowiskach, twierdząc, że kuracja w X nie dała wyniku, podczas gdy w kilka lat później przeprowadzone leczenie w Y sprowadziło znaczne polepszenie.

Otóż miarodajny w tych rzeczach jest chwilowy stan sprawy. Pod wpływem leczenia zdrojowego wzmagają się odwapnienie; może to być pomyślnie w jednym przypadku, a w innym sprowadzić pogorszenie. Jak już wyżej zazaczyłem, zgrubienia i wyrośla na brzegach kręgów mogą być niekiedy wyrazem dążności ustroju do wzmocnienia słabego odcinka; niszczenie tych wzmocnień wcale nie należy do pożytecznych zmian. Wnioski chorych co do wartości leczniczej rozmaitych zdrojowisk są bardzo często mylne, bo poprawa, osiągnięta w jednym z nich, może zależeć nie od innego działania czynników leczniczych, lecz od więcej odpowiedniej chwili w zastosowaniu leczenia. Nie mogę omawiać szczegółów, zresztą sprawa ta była poruszona na obecnym i na poprzednich kursach. Jako główne wytyczne mógłbym wskazać:

- 1) Zdanie sobie sprawy ze zmian i zaburzeń toczących się w danej chwili;
- 2) stwierdzenie, czy niema osteolizy;
- 3) stwierdzenie, czy utrzymanie zmian zniekształcających nie okazałoby się ze stanowiska statycznego celowe,
- 4) stwierdzenie obecności i rozmiaru zaburzeń nerwowych, głównie naczyńoruchowych i zaburzeń krążenia.

Naogół mniej odpowiednie są okresy bardzo wczesne tych cierpień (przewaga już w samym obrazie przekrwienia i osteolizy) a również i bardzo późne o zmianach nieodwracalnych. Okresy pośrednie są najodpowiedniejsze, oczywiście zawsze po indywidualnem rozważeniu warunków danego przypadku.

Stany niedomogowe.

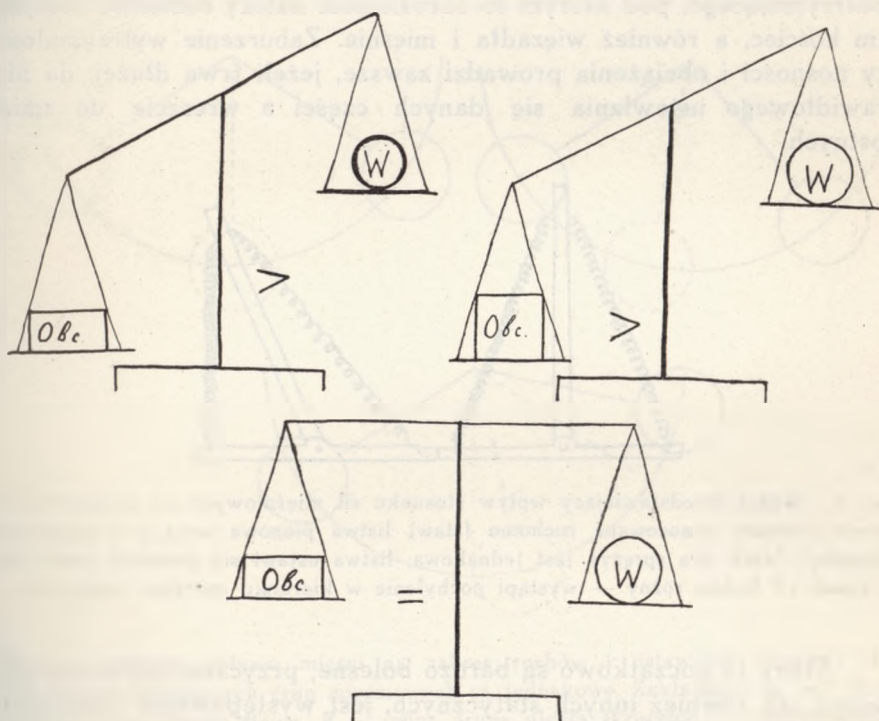
Niestosunek wytrzymałościowy.

W dużych zarysach możnaby zgrupować liczne jednostki kliniczne należne do zaburzeń gospodarki wapniowej w dwie wielkie grupy:

- 1) Grupa z przewagą odwapnienia, a w każdym bądź razie ze zmniejszeniem nośności i wytrzymałości kości. Należą tutaj pomiędzy innymi: krzywica, osteomalacja, osteoporoza, wrodzona zbytnia łamliwość kości (osteopsathyrosis) następnie powstałe w inny sposób (wzmoczone wypłukiwanie wapna) ale podobne stany jak: choroba Recklinghausena, oraz choroby wieku młodzieńczego (osteopatje) i zaburzenia wzrostowe.

2) Grupa ze zwiększeniem odkładania wapnia w kości, sprawy zniekształcające, choroba Pageta, zwapnienia mięśniowe, niektóre postaci starczych spraw kostnych.

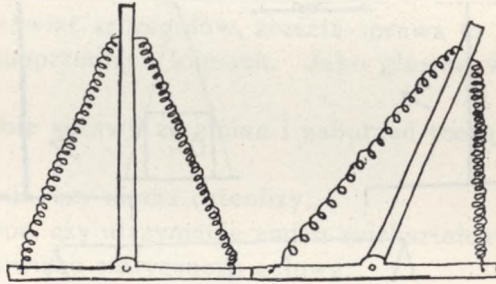
Z podziału tego wypływa ustosunkowanie się do tych dwóch grup. W pierwszej, wobec wzmożonej osteolizy, unikać będziemy czynników cieplnych i innych, wywołujących przekrwienie czynne, mechanoterapię



Rys. 3. Schemat stosunków pomiędzy nośnością lub wytrzymałością (W) a obciążeniem (Obc). Tak zmniejszenie wytrzymałości jak i wzmożenie obciążenia prowadzi do tego samego wyniku — zaburzenia statycznego.

stosować będziemy bardzo ogólnie, a położymy nacisk na rozumne leczenie bodźcowe. W drugiej, wręcz przeciwnie, stosując zabiegi w celu wywołania przekrwienia, dążyć będziemy do zahamowania zbytejnego odkładania się wapnia lub nawet do zmniejszenia już istniejących złóż, oczywiście z zastrzeżeniami już powyżej uwzględnionymi, dotyczącymi celowości statycznej wyrosły kostnych. Mechanoterapia zdziałać tu może bardzo dużo, leczenie bodźcowe, aczkolwiek nie bez znaczenia, odsuwa się jednak na drugi plan.

Mówiłem już, że wyrosłe i zniekształcenia kostne mogą stanowić końcowy okres przystosowania się ustroju do nieprawidłowych warunków statycznych i mechanicznych. Schemat 3 obrazuje w sposób prosty stany, określane jako niedomoga kręgosłupa, kończyn dolnych i t. p. Jak widać do niedomogi prowadzić może zarówno dobrze zwiększenie ciężaru ponad poziom prawidłowy, jak i zmniejszenie nośności aparatu podtrzymującego, pod którym to określeniem należy rozumieć nie tylko sam kościec, a również więzadła i mięśnie. Zaburzenie wytrzymałości, czy nośności i obciążenia prowadzi zawsze, jeżeli trwa dłużej, do nieprawidłowego ustawiania się danych części a wreszcie do zmian kostnych.



Rys. 4. Model przedstawiający wpływ stosunku sił mięśniowych na ustawienie. Na listwie poziomej umocowana ruchomo (staw) listwa pionowa wraz z 2 sprężynami (mięśnie). Jeżeli siła sprężyn jest jednakowa, listwa ustawi się pionowo; jeżeli, stosunek sił będzie różny — wystąpi pochylenie w kierunku sprężyny silniejszej.

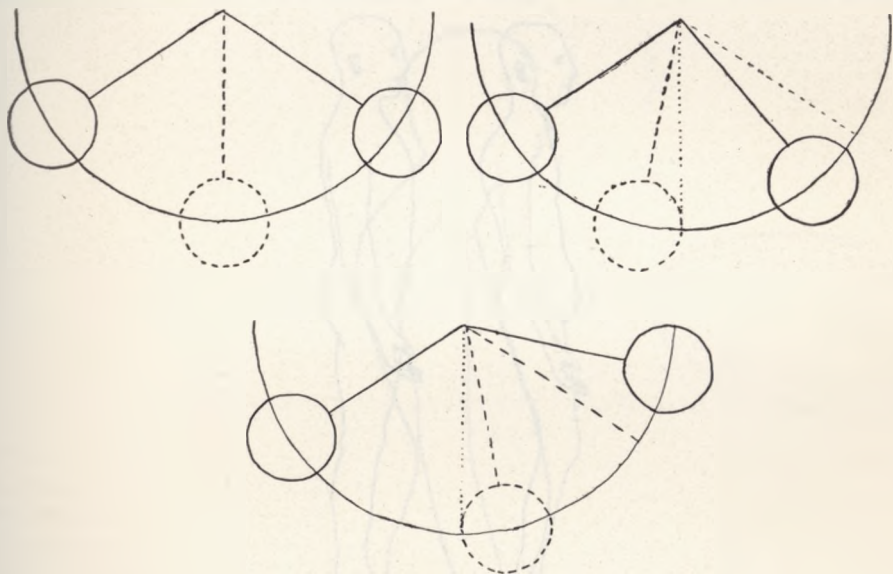
Stany te początkowo są bardzo bolesne, przyczem ich cechą charakterystyczną jak również innych statycznych, jest występowanie i pogarszanie się bólów w razie obciążenia, a uspokajanie się podczas spoczynku.

Ustawienie prawidłowe części ciała oraz zakres ich ruchów, co ma szczególne znaczenie w stawach, określają dwa następujące proste prawa:

- 1) ustawienie spoczynkowe jest ustawieniem pośrednim, t. j. ustawieniem, w którym wszystkie mięśnie działają z jednakową siłą (rys. 4);
- 2) zaburzenia tej równowagi sił, np. przez osłabienie jednych, a wzmocnienie innych, prowadzi do nieprawidłowego ustawienia;

Spośród nieprawidłowych ustawień rozróżnić należy w odniesieniu do stawów dwa stany: jeden dobrze nam znany — p r z y k u r c z, czyli contractura, drugi mniej znany, określamy jako dystakturę (rys. 5). Tak jeden jak i drugi prowadzi do nieprawidłowości w zakre-

sie ruchów i ustawienia. Dystraktury spotykamy przeważnie u młodych, podczas gdy znamioną cechą starzenia się jest skłonność do łatwego powstawania przykurczów. Początkowo stany te mogą posiadać dość niewinny wygląd i są łatwe do usunięcia, później utrwalają się i mogą powodować albo miejscowe zaburzenia, lub też mogą wpływać i na całokształt stanu zdrowia, zwłaszcza gdy dotyczą kręgosłupa i klatki piersiowej.

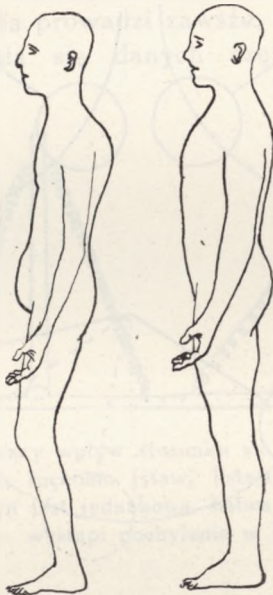


Rys. 5. Schemat wpływu mięśni na zakres ruchów i ustawienie stawów: A — siły przeciwdziałających grup mięśniowych są jednakowe. Zakładamy, że jest to prawidłowy stan danego stawu. B — jedna grupa uległa skróceniu — (contractura) — wynik — ustawienie pośrednie nieprawidłowe, wychylenia mniejsze. C — odpowiada wydłużeniu — (distractura) — ustawienie pośrednie znowu nieprawidłowe, zakres wychyleń większy.

Wszystkie te stany, które możemy zgrupować pod ogólnym mianem wad i błędów postawy, wad ustawienia, ograniczenia ruchów i t. d. są niezwykle wdzięcznym terenem do leczenia zdrojowiskowego. Zależnie od przypadku można tu wykorzystać leczenie bodźcowe w jego rozmaitych postaciach, oraz termoterapię w połączeniu z najważniejszym czynnikiem—mechanoterapią i gimnastyką leczniczą. Im wcześniej w ogóle i im w młodszym wieku zostało rozpoczęte leczenie, tem łatwiej ustępują zmiany i tem pełniejszy bywa ostateczny wynik leczenia.

Na jednej z tych postaci chciałbym się nieco dłużej zatrzymać, jako na sprawie dość zapoznawanej, a jednak posiadającej doniosłe znaczenie zdrowotne i prowadzącej do bardzo różnorodnych stanów patologicznych. Mam na myśli wady oddechowe i błędy w postawie tułowia.

Wszyscy dobrze znamy sylwetkę typową astenika (rys. 6 i 7), nie-
 trudno nam też stwierdzić, że człowiek taki nie tylko posiada mało pojemną klatkę piersiową, lecz i jego tor oddechowy jest typu brzuszego.



Rys. 6. Sylwetki porównawcze: asteniczno-wydechowo-ptotyczna z lewej i prawidłowa z prawej strony.

Przypomnijmy sobie, że ruchy oddechowe mogą polegać przeważnie na ruchach żeber i klatki piersiowej (tor żebrowy), albo też na ruchach przepony.

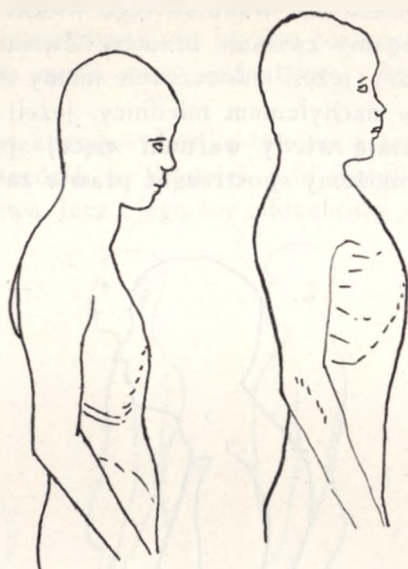
W typie pierwszym zawartość brzucha przemieszcza się więcej w kierunku górno-dolnym. W torze drugim, brzuszonym, amplituda ruchów jest znacznie większa i zasadniczo odbywa się w kierunku przednio-tylnym. Rysunki schematyczne 8 i 9 ułatwiają nam zrozumienie tych różnic. Oddech żebrowy, czy też piersiowy, jak go nazywają, wymaga czynnego współdziałania, poza właściwymi mięśniami oddechowymi, również i mięśni brzucha. Stąd wypływa, że osoby te posiadają mocną, prężną ścianę brzuszną. Odwrotnie, w torze brzuszonym głów-

nym motorem oddechowym jest przepona; mięśnie brzuszne są zupełnie bierne, a ściana brzuszna jest wskutek tego wiotka. Nic dziwnego, że u tych osób spostrzegamy zwisanie brzucha. Zwisanie to przybiera jeszcze większe wymiary, jeżeli jednocześnie mamy do czynienia z większym niż prawidłowe nachyleniem miednicy, jeżeli ustawiona ona jest więcej stromo. Powstają wtedy warunki więcej sprzyjające opuszczeniu się trzew, które możemy spostrzegać prawie zawsze u takich osobników (rys. 10).

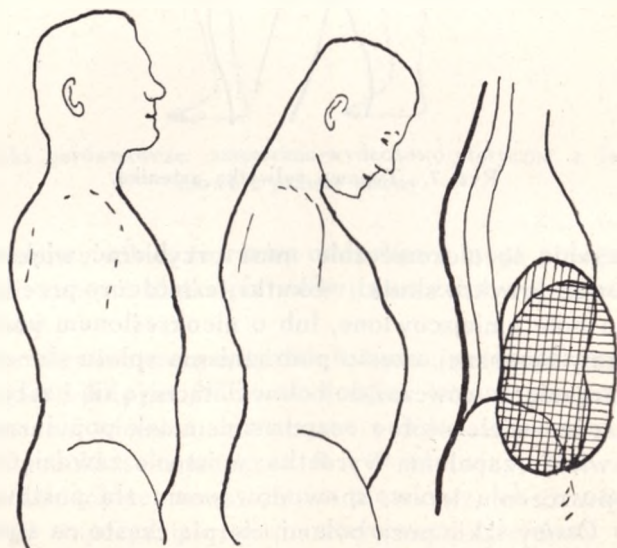


Rys. 7. Typowa sylwetka astenika.

Opuszczenie to niekoniecznie musi przybierać większe rozmiary, aby powodować przykre skutki. Skutki te możemy przedewszystkiem określić jako bóle umiejscowione, lub o nieokreślonem umiejscowieniu, w obrębie jamy brzusznej, często podrażnienia splotu słonecznego, spowodowane targaniem; wówczas do bólów dołączają się i zaburzenia czynnościowe. Bardzo wiele osób z rozpoznaniem tak popularnem, jak zrosty lub przewlekłe zapalenia wyrostka, w istocie zawdzięczają swe dolegliwości opuszczeniu trzew, spowodowanemu złą postawą i wiotkością mięśni. Osoby takie poza bólami, cierpią często na stany spastyczne, na zaburzenia zwłaszcza w obrębie jelit grubych; niekiedy znowu mamy obraz, przypominający chorobę wrzodową żołądka lub dwunast-



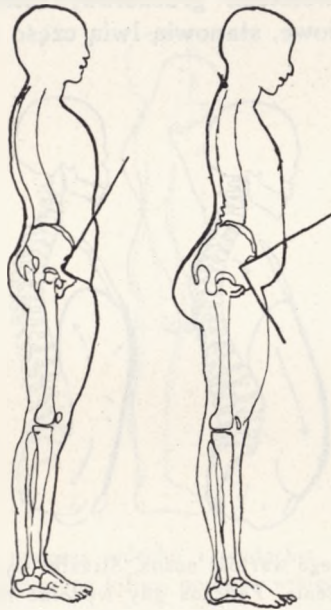
Rys. 8. Typ oddychania żebrowy: wydech i wdech. Należy zwrócić uwagę na prostowanie się kręgosłupa podczas wdechu i wciąganie nadbrzusza.



Rys. 9. Tor brzuszny oddychania: wdech i wydech. Z prawej schematycznie wyobrażone przemieszczenie się zawartości brzusznej podczas ruchów oddechowych.

nicy w złagodzonej postaci. Obrazy te spostrzega się przeważnie u osób młodych, o konstytucji astenicznej, nierzadko u kobiet, co być może stoi w związku z częstszymi u nich nieprawidłowymi nachyleniami miednicy.

Nie dość na tem, zwiotczenie mięśni brzusznych niweczy rolę brzucha jako czynnika podtrzymującego. Zawartość brzucha może być bowiem upodobniona do balonu o dużym ciśnieniu wewnętrznym



Rys. 10. Nachylenie wzmożone miednicy prowadzi do zwisania brzucha i usposabia do opadnięcia trzew.

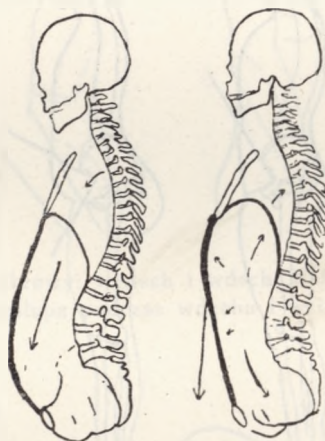
(rys. 11). Balon ten, opierający się na miednicy, a otoczony dookoła zwartą i napiętą ścianą mięśniową, możemy porównać z oponą samochodową mocno wydętą, która wytrzymuje znaczny ciężar spoczywającego na niej wozu. Warunkiem nieodzownym wartości podporowej jest napięcie, prężność, którą jej zapewniają mocne mięśnie brzuszne.

Zmniejszenie tej wartości podporowej dla klatki piersiowej i kręgosłupa prowadzi do zwiększania się zgarbienia, ustawienia klatki piersiowej w pozycji wydechowej, do jej spłaszczenia.

Powstaje więc błędne koło: słaba, płaska klatka piersiowa, zwiększona kifoza, te znamienne cechy astenika wraz z przewagą brzusznego

toru oddychania, w dodatku o niewystarczającej głębokości, nie sprzyjają wyrobieniu mięśni brzusznych, prowadzą do opuszczenia trzew, do zwisania brzucha i do pozbawienia go wartości jako czynnika podporowego. Znaczenie miejscowe i odległe tych zmian jest zbyt dobrze znane, ażeby warto było zatrzymywać się na tem szczegółowiej, wystarczy, jeżeli podkreślimy doniosłość dla ogólnego stanu zdrowia, a nie tylko dla wentylacji płuc jak to się przeważnie czyni.

Dzieci nieco starsze, młodzież, zwłaszcza o typie limfatycznym, często ze zmianami swoistemi gruczołów, astenicy i wogóle osobniki, cieleśnie mniej wartościowe, stanowią lwią część tych chorych.



Rys. 11. Balon brzuszny i jego wartość nośna. Strzałki wyobrazają siły. Duże strzałki odpowiadają pionowi obciążenia. Podczas gdy wydolne mięśnie brzuszne, zapewniając ciśnienie w balonie działają prostująco na kręgosłup grzbietowy, a ciężar ciała działa tak, jakby był przyczepiony do mostka i ciążył pionowo, przy niewydolności mięśni i zwisaniu brzucha nie tylko nośność balonu znika, lecz i ciężar trzew dąży do wywołania zgarbienia (kierunek strzałki).

Skierowanie leczenia na zasadnicze przyczyny, a nie jedynie na objawy, jak to zazwyczaj bywa, jest rzeczą wdzięczną i rozstrzyga o istotnem wyleczeniu, albo przynajmniej o wybitnej poprawie. I tu właśnie ogromną rolę odegrać mogą zdrojowiska dzięki szczęśliwemu połączeniu czynników bodźcowych, oraz kuracji mechanicznej i gimnastyki leczniczej, wraz z możliwością systematycznego jej przeprowadzenia w ciągu kilku tygodni. Z reguły warunki domowe nie są odpowiednie do zaimprovizowania również skutecznego i ściśle przestrzeganego leczenia.

Pozostawiając omówienie szczegółów tego leczenia na później, chciałbym zwrócić uwagę na podobne obrazy, spotykane u osób, tym razem głównie u osób starszych, po czterdziestce. Znowu jeżeli popatrzymy na sylwetki na rys. 13 i 14 zobaczymy znany już nam obraz zwiększenia kifozy grzbietowej (garbienie się) oraz zwisanie brzucha. Gdy jednak, w uprzednio omówionej kategorii przeważały osoby raczej o astenicznej więzi, tu mamy do czynienia głównie z pyknikami, z osobami o dużym niekiedy pokładzie tłuszczu, nierzadko z objawami zaburzeń krążenia i przemiany materji.

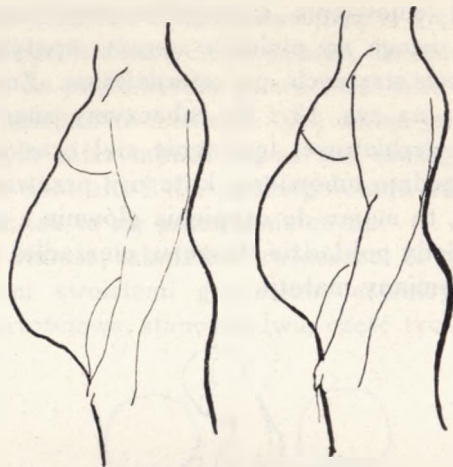


Rys. 12. Zmiana postawy podczas wdechu i wydechu. Należy zwrócić uwagę na zwiększoną kifozę podczas wydechu.

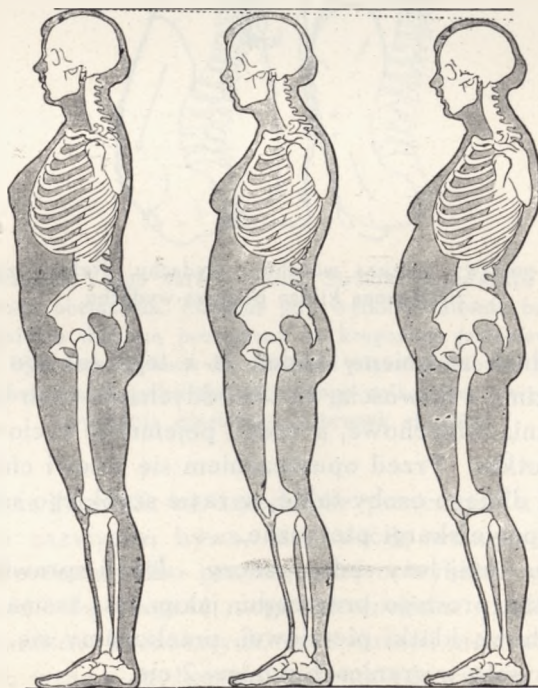
Jeżeli jednak zaczniemy badać je z tego samego stanowiska, to znowu stwierdzimy z łatwością, że tor oddychania osób tych jest czysto brzuszny, wahanía oddechowe, a więc i pojemność życiowa małe: mięśnie brzucha wiotkie. Przed opuszczaniem się trzewi chroni duża warstwa tłuszczu, i dlatego osoby takie, w razie szybkiego schudnięcia, nierzadko mają typowe skargi ptołyczne.

Jednak nie tutaj leży sedno rzeczy. Jeżeli sprawdzimy, chociażby za pomocą tak prostego przyrządu, jakim jest taśma centymetrowa, wahanía oddechowe klatki piersiowej, przekonamy się, że wychylenia są minimalne, często w granicach poniżej 2 cm.

Szczególnie rzuca się w oczy niemożność wykonania zupełnego wydechu, chociaż i pojemność wdechu jest znacznie mniejsza, niż prawidłowo. Stwierdzimy również, w związku z zupełnem zwiotczeniem



Rys. 13. Wdech i wydech człowieka starszego — klatka piersiowa nie bierze prawie wcale udziału, wydech zupełny niemożliwy, amplituda ruchów oddechowych nikła.



Rys. 14. Sylwetki porównawcze kobiet w rozmaitym wieku. Z wiekiem zaznacza się rapadanie się i ugięcie kośćca przedewszystkiem kręgosłupa, stąd zmniejsza się wysokość (wzrost) i zjawia się zwisanie brzucha z wszystkimi tego następstwami.

mięśni brzusznych i utratą przez nie prawidłowego napięcia, brak wciągania nadbrzusza podczas wdechu, na co zwrócił uwagę już *Thooris*. Trzeba bowiem wiedzieć, że podczas głębokiego wdechu u osób z nieupośledzoną ruchomością kręgosłupa zostaje on wyprostowany w swej części grzbietowej, co idzie w parze z oddaleniem od siebie przyczepów mięśni brzusznych; stąd spłaszczenie brzucha wdechowe, typowe dla zdrowych młodocianych. U kategorii osób, obecnie nas zajmujących, podczas silnego wdechu występuje raczej wydymanie się nadbrzusza, jako wyraz niewystarczającej możliwości wyprostowania kręgosłupa.

W kręgosłupie bowiem, jak w innych ruchomych połączeniach kośćca, zeszytwnienie, ograniczenie ruchów, daleko szybciej występuje u osób starszych i daleko łatwiej przybiera u nich postacie stałe, nieodwracalne. Jakże są dalsze skutki i następstwa takiego stanu rzeczy?

Nie będę mówił o niedostatecznej wentylacji płuc i połączonych z nią dalszych następstwach w kierunku przemiany materji, bo są to rzeczy raczej internistyczne. Nas obchodzi oddźwięk, że tak powiem chirurgiczny. Otóż *Ledderhose* stwierdził, że głęboki wdech sprzyja odpływowi krwi żyłnej z górnej połowy ciała, podczas gdy w dolnej powstaje jakby jej zastój. Podczas głębokiego wydechu odwrotnie, zastój daje się spostrzegać w górnej połowie, a z dolnej połowy ciała krew odpływa łatwiej wskutek przysysającego działania klatki piersiowej.

Niedostateczne ruchy oddechowe, a zwłaszcza wydechowe, prowadzą do gromadzenia się krwi w dolnej części ciała, przede wszystkim w kończynach dolnych. Zastój, żylaki, obrzęki okolic kostek i inne ogólnie znane dolegliwości, dadzą się sprowadzić do tej wspólnej przyczyny. Ponadto podczas każdego głębszego ruchu oddechowego wątroba ulega jakby masażowi pomiędzy ścianą brzuszną i przeponą. Ruchy te wyciskają z niej krew i żółć, jak z ąbki. Niewystarczalność oddechowa prowadzi znowu do gromadzenia się krwi w wątrobie i pośrednio w układzie żyły wrotnej ze wszystkimi tego skutkami. Zastoina żółci może również powstać na tem tle, wraz z dalszymi zmianami w obrębie dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego. Widzimy więc, że spory odcinek patologji schorzeń tak wybitnie chirurgicznych jak sprawy pęcherzyka i dróg żółciowych, hemoroidy, żylaki powrózka, żylaki i wrzody żylakowate goleni, wszystko to w swym początku może mieć jako właściwą przyczynę etiologiczną upośledzenie ruchów oddechowych, zwłaszcza z przewagą toru brzusznego.

TABLICA ĆWICZEŃ ODDECHOWYCH.

I - Oddech rytmiczny { 3 sekundy dla wdechu, 3 sekundy dla wydechu
 { 4 " " " " 4 " " " "
 { 5 " " " " 5 " " " "

II - Oddech przedłużony { Wydychać licząc od 1 do 100
 { Podczas wydechu dmuchać jaknajdłużej

III - Oddech urywany

Wdech	↔	Wydech	Obraz według miary czterotaktowej	
			Wdech	Wydech
Cała nuta	↔	4 ćwierćnuty	o	←
4 ćwierćnuty	↔	Cała nuta		← o
2 półnuty	↔	2 ćwierćnuty, 4 ósemki		←
2 ćwierćnuty, 1 półnuta	↔	8 szesnastek, 2 ćwierćnuty		←
1 ćwierćnuta, 1 półnuta, 1 ćwierćnuta	↔	16 szesnastek		←
i t. d.		i t. d.		etc

Jeszcze jeden szczegół. Zastoina w obrębie żyły wrotnej, a więc trzew brzusznych, prowadzi jak to wykazał Schoen do zaburzeń wchłaniania gazów w jelitach. Szczególnie upośledzone jest wchłanianie dwutlenku węgla, co prowadzi u tych osób do bębniczy, stałego wzdęcia, wysokiego ustawienia przepony, co znowu zmniejsza jeszcze więcej ruchy oddechowe, nie mówiąc już o oddziaływaniu na serce i krążenie.

Wzdęcie prowadzi skolei do rozciągnięcia i dalszego zwiótczenia mięśni brzusznych, otrzymuje się więc znowu swoiste błędne koło.

Zatrzymałem się dłużej na tych, na pierwszy rzut oka niebardzo chirurgicznych, sprawach, dlatego, że doniosłość ich praktyczno-życiowa jest bardzo duża; są one w leczeniu odpowiedniemi, oczywiście w swych początkowych postaciach, wdzięczne, i tutaj właśnie leczenie zdrojowiskowe jest leczeniem z wyboru.

Przedewszystkiem wszelka aero- hydro i termoterapia rozporządza bodźcami, które poprzez swe działanie skórne w sposób szybki prowadzą do pogłębienia i polepszenia oddychania (*Rosenthal*). Przecież i noworodek zaczyna oddychać pod wpływem bodźców skórnych i te znowu stosujemy, chcąc wywołać głębszy oddech w zapaści. Są one

najwięcej do tego celu odpowiednie. Dalej, zdrojowisko ma możliwości stworzenia prawdziwego szkolenia oddechowego poza leczeniem dietetycznym lub piciem wody. Zrozumiano to już dobrze na Zachodzie, a trzeba by życzyć, żeby Ciechocinek, posiadający w tym kierunku wymarzone warunki (tężnie, basen, plaże, ośrodek wychowania fizycznego, dobrze prowadzony dział fizykoterapii i mechanoterapii), wprowadził tego rodzaju leczenie na szerszą skalę.

Jako przykład, co może zdziałać nawet niedługie, lecz odpowiednio przeprowadzone leczenie, przytaczam krzywe, osiągnięte w La Bourboule przez zasłużonego w tej dziedzinie autora *L. Merklen'a* (Merklen et Diffre. Paris médical, 1935, Nr. 16). Jednocześnie podaję wzór tablicy ćwiczeń, tam stosowanych. Z załączonych krzywych wyraźnie wi-

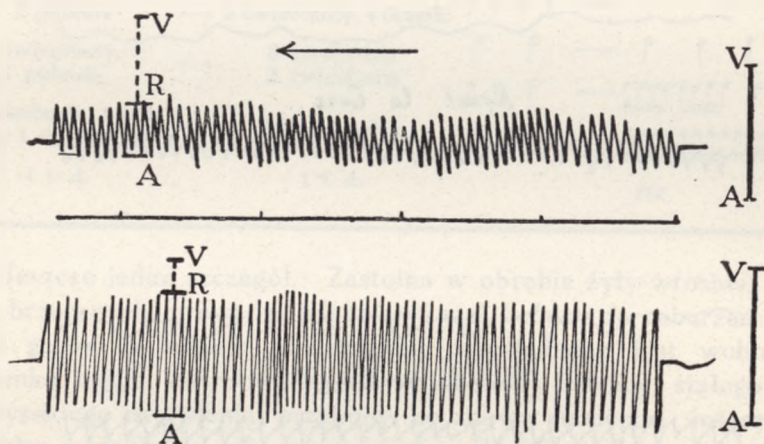


Rys. 16. Krzywa obrazująca postępy oddechowe po leczeniu (Merklen).

dać wybitne pogłębienie ruchów oddechowych i ich większą regularność, a mniejszą częstość.

Innemi nieco drogami kroczy *R. Goiffon* i *R. Waltz* (Paris Méd., 1933, Nr. 4). Tym autorom chodzi o powiększenie tak zwanej pojemności odruchowej, różniącej się od pojemności życiowej tem, że zostaje ona określona nie podczas wdechu i jaknajgłębszego, ale dowolnego wydechu, lecz podczas oddychania powietrzem częściowo zużytym, powodującym przez zwiększenie zawartości dwutlenka węgla maksymalne wzmoczenie ruchów oddechowych. Podczas gdy na początku leczenia pojemność ta była mała, a w stosunku do pojemności życiowej zwykłej wynosiła kilkanaście %, w końcu leczenia występowało jej zwięks-

szenie do wymiarów przeciętnych, a stosunek — pojemność oddechowa — pojemność życiowa — osiągał 75 i więcej %. Jako leczenie stosowano oprócz innych, ogólnie znanych ćwiczeń oddechowych, jeszcze i oddychanie przez rurę, długą na dwa metry o średnicy 10 cm. Rura ta stwarzając martwą przestrzeń, której wielkość nawiasem mówiąc można było regulować, prowadziła do zwiększenia dwutlenku węgla w oddychanem powietrzu i wskutek tego do pogłębienia oddechów. Zatrzymałem się na tych mniej znanych, a zdaje się że niestosowanych u nas sposobach, celem zilustrowania, ile można zdziałać w stosunkowo krótkim czasie w sensie polepszenia oddychania. Ze stanowiska jednak chirurgicznego, a więc najbliżej nas obchodzącego, położyć należy główny nacisk na gimnastykę leczniczą, na ćwiczenie mięśni brzusz-



Rys. 17. Krzywa obrazująca postępy oddechowe uzyskane w ciągu 14 dni (Goiffon i Waltz).

nych, na wychowanie poprawnego toru oddechowego, a szczególnie na przywrócenie prawidłowej zdolności kręgosłupa do prostowania się podczas głębszego wdechu.

Postępując w ten sposób nie tylko osiągniemy w postaciach niezbyt daleko posuniętych zmniejszenie się szeregu skarg, związanych z zastojem krwi i nieprawidłowościami ze strony jamy brzusznej, lecz i przyczynimy się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia, do odmłodzenia nie w znaczeniu sensoryjnym, lecz istotnym, to jest uzyskamy lepszą prężność tkanek, lepsze tempo przemiany i krążenia.

Jeżeli dorzucimy do tego sprawę, którą skłonni jesteśmy lekceważyć lub rozpoznawać błędnie, mianowicie osłabienie nośności nasze-

go aparatu podtrzymującego i ruchowego, występującego w pewnym wieku, nieraz niewątpliwie przedwcześnie, w postaci osłabienia więzadeł, zwiotczenia mięśni, ograniczenia na razie nieznacznego ruchów, co wszystko prowadzi do najróżnorodniejszych bólów najczęściej i niesłusznie klasyfikowanych jako reumatyczne, artretyczne i t. p., a będących tylko wyrazem zużycia przedwczesnego tkanki łącznej w jej wszystkich odmianach spastycznych stanów, mięśni i ich niedomogi wskutek złego krążenia, małego ćwiczenia i t. p., to snadnie okaże się, że Ciechocinek, mogący tutaj dać zgoła niezwykłe wyniki, zasługiwałby całkowicie na nazwę zdrojowiska odmładzającego. Ażeby jednak na tę nazwę zasłużyć, należałoby do istniejących już przyrodzonych i zupełnie niezwykłych walorów, w postaci cieplicy i takich urządzeń, jak teżnie, basen, plaże, zakłady gimnastyczne, dodać jeszcze dobrze zorganizowany ośrodek leczenia wad i błędów postawy i oddychania.

Tylko wyspecjalizowanie się uzdrowiska w pewnych kierunkach pozwala na celowe wyposażenie go w potrzebne przybory i urządzenia oraz sprzyja odpowiedniemu wyrobieniu się i wyspecjalizowaniu się lekarzy i personelu tam pracującego. Nie wkraczając więc w dziedzinę chorób z chirurgią niezwiązaną, chciałbym podkreślić konieczność i wielkie korzyści stąd płynące wyspecjalizowania się Ciechocinka w kierunku leczenia stanów niedomogi aparatu podtrzymującego i ruchowego.

Do tej kategorii należałyby przedewszystkiem dzieci i młodzież z następującymi zmianami: krzywica, początki gruźlicy lub zagrożenie gruźlicą gruczołową lub kostną, stany osłabienia, mniejsza wartość postawy i ruchowa.

Drugą wielką kategorię stanowiłyby osoby starsze, z niedomogą aparatu podtrzymującego, wskutek tego ze stanami spastycznymi mięśni, z bólami „reumatycznymi”, „artretycznymi”, jak je ciągle jeszcze nazywają, mające wielki zespół zaburzeń oddechowych, krążeniowych i statycznych, w których właśnie ta niedomoga jest pierwotną przyczyną.

Tak dla jednej, jak i drugiej kategorii obok znanych ze swej skuteczności dotychczasowych czynników leczniczych, któremi rozporządza Ciechocinek, należałoby stworzyć na większą skalę ośrodek redukcji fizycznej, głównie postawnej i oddechowej.

Nie uszczupliłoby to w niczem dotychczasowego kontyngentu chorych chirurgicznych, szukających pomocy i ulgi po urazach, po stanach zapalnych najróżniejszego rodzaju i t. p. Stworzyłoby to natomiast dodatkowy ciąg do Ciechocinka osób, któreby tu łatwo mogły odzyskać

TABLICA ORJENTACYJNA WSKAZAŃ I LECZENIA W CIECHOCINKU.

+ oznacza należy stosować
 + „ - można „ ostrożnie
 - „ - nie wolno stosować.

- I. Na leczenie bodźcowe składa się: sam pobyt (klimat), kąpiele powietrzne, słoneczne, basen, kąpiele solankowe o umiarkowanej ciepłocie.
 II. Termo-terapia obejmuje: gorące solanki, kąpiele i okłady borowinowe, diatermię.
 III. Mechanoterapia obejmuje: gimnastykę leczniczą, właściwą mechanoterapię, masaż.

Schorzenia		Leczenie bodźcowe	Termo-terapia	Mechano-terapia	U w a g a	
Najlepsze wyniki otrzymujemy w okresach późnych wzgl. w stan. następ.	Stany pourazowe	Części miękkich świeże „ „ dawniejsze Kości wczesne (do 6 mies. po wyp.) „ późne (po 6 mies. od wyp.) Stawów wczesne „ późne	+ + + + + +	+ + + + + +	[odwap. Sprawdzić czy niema Raczej tylko ruchy [czynne	
	Stany pozapalne	Części miękkich Kości Stawów	+ + +	+ - +	Zupeł. wygaś. infekcji „	
	Zapal. przewlekłe	Gruźlica gruczołów chłonnych „ kostno-stawowa Przewlekłe zapalenie szpiku	+ + +	+ + +	+ - -	Głównie gimn. ogólna Unieruchomienie Stosowanie ciepła zal. od braku zaost. i uwag
Najlepsze wyniki otrzymujemy w okresach wczesnych, lub zapobiegawczo	Stany niyzapalne przewlekłe i podobne	Zaburz. gospodarki wapniowej				
		Odwapnieniowe	Krzywica Rozmięknienie kości, łamliwość kości Osteopatie wieku młodzieńczego (np. choroba Perthes - Legg - Calvé.) Morbus Recklinghauseni	+ - -		Łagodna ogólna gimnastyka może być dopuszczalna
	Uwapnieniowe	Zniekształcające zapalenia stawów, Spondyloarthritis Spondylitis rhizomelica. Myositis ossificans i podobne sprawy	+ + +	+ + +	Stosowanie ciepła zależne od uwapnienia. W zwapnieniach pozaszkieletowych mechanoterapia dopiero w późnych okresach	
	Niedomoża czynnościowa	Apar. podtr.	Błędy i wady postawy Stany pokrzywicze	+ - +		Nacisk gł. na gimn. leczniczą w tym rzędzie oddechową
	Apar. ruchow. (mięś. i staw.)	Niedomoża więzadłowo-stawowa Kontraktyury i dystryktyury, Początkowe okresy zniekształc. nieinfekc. p.ch.	+ + +	+ + +		Mechanoterapia tylko w łagodnej postaci
Krażenia zwł. żył.	Żyłaki голени, żyłaki powrózka, guzy krwawnicze, akrocyanosis	+ - +			Głównie gimnastyka oddechowa	
Inne		Zaburzenia krążenia tętn. kończ. (claudicatio intermittens. Endarteriitis oblit. Morb. Bürger)	+ + +	+ + +		Ostrożność z procedurami cieplnymi i ruchowemi wskazana
		Zaburzenia przew. pokarmowego typu ptotycznego i spastycznego	+ + +	+ + +		Gimn. lecznicza
		Niek. schorz. wątr. i dróg żółciow.	+ + +	+ + +		Gimnastyka oddech.
		Zastoina chłonki. Elephant, Myositis chr. Cellul. chr. Myogelosis.	+ + +	+ + +		Mechanoterapia dopiero po usp. się ostr. okr

zdrowie, lub znaczną poprawę, a które obecnie rozpraszają się po innych zdrojowiskach, lub wogóle nie korzystają z leczenia zdrojowego, nie wiedząc, że właśnie w niem spoczywa najkrótsza droga do pozbycia się męczących dolegliwości.

Oczywiście, łącznie z tem konieczna jest odpowiednia propaganda w kołach lekarskich. Jednakże sądzę, że z chwilą zorganizowania i rozszerzenia leczniczych możliwości Ciechocinka, zgodnie z wyżej wyszczególnionymi założeniami, w bardzo krótkim czasie rozniósłoby się to po kraju i chorzy napływaliby w dużej liczbie.

Jeżeli chodzi o przeciwwskazania do tego typu leczenia, a więc o punkt ważny dla lekarza kierującego, to stwierdzić należy, że przeciwwskazania istnieją w odniesieniu do poszczególnych czynników leczniczych, a tylko rzadko w stosunku do Ciechocinka wogóle.

Oczywiście, że ani ciężkie postaci niezrównoważonych chorób serca, ani otwarta gruźlica, ani nowotwory złośliwe, ani wreszcie stany skrajnego wyczerpania bez względu na jego przyczynę, nie nadają się do leczenia zdrojowego. Inne natomiast stany mogą nasuwać pewne zastrzeżenia co do pewnych silniej działających czynników leczniczych, jak termoterapia lub gimnastyka, ale i to raczej w kierunku dawkowania, niż w sensie zupełnego niestosowania.

Dobór zaś odpowiednich co do postaci i co do dawki metod leczniczych, dozór nad ściśłem wykonywaniem zaleconych zabiegów oraz spostrzeganie powodowanych przez nie odczynów i kształtowanie na podstawie tych spostrzeżeń dalszego leczenia lub zmian w dawkowaniu jest, będzie i powinien być przywilejem i obowiązkiem lekarzy zdrojowych, którzy gromadząc w ciągu lat doświadczenie o sposobie działania tych lub innych czynników leczniczych na poszczególne jednostki oraz posiadając daleko dokładniejszą, bo bliższą i dłuższą znajomość szczegółów wykonywania zabiegów leczniczych są z natury rzeczy jaknajwięcej powołani do rozstrzygania tych spraw. Lekarz domowy tylko w słabym stopniu mógłby tu wyrokować, a nie będąc na miejscu, w najlepszym razie mógłby zalecić tylko szablonowe, sztywne postępowanie z oczywistą szkodą dla skuteczności leczenia. Czyli, innymi słowy, w zakresie spraw chirurgicznych i parachirurgicznych, które zostały tutaj poruszone, rola, zresztą bardzo doniosła, lekarza domowego polegać winna na doborze spośród swych chorych osób, wymagających kuracji właśnie w Ciechocinku, i na najogólniejszem wytyczeniu torów leczenia, pozostawiając lekarzowi zdrojowemu wszelkie szczegóły wykonawcze, tudzież sprawę dawkowania.

W najogólniejszej postaci streszczając wyżej powiedziane, możemy większość spraw chirurgicznych, nadających się do leczenia zdrojowego, uszeregować w dwie duże grupy:

I. Zdrojowe leczenie wskazane w końcowych okresach, w okresie gojenia, lub jako leczenie następne. Należą tu sprawy pourazowe, pozapalne i w pewnej mierze zapalenia przewlekłe.

II. Zdrojowe leczenie wskazane jest w początkowych okresach lub nawet zapobiegawczo. Do tej grupy zaliczamy długi szereg spraw, które możnaby objąć nazwą stanów nibyzapalnych przewlekłych oraz niedomoga czynnościowa tego lub innego pochodzenia, tak narządów ruchu jak i krążenia (żylaki, zastoiny, niewystarczające ukrwienie).

Naczelne więc żądania możnaby streścić następująco:

Zacieśnienie współpracy pomiędzy lekarzami zdrojowymi i domowymi. Zwalczenie leczenia się i stosowania zabiegów na własną rękę, bez kontroli lekarskiej, bo tu jest źródło ujemnych sądów o skuteczności kuracji.

Rozbudowanie i rozszerzenie działów gimnastycznych, mechanoterapeutycznych zdrojowiska, z uwzględnieniem głównem gimnastyki oddechowej i postawowej.

STRESZCZENIE.

Autor dzieli czynniki lecznicze na dwie grupy zasadnicze — grupę bodźcową i grupę termo i mechanoterapij. Omawia wskazania w poszczególnych schorzeniach, kładąc nacisk głównie na chwilę zastosowania leczenia oraz rodzaj zabiegów.

Szczegółowiej omawia autor stany uwapnieniowe i odwapnieniowe, poczem zatrzymuje się dłużej na stanach, które łączy pod wspólną nazwą niedomogi. Należą tu, pomiędzy innymi, wszelkie błędy i wady postawy, stany niedomogi narządów ruchu, schorzenia krążenia charakteru obwodowego, oraz zespół zmian, które możnaby określić jako przedwczesne starzenie się.

Autor gorąco nawołuje do wyspecjalizowania się Ciechocinka w kierunku leczenia tych własności stanów, zwłaszcza zapobiegawczo w okresach początkowych, do rozbudowy dalszej gimnastyki leczniczej, pomiędzy tem i oddechowej.

W końcu stwierdza, że konieczny jest bliższy kontakt pomiędzy lekarzem kierującym a lekarzem zdrojowym; poza tem należy ująć postępowanie lecznicze w surowsze i ściślejsze karby, unikając jednak szablonowości i stosując jaknajdalej posunięte indywidualizowanie.

Jeżeli dotychczas wartość lecznicza Ciechocinka w schorzeniach grupy I była i jest całkowicie doceniona, o tyle trzeba stwierdzić zupełne prawie niezrozumienie i zaniedbanie należytego ustosunkowania się do spraw grupy II.

A wszak zapobieganie, zwalczanie w zarodku schorzenia, niedopuszczenie do powstania i rozwoju ciężkich nieraz i nieusuwalnych następstw stanowi bezspornie czołowe, najszczytniejsze i dodajmy najwznieźniejsze zadanie lecznictwa wogóle.

Z tych to właśnie względów położył autor szczególny nacisk na stany i sprawy zazwyczaj pomijane, a które może w stopniu większym podkopują ogólne zdrowie i sprawność niż stany pourazowe i pozapalne, stanowiące dotychczas główny kontyngent spraw chirurgicznych, kierowanych do Ciechocinka.

Ciechocinek jako stacja zapobiegawcza dla dzieci i młodzieży oraz dla osób z pierwszemi oznakami starzenia się ustroju — oto hasło warte głębszej uwagi.

R É S U M É.

DIE SOLBÄDERBEHANDLUNG DER CHIRURGISCHEN KRANKHEITEN.

In der Absicht, ein möglichst einfaches Behandlungsschema aufzustellen, teilt der Verfasser die in Solbädern üblichen Behandlungsmethoden in zwei Gruppen: Reizmethoden und Hyperämie Methoden ein. Es werden kurz die einzelnen häufigeren Krankheitseinheiten, entzündlicher oder traumatischer Natur, besprochen und ihre zweckmässige Bäderbehandlung geschildert. Dabei wird betont, dass nicht soviel die Krankheitsart selbst, wie das Stadium derselben und die Begleitssymptome von Wichtigkeit sind, insoweit die Frage der Solbäderbehandlung und der Einzelheiten ihrer Durchführung entschieden werden sollen. Grosse Aufmerksamkeit ist dem Decalcifikations resp. Hypercalcifikations-Symptom zu schenken, da es bei Hyperämieprozeduren von entscheidender Wichtigkeit ist. Es wird auch der Gymnastik und körperlichen Ertüchtigung gedacht, da-

bei dem grösseren Ausbau der Atmungsgymnastik das Wort geredet. Zum Schluss folgt die Schilderung des vorzeitigen Alterns und es werden chirurgische und orthopädische Probleme des Praeseniums berührt, zugleich auch auf die Vorbeugungsmöglichkeit durch entsprechende balneologische und gymnastische Massnahmen hingewiesen.

Es folgt ein sorgfältig begründeter Aufruf an die Solbäder, nicht bloss wie bisher hauptsächlich der Jugend zu gedenken, sondern auch für den alternden Teil der Bevölkerung Kur und Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, die die vorzeitigen Alterserscheinungen mildern und sogar rückgängig machen können. Speziell wird das Thermalbad Ciechocinek aufgefordert, Massnahmen zu treffen und Anstalten zu errichten, die eine durchdachte und erfolgreiche Kur des Praeseniums ermöglichen.

Prof. Dr. med KOWALSKI BOLESŁAW.

KILKA UWAG O LECZENIU NIEKTÓRYCH WAŻNYCH SCHORZEN MACICY I ZAPALENIA JEJ PRZYDATKÓW.

Z Uniwersyteckiej Kliniki Ginekologiczno-Położniczej w Poznaniu.

Dyrektor: Prof. Dr. med. B. Kowalski.

Na żadnym odcinku ginekologii nie zaszły w latach ostatnich tak zasadnicze zmiany jak w dziale leczenia *spraw zapalnych macicy*. Była to pewnego rodzaju rewolucja, gdy *Hitschmann* i *Adler*, obalili nasze zapatrywania co do *endometritis interstitialis* i *glandularis* dowodząc, że chodzi tutaj o normalną zupełnie śluzówkę maciczną z różnych okresów miesięczkowych (tabl. 1 i 2). Dziwimy się, że autorzy dawniejsi nie zdawali sobie sprawy z faktu, że poszczególne okresy cyklu miesięczkowego charakteryzują się także odmiennymi obrazami drobnowidowemi (tabl. 3). Odkrycie to miało znaczenie doniosłe, bo tworzyło podstawę dla dalszych badań, dla nowych zapatrywań i nowych poglądów. Dalsze posępy przyniosły później badania nad wydzielaniem wewnętrznym jajników i przysadki mózgowej, które wytłumaczyły jeszcze niejedyn czynnikiem dla zagadnienia ważny a dotychczas niejasny lub nawet niezany.

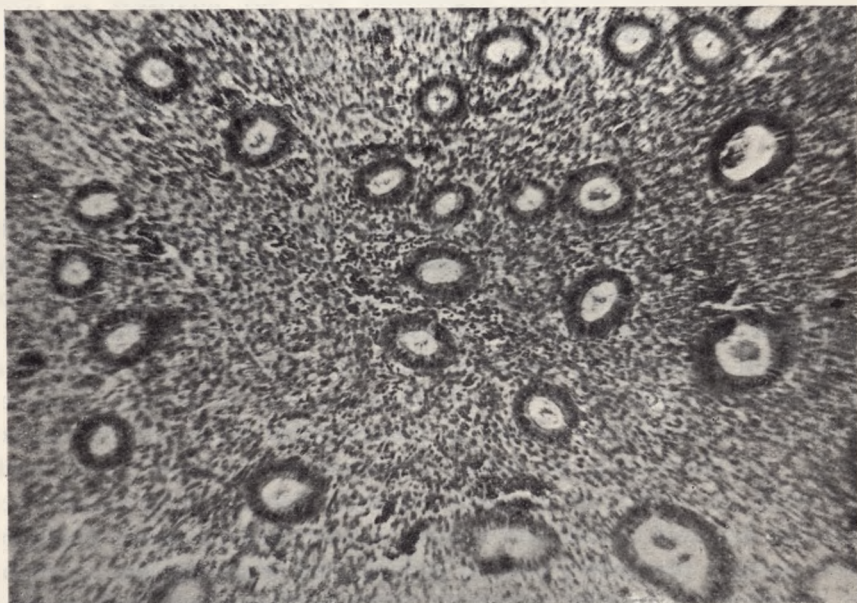
I.

Następstwem wszystkiego była konieczność gruntownego zrewidowania naszych dawniejszych zapatrywań co do stanów zapalnych macicy. Nie mogliśmy już dzielić schorzenia te na samodzielną i niezależnie od siebie występującą *endometritis* i *metritis*, bo dowiedzieliśmy się, że zapalenie śluzówki macicznej przechodzi prędzej czy później także na mięsień macicy i odwrotnie. Rozpoczęły się czasy, w których mówiliśmy już tylko o *metroendometritis*. Schorzenie to wkrótce zostało podzielone na 2 grupy, mianowicie na *metroendometritis infectiosa* i *idiopathica*. Po pewnym czasie wykazały jednak dalsze badania, że schorzenie ostat-

nie nie jest pochodzenia zapalnego. Chcąc to podkreślić dał *Aschoff* sprawie tej zupełnie inne określenie, mianowicie *metropathia uteri*. Mówimy zatem dziś o metro-endometritis infectiosa i o metropatii, przy czym tylko schorzenie pierwsze zaliczamy do zapaleń.

Do pewnego stopnia łączą się ze schorzeniami powyższymi 2 dalsze nieprawidłowości maciczne, — mianowicie *endometritis post partum*

TABLICA 1.



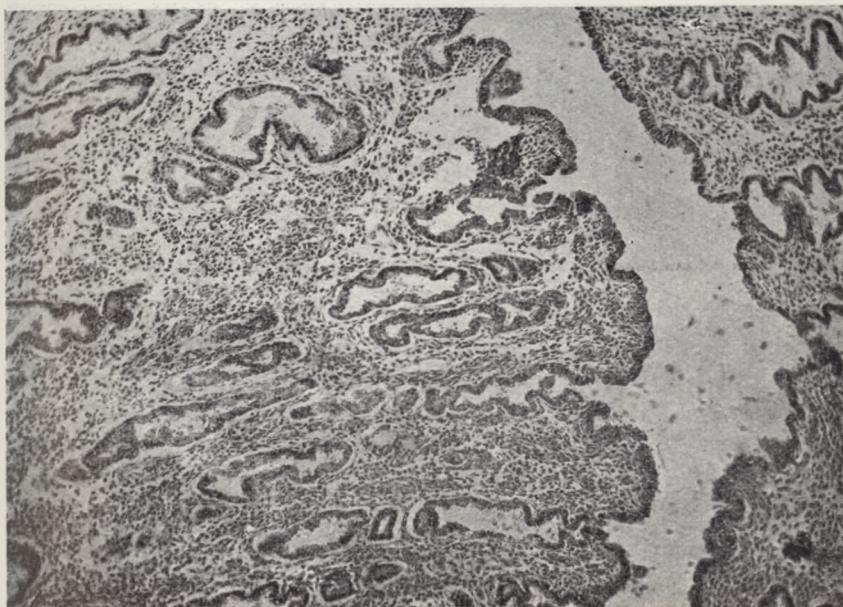
Śluzówka trzonu macicznego składająca się z dosyć licznych gruczołów w przekroju poprzecznym i ukośnym. Nabłonek gruczołów jest regularny, jednowarstwowy, jądra poszczególnych komórek leżą u podstawy. Światło gruczołów jest wąskie. Przestrzenie międzygruczołowe są duże, znajdująca się tu tkanka łączna posiada miejscami nacieki drobnokomórkowe. Obraz śluzówki odpowiada w cyklu miesięczkowym okresowi spoczynku. Przed ustaleniem zmian cyklicznych śluzówki przez *Adlera* i *Hitschmana* rozpoznawano w tych przypadkach często zmiany zapalne śluzówki i to t. zw. „endometritis interstitialis” czyli stan zapalny tkanki międzygruczołowej (*Stöckl*).

względnie *abortum* i *endometritis exfoliativa*. Etiologia jest w obu przypadkach zupełnie różna. Powodem schorzenia są raz pozostałe resztki jaja, względnie nienormalny rozwój wsteczny doczesnej, do czego się często przyłączają sprawy zapalne. W drugim przypadku nie

chodzi wcale o zapalenie — mimo nazwy endometritis — tylko prawdopodobnie o nieprawidłową czynność jajnikową. Dlatego też lepiej nazwać schorzenie to dysmennorrhoea membranacea.

O wszystkich czterech schorzeniach powyższych pomówimy dzisiaj, przy czem ograniczę się do tego, co będzie miało znaczenie dla leczenia.

TABLICA 2.



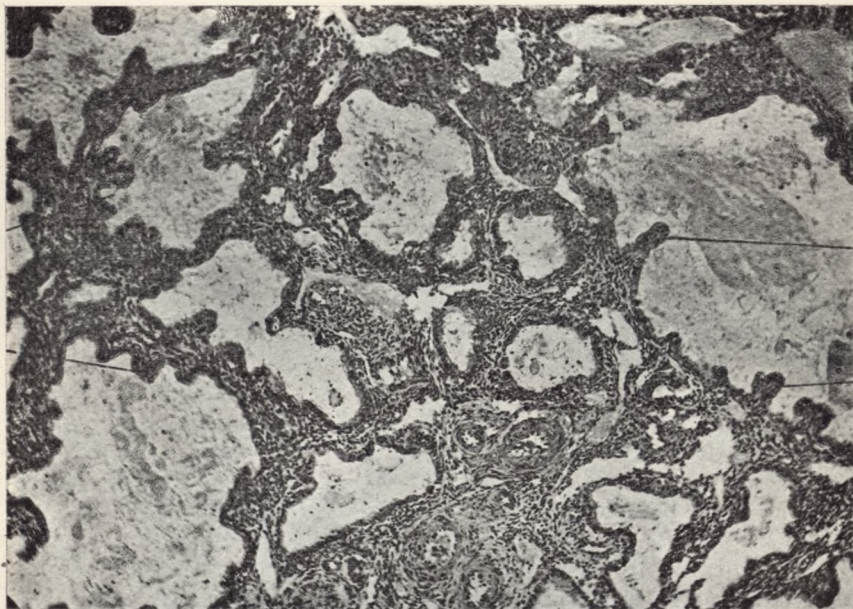
Śluzówka trzonu zgrubiała, rozpulchniona. Gruczoły wydłużone, korkociągawo skręcone o jednowarstwowym, regularnym nabłonku. Światło gruczołów rozszerzone, przez to przestrzeń międzygruczołowa zmniejszona; tkanka łączna obrzęknięta, przekrwiona. Widać liczne przewody gruczołowe, prowadzące do jamy macicznej. Nabłonek powierzchni śluzówki wszędzie jeszcze zachowany. Zmiany te odpowiadają obrazowi przedmiesiączkowemu śluzówki macicznej i były dawniej przez licznych autorów określane jako postać zapalna śluzówki, t. j. jako t. zw. „endometritis glandularis”. (S t o c k l).

Rozpaczynam od schorzenia pierwszego — *metroendometritis infectiosa* — które należy do rzeczywistych zapaleń i jest pochodzenia mikrobowego. Są to więc zakażenia, wywołane najczęściej drobnoustrojami septycznymi, bodźcami rzeżączki i gruźlicy a rzadziej kiły, błonicy

lub innych schorzeń zakaźnych. Zakażenia te występują zwykle po nieczystych zabiegach wśródmacicznych i po porodach lub poronieniach.

Sprawa zaczyna się przeważnie w śluzówce macicznej, zwłaszcza w przypadkach zakażeń septycznych i rzeżączkowych. Mikroby przenikają wkrótce całą śluzówkę niszcząc ją na większym lub mniejszym od-

TABLICA 3.

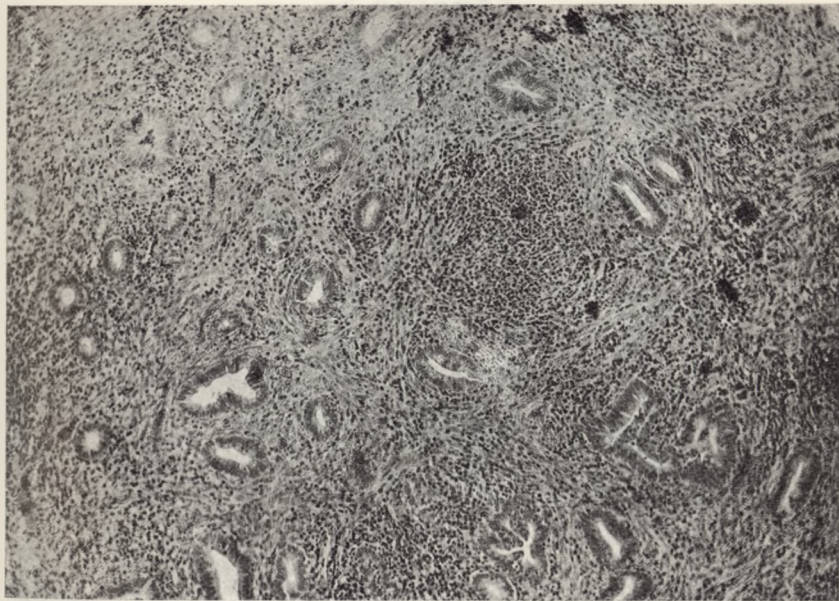


Śluzówka składa się z rozszerzonych w znacznym stopniu gruczołów, tkanka międzygruczołowa bardzo mierna, widać liczne, rozszerzone naczynia krwionośne. Liczne pęczki nabłonkowe w postaci czopów, sterzące do światła gruczołów, uwidoczniają okres wydzielniczy śluzówki. Rozpoznanie: śluzówka miesiączkowa (Stöckl).

cinku powierzchni a niekiedy i w głębi. Teren zapalny odgranicza się zwykle od reszty tkanki „wałem ochronnym” z leukocytów, który zabezpiecza organizm przed inwazją mikrobow i chroni go w ten sposób przed dalszym zakażeniem (tabl. 4 i 5). Jeżeli jednak mikroby wał ten z tej czy innej przyczyny przekroczą, widzimy drobnoustroje także w warstwie mięśniowej. Mikroby rozszerzają się tu głównie wzdłuż naczyń chłonnych. Wówczas należy się zawsze obawiać dalszych komplikacji, mianowicie powstania ropniaków lub ogólnego zakażenia.

Głównymi objawami klinicznymi schorzenia są: gorączka, upławy ropne i cuchnące, bolesność macicy na dotyk, bóle w krzyżach i podbrzuszu. Macica jest powiększona i miękka. Skoro schorzenie przekracza granice macicy, mamy często zmiany w przydatkach lub nawet podrażnienie otrzewnej.

TABLICA 4.



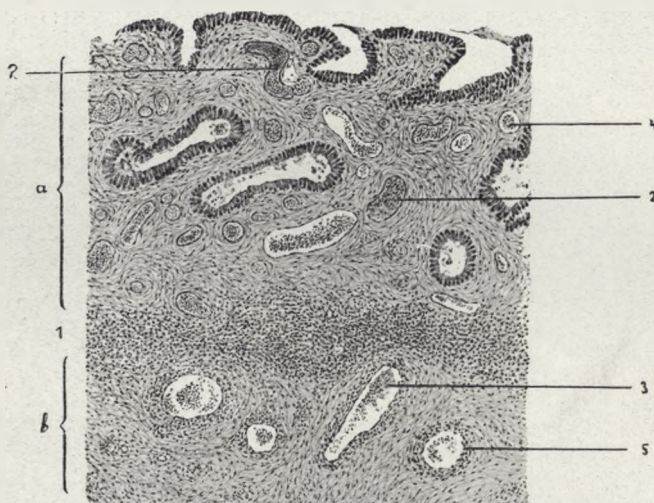
Śluzówka wykazuje nieliczne gruczolę o nabłonku normalnym, przestrzenie międzygruczolowe powiększone. Tkanka łączna przerosła, wykazuje wybitne nacieki drobnokomórkowe na całej przestrzeni skrawka. Jest to obraz prawdziwego stanu zapalnego śluzówki macicznej (endometritis septica) (Stöckl).

Leczenie schorzenia musi być zachowawcze. Chora powinna pozostać w łóżku i zachowywać spokój. Nawet zbytniego poruszania w łóżku należy unikać, bo może to wpłynąć ujemnie na sprawę zapalną. Poza to dajemy chorej zimne lub lodowe okłady na macicę, sporysz a w razie wielkich boleści kodeinę. Naturalnie należy unikać za wszelką cenę wszystkich zabiegów wśródmacicznych jako bardzo niebezpiecznych, bo niszczących „wał ochronny” i przyczyniających się tem samem do rozpowszechnienia zakażenia i zapalenia. Leczenie zdrojowiskowe wchodzi ewentualnie w rachubę po ustąpieniu gorączki, gdyby pozostały

następstwa po zapaleniu, zwłaszcza zmiany w przydatkach. Pod tym względem rokowanie jest zwykle dobre, bo schorzenie przeważnie ustępuje bez śladu przy odpowiednim leczeniu. Nawet późniejsze badania mikroskopowe dają wyniki zupełnie ujemne.

Na zupełnie innej podstawie powstaje *endometritis post partum* względnie *post abortum*. Tutaj chodzi głównie o zaburzenia w przemianie wstecznej doczesnej, która utrzymując się na większych lub mniej-

TABLICA 5



Metro-endometritis septica.

Słuzówka (a) i mięśniówka (b) wykazują zwłaszcza w dolnym odcinku (1) obfite drobnokomórkowe nacieczenie. 2. Naczynie wypełnione zakrzepem. 3. Zakrzep, wypełniający część światła żylnego. 4. Przekrój przez naczynie normalne, w świetle krwinki. 5. Drobnokomórkowe okołozylne nacieczenie (periphlebitis).

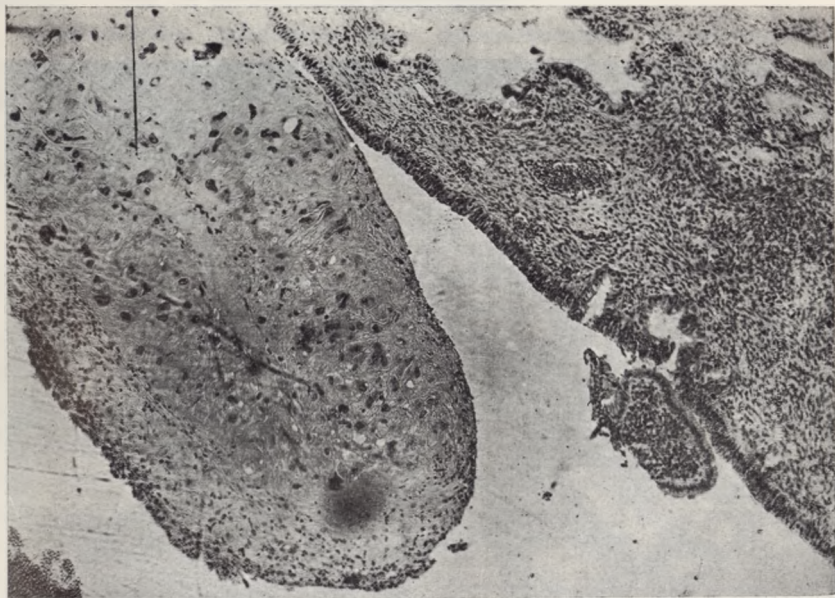
szych odcinkach wywołuje różne nieprawidłowości, zwłaszcza krwawienia i polipy łożyskowe (tabl. 6). Niekiedy stwierdzamy też w jamie macicznej resztki jaja płodowego lub łożyska. Obraz drobnowidowy jest w takich przypadkach bardzo charakterystyczny, widzimy bowiem komórki doczesnej, gruczoły ciążowe lub nawet jeszcze kosmki. Dalej mamy i tutaj „wał ochronny” z leukocytów, otaczający miejsca chore i zapalne.

Macica pozostaje przy tem wielka i miękka, a kanał szyjki może być mniej lub więcej drożny, co zależy głównie od ewentualnej treści jamy macicznej (resztki jaja lub łożyska, polipy łożyskowe). Proces

powyżej opisany łączy się często z zakażeniem, chora gorączkuje i ma krwawe, cuchnące upławy a nieraz krwawienia o różnym nasileniu.

Leczenie takich przypadków jest podobne jak przy poronieniu niezupełnem. Nasilenie krwawienia i ciepłota chorej odgrywają przy tem wielką rolę. W razie braku gorączki i słabego krwawienia wystarczy nieraz jedno — lub kilkorazowe przyżeganie jamy macicznej jodem lub

TABLICA 6.

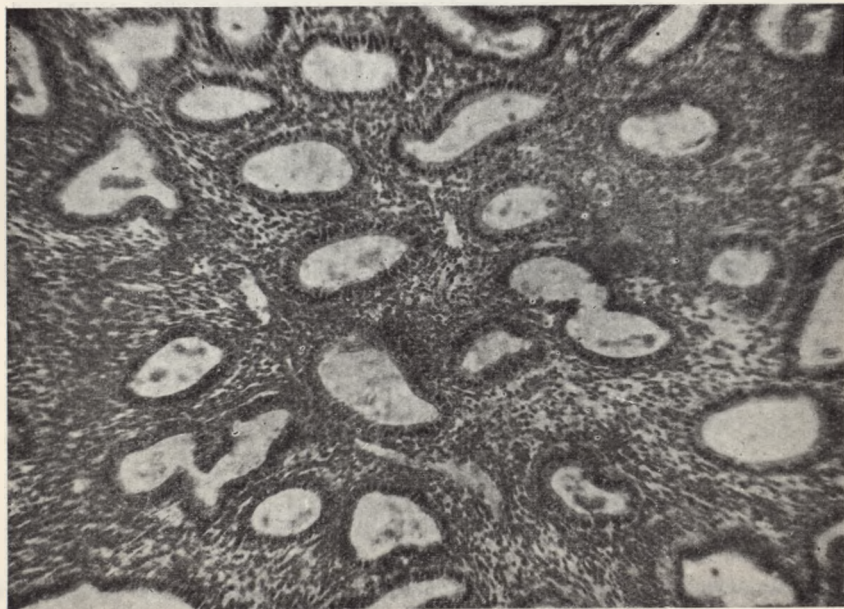


W skrawku widać płat śluzówki składającej się z rozszerzonego gruczołu i kilku gruczołów prawidłowych. Tkanka łączna silnie nacieczona i przekrwiona. Obok śluzówki widać tkankę trofoblastu, wykazującą po części zmiany wsteczne. Rozpoznanie łatwe: endometritis post abortum. (Stöckl).

formaliną. Gdy krwawienie jest silniejsze, które wskazuje na pozostałości większe lub polipy łożyskowe, należy macicę wypróżnić a następnie wyskrobać i przyżęgać. Ile możności nie wypróżniamy macicy narzędziem tylko palcem! Jest to najłagodniejszy sposób wypróżnienia i daje większą pewność w wyczuwaniu polipów małych, uchodzących dość łatwo skrobacze. Przez następne dni chora pozostaje naturalnie w łóżku, dostaje okłady lodowe na macicę i sporysz. W przypadkach gorączkujących a niepowikłanych zapaleniem przydatków lub otrzewnej wypróżniamy macicę tylko palcem, dajemy lód i sporysz w wielkich daw-

kach, rezygnując zupełnie z wyskrobania i przyżegania. Jesteśmy więc tutaj tak samo za czynnem wystąpieniem jak przy poronieniu niezupełnem, gorączkowym. Uważamy bowiem, na podstawie naszych dobrych wyników, że obronimy chorą najpewniej przed dalszemi przykreimi i niebezpiecznemi następstwami, jeżeli usuniemy możliwie prędko źródło schorzenia, t. zn. zakażenia i krwawienia. Takie postępowanie jest jednak tylko wówczas uzasadnione, jeżeli wypróżnimy macicę wyłącznie

TABLICA 7.



Śluzówka trzonu składająca się z licznych gruczołów, leżących blisko siebie, o jednowarstwowym, regularnym nabłonku. Światło gruczołów nieco rozszerzone, przestrzenie międzygruczołowe wąskie. Przewaga elementów gruczołowych nad tkanką łączną jest uderzająca. Jest to obraz przerostu gruczołów czyli hiperplazja gruczołowa śluzówki. Rozstrzygnięcie pytania, czy mamy tutaj zmiany zapalne (endometritis glandul.), czy raczej sprawę nowotworową (adenoma ben.) jest bardzo trudne. K ü n s t n e r podkreśla, że zmiany zapalne przechodzą często bez ostrej granicy w zmiany nowotworowe właśnie w śluzówce macicznej. Z drugiej strony przypomina obraz śluzówki przerostej do pewnego stopnia obraz prawidłowej śluzówki przedmiesiączkowej. Widać przewagę elementu gruczołowego na niekorzyść tkanki międzygruczołowej. W danym przypadku chodzi jednak tylko o powiększenie się ilości gruczołów; brak przekrwienia i rozpulchnienia tkanki łącznej, również brak odczynu zapalnego przemawia za zwykłym przerostem gruczołowym śluzówki (S t ö c k l).

palcem i unikać będziemy używania narzędzi, przedewszystkiem skrobaczki! Wyskrobanie macicy równa się w takich przypadkach zakażeniu ogólnemu niestety często śmiertelnemu! Leczenie zdrojowiskowe nie wchodzi tutaj na ogół w rachubę, byłoby jednak wskazane przy zapaleniach i wysiękach, które występują zwłaszcza po zakażeniach spowodu nieprawidłowego postępowania.

Przechodzę do dwóch ostatnich schorzeń — endometritis exfoliativa czyli dysmenorrhoea membranacea i metropathia uteri, które — jak mówiłem — nie są pochodzenia zapalnego.

Endometritis exfoliativa czyli *dysmenorrhoea membranacea* jest schorzeniem, przy którym podczas perjodu śluzówka maciczna — w przypadkach normalnych rozbita na bardzo drobne, mikroskopowe cząsteczki — odchodzi w większych lub mniejszych płatkach, przy czem chora skarży się na bardzo wielkie bóleści. Przypuszczamy dziś, że w powstaniu schorzenia odgrywają dominującą rolę nieprawidłowości wydzielania wewnętrznego, głównie jajnika, a pozatem może przysadki mózgowej i tarczycy.

Leczenie składało się dotychczas niemal wyłącznie z rozszerzenia szyjki macicznej, wyskrobania i przyżegania macicy. Wyniki takiego postępowania nie były jednak zadowalające, bo zabiegi trzeba było nieraz wkrótce powtórzyć. Schorzenie jest bowiem zazwyczaj bardzo uporczywe. Wobec tego należy też być ostrożnym ze stosowaniem narkotyków. Leczenie zdrojowiskowe może nam oddać wielkie usługi. Ponieważ jest takie same jak przy metropatji, wspomnę o niem później. Bardzo zachęcające są wyniki hormonalnego leczenia, mianowicie zastrzyki hormonu z przedniego płata przysadki (dziennie 20 jed. ew. razem z folikulina). Inni stosowali thyreoidynę, prophysan i naświetlali przysadkę mózgową promieniami *Roentgena*. Wyniki są podobno dobre.

Przychodzimy wreszcie do schorzenia ostatniego a zarazem najważniejszego. Jest niem *metropathia uteri*. Mówiłem, że wszystkie nieprawidłowości czynnościowe macicy, t. z. wszelkie zmiany w krwawieniu i wydzielaniu sprowadzaliśmy dawniej wyłącznie do zmian mięśnia macicznego lub śluzówki. Zapatrywania te uległy gruntownym zmianom. Dziś wiemy, że jednym z głównych bodźców, wywołujących schorzenie, jest bezsprzecznie nieprawidłowe wydzielanie wewnętrzne, przy czem jest możliwe a nawet prawdopodobne, że w niektórych przypadkach macica sama odgrywa także pewną rolę. Mam na myśli: niedostateczną kurczliwość mięśnia, arterjosklerozę i zaburzenia w krążeniu, wpływy psychiczne i zmiany miejscowe (polipy, nadżerki, stany zapalne). W takich przypadkach mięsień maciczny, zmieniony anatomicznie iub pod

względem swej funkcji, nie działa naturalnie tak sprawnie jak mięsień normalny, odpowiada zatem inaczej na różne bodźce i może przy miernym przekrwieniu już z przyczyny nikłej dać powód do znaczniejszego i dłuższego krwawienia. Z faktu, że przy metropatii chodzi głównie o nieprawidłowości w wydzielaniu wewnętrznym, wynika znaczenie schorzenia dla krwawień macicznych w okresie po- i przekwitania.

Zazwyczaj spotykamy dwa różne typy schorzenia: jeden z krwawieniem obfitem i długim a nieznacznymi upławami, drugi z prawidłową miesiączką albo nieco obfitszą a bardzo dokuczliwymi upławami. Macica ma grubą, niezgrabną część pochwową, skróconą szyjkę, powiększony, zgrubiony trzon. Konsystencja jej jest różna, częściej twarda niż miękka. Śluzówka jest zgrubiała powodu przerostu pod wpływem działania jajnikowego. W obrazach drobnowidowych uderza szczególnie obfita tkanka łączna i zmiany różnego rodzaju w gruczołach. Gruczoły są rozszerzone, zwężone, skrócone, bardzo liczne, skąpe i t. d. Poza tym widzimy rozszerzone naczynia włosowate, zastoiny, skrzepy a nawet nekrozy. Otoczenie macicy jest zwykle normalne. Wyjątkowo mamy zrosty w pobliżu macicy i jajników, obrzmienie trąbek lub nawet zaczerwienienie otrzewnej, wyścielającej miednicę małą. Nie są to właściwie objawy swoiste schorzenia, tylko sprawy wskazujące na współistniejące zapalenie. Nieco częściej stwierdzamy obrzmiałe, ciężkie, wielkie jajniki z drobnotorbielowatym zwyrodnieniem. Może to być powodem ale tak samo następstwem nieprawidłowego wydzielania wewnętrznego.

Chora skarży się na parcie ku dołowi, uczucie pełni, ucisk dotkliwy na pęcherz moczowy i kiszki odchodową, upławy lub krwawienia (metrorrhagia lub menorrhagia).

Z faktu, że metropathia uteri jest głównie schorzeniem o charakterze ogólnym, należy wyciągnąć odpowiednie wnioski dla naszego postępowania. Leczenie nie może być — jak dawniej — wyłącznie miejscowe tylko głównie ogólne. Dużo zależy od dokładnego stwierdzenia właściwego powodu schorzenia i od rozpoznania jego typu. Niepowodzenia w leczeniu lat dawnych polegały na niedostatecznym uwzględnianiu tego właśnie faktu. Aczkolwiek wyniki obecne są znacznie lepsze pod wpływem postępów, które nauka zrobiła w ostatnich latach na polu wydzielania wewnętrznego, to jednak jeszcze dużo czynników nieznanych odgrywa rolę w tej sprawie. Dla tego mamy nawet jeszcze dziś przypadki, w których leczenie pozostaje bezskuteczne i gdzie uciekać się musimy do naświetlania promieniami *Roentgena* lub do radykalnej operacji, aczkolwiek uważam drogę tę za niewłaściwą, bo robi z kobiety kale-

kę. Jedynie groza niebezpiecznego krwawienia usprawiedliwia nasze postępowanie radykalne w takich przypadkach.

Od dawna stosujemy w zwalczaniu krwotoków macicznych systematycznie sporysz lub podobne preparaty robione głównie na sporyszu. Preparaty te podajemy per os i w zastrzykach. Sposób ostatni jest naturalnie skuteczniejszy ale zarazem więcej bolesny, pierwszy wygodniejszy i dla chorej przyjemniejszy. Trzeba starannie unikać przedawkowania zwłaszcza, jeżeli stosujemy sporysz razem z gynergenem. Wszystkie inne środki jak hydrastinina, tinct. hemostyptica, styptycyna i t. d. są na ogół słabsze w działaniu. W razie uporczywych krwawień lubię stosować sporysz przez dłuższy czas. Zazwyczaj daję 3 razy dziennie po 20 kropel przez 8—10 dni. Powtarzam to 2 do 3 razy lub częściej, każdorazowo jednak po 8—10 dniowej przerwie.

Gdy krwawienia są silniejsze lub dłużej trwają chora pozostaje naturalnie w łóżku. Pozatem stosujemy zimne lub lodowe okłady na macicę. Dalej w takich przypadkach przepłukujemy pochwę 1—2 razy dziennie wodą gorącą (20 litrów, 50° C). Rzadziej stosujemy zimne płókanie. Nieraz widzieliśmy też wyniki dobre po zastrzykach surowicy (kobiety ciężarnej, przeciwbłoniczej), w ilości 10—30 ccm. W przypadkach ciężkich, zwłaszcza skoro nie można wystąpić energiczniej lub oddać chorej do kliniki, polecają niektórzy wytamponować pochwę przez 12 godzin. W tamponadzie widzę jednak tylko środek paljatywny, stosowałbym go jedynie w razie ostatecznym, w razie bardzo groźnego krwawienia. Tamponada jest zdaniem mojem zawsze niebezpieczna ze względu na możliwość zakażenia. Lepsze jest w takich wypadkach przyżeganie macicy jodem, formaliną, adrenaliną. Wreszcie pozostaje jako środek ostatni wyskrobanie jamy macicznej. Gdyby i to pozostało bez skutku, radzimy starsze chore wytrzebić całkowicie a u młodszych naświetlać śledzionę wzgl. tarczycę lub przysadkę albo wreszcie wykonać czasową kastrację. Pozatem wchodzi tu w rachubę naturalnie nadpochwowe odjęcie macicy lub całkowite jej usunięcie drogą pochwy.

Wychodząc z założenia, że metropathia uteri jest głównie wyrazem nieprawidłowego wydzielania wewnętrznego, stosujemy obecnie bardzo często terapię hormonalną. W rachubę wchodzi szereg preparatów jak: oestrin, gynoestryl, menformon, glandofolin, ovohormin i t. p. Są to środki zawierające follikulinę. Skuteczne są także środki zawierające wszystkie składniki jajnika jak ovarnon. Znacznie słabsze w działaniu są starsze środki, mianowicie wyciąg z ciała żółtego jak luteoglandol i luteolipoid. O wiele lepsze są preparaty nowsze jak progestin, luteo-

gon i glanducorpin. Działanie wszystkich środków powyższych jest nieraz korzystniejsze przy równoczesnem stosowaniu wyciągów z tylnego płata przysadki jak hypophysin, pituglandol, pituitrin, glanduitrin i t. d. Z nowszych preparatów polecam szczególnie pregnyl, prolan zwłaszcza B., glanduantin i progonadon. Wszystkie wymienione środki są mniej skuteczne w tabletkach i proszkach a znacznie lepsze w zastrzykach i to w dawkach nie za małych. Szczególnie skuteczne są niekiedy preparaty o wielogruczołowej konstrukcji (jajnik, tarczyca, przysadka) jak preparat hemostop firmy węgierskiej Richter.

Przy upławach stosujemy leczenie mokre lub suche. Do płókań pochwowych używamy przedewszystkiem środków ściągających: ałun, taninę, ocet drzewny, alsol, octan glinki, dalej formalinę, sodę, sól zwykłą, plumbum aceticum i t. d. Wychodząc z zupełnie innego założenia przepłukujemy pochwę także cukrem, bazillosanem lub kwasem mlekowym. Chcemy przez to przywrócić prawidłowe warunki dla rozwoju mikrobów kwasomlekowych, które decydują o stopniu czystości pochwy. Muszę jednak przy tej sposobności zwrócić uwagę na niektóre sprawy ważne. Wszystkie płókania powinny być wykonane nie balonem gumowym a irygatorem, przyczem chora leży na wznak, podsuwając pod siebie podsuwacz. Nie wolno przy tem unosić irygatora zbyt wysoko, żeby woda przepływała powoli i pod nieznacznem tylko ciśnieniem. Ostatnią część wody, uchodzącą z irygatora, zatrzymuje pacjentka dla lepszego działania w pochwie przez kilka minut, krzyżując nogi w pozycji leżącej.

Do leczenia suchego używamy różnych pudrów, któremi zasypujemy pochwę (bolus alba ew. z domieszkami jak lenicet, jod, ichtjol, cukier etc.). Dobre wyniki widzieliśmy już nieraz po systematycznym naswietlaniu pochwy lampą *Landeckera*.

Sprawy miejscowe, jak nadżerki, należy przyżęgać jodem, roztworem kamienia piekielnego 10 — 20%, formaliną, octem drzewnym. Unikamy jednak używania chlorcyнку, bojąc się jego niszczącego działania, zwłaszcza w stężeniach silniejszych.

Wreszcie polecamy założenie tamponów do pochwy z 20% roztworem thigenolu lub ichtjolu. W przypadku ostatecznym stosujemy przyżęgania wśródmaciczne jodem lub formaliną albo zeszkrobujemy śluzówkę maciczną.

Najważniejszą częścią leczenia jest jednak leczenie ogólne, które ma ile możności zupełnie przeistoczyć i przestroić cały organizm a dalej zwiększyć jego odporność i stworzyć lepsze warunki do wyleczenia choroby. Im lepiej to się uda, tem więcej mamy widoków powodzenia. Stosujemy więc preparaty lub wody mineralne, zawierające żelazo lub arsze-

nik, naświetlania lampą kwarcową, kąpiele słoneczne, solankowe, żelaziste, jodłowe, łuk świetlny, chłodne zmywania ranne całego ciała i t. d. Niektórzy polecają też nieznaczne upusty krwi, wykonywane w regularnych odstępach czasu, połączone z lekkimi środkami przeczyszczającymi i poceniem.

Ograniczyć należy używanie kawy, herbaty, alkoholu i nikotyny. Dieta powinna być lekka, głównie jarska. Tak samo należy unikać nadmiaru soli, pieprzu jak wogóle rzeczy pikantnych i ostrych. Doniosłą rolę odgrywa uregulowanie stolca i usunięcie tak częstej w tych przypadkach obstypacji.

Przedewszystkiem trzeba ile możności zmienić cały tryb życia. Chora nie powinna przesiadywać w pokojach niesłonecznych i ciemnych, przepełnionych ludźmi, lub zadymionych, tylko przebywać dużo na słońcu i na świeżem powietrzu, powinna chodzić na przechadzki niemęczące, uprawiać lekką gimnastykę, lekkie sporty i t. d. Jest to wszystko szczególnie ważne dla chorych anemicznych i psychicznie przemęczonych. U ostatnich stosujemy też lekkie środki uspokajające jak sedobrol, walerjanę, valgen, validol. Niektórzy polecają także dłuższe stosowanie wapna pod różną postacią (calcitrin, kalzan, calc. chlorat. 20 400 3 — 4 × dziennie).

Tego rodzaju leczenie przeprowadza się najlepiej zdala od domu w zdrojowisku. Kurację trzeba stosować krytycznie, powinna ona być należycie długa (4 — 6 tygodni) i niemęcząca. Przedewszystkiem szkodzi polipragmazja, którą niektórzy lekarze zdrojowiskowi niestety nieraz uprawiają. O zasadach ogólnych kuracji zdrojowiskowej pomówię jeszcze później.

Ważnym jest wybór odpowiedniego miejsca zdrojowiskowego. Chore pochodzące z niziny wysyłamy lepiej w góry niż nad morze, a pochodzące z gór nad morze lub do zdrojowiska położonego w nizinach. Kobiety nerwowe czują się lepiej w sanatorjum leśnem niezbyt wysoko położonem, nad spokojnym Bałtykiem, na południu (Riviera) a nie w zdrojowisku wysokogórskiem, nad zimniejszem i ruchliwszem morzem północnem. Zimne kąpiele morskie są zakazane przy stanach zapalnych. Pozatem liczymy tu na wpływ słońca i powietrza morskiego, (sól, jod). Nieraz bardzo korzystne są krótkie kąpiele w ciepłej wodzie morskiej.

Bardzo dobre są dalej zdrojowiska borowinowe i solankowe, gdzie chora bierze kąpiele pełne i półpełne lub stosuje kurację pitną.

Jednak warunkiem przeprowadzenia takiej czy innej kuracji zdrojowiskowej jest stała kontrola ze strony lekarza i unikanie wszystkiego,

co chorą przemęcza — mianowicie przesiadywanie po nocach w dancin-gach i barach, uciążliwe, długie wycieczki i t. d.

II.

Zapalenia przydatków macicy należą do schorzeń bardzo częstych, długotrwałych i uporczywych, których leczenie napotyka nieraz na wielkie trudności, a które ma doniosłe znaczenie dla chorej, bo często niszczy jej płodność i zdolność zarobkową.

Zapalenia te są nieomal zawsze pochodzenia bakteryjnego. Chodzi tu głównie o zakażenia septyczne, gonokokowe i gruźlicze. Drob-noustroje innego rodzaju stwierdzamy rzadziej. Następstwem zakaże-nia są zmiany różnego rodzaju, przeważnie guzy i wysięki zapalne, zro-sty lub ropniaki w trąbkach, jajnikach i ich otoczeniu.

W leczeniu tych zapaleń musimy koniecznie wziąć pod uwagę po-szczególne okresy schorzenia i do nich dostosować nasze postępowanie.

Okres ostry, w którym chora gorączkuje, jest okresem postępowania zachowawczego. Na równi z innemi klinikami uważamy, że każde czynne, energiczne wystąpienie w tym okresie prowadzi tylko do pogor-szenia sprawy przez rozniesienie zakażenia i zapalenia na coraz to dal-sze odcinki części rodnych a nawet otrzewnej. Dla tego trzymamy cho-re w łóżku, polecając im zachować jaknajwiększy spokój. Nie wolno im nie tylko wstawać, ale nawet siadać lub kłaść się na bok. Im spokojniej chora leży, tem szybciej mija gorączka. Postępowanie takie napotyka zwykle tylko początkowo na protesty ze strony chorych. Wkrótce cho-re przyzwyczajają się do spokojnego leżenia, zwłaszcza gdy widzą, że bóle ustępują i gorączka opada.

Drugim ważnem zadaniem w okresie ostrym jest uśmierzenie bó-lów. Uzyskamy to raz przez opisane już spokojne leżenie, a na-stępnie przez stosowanie okładów zimnych lub lodowych na okolicę za-palonych przydatków. Zdania poszczególnych autorów są jeszcze po-dzielone co do stosowania okładów zimnych lub ciepłych. Jedni są zwolennikami tej metody, a inni drugiej. W klinice mojej stosuję lód z wynikiem bardzo dobrym. Pozatem odnoszę wrażenie, że ciepłe wzgl. gorące okłady nie wstrzymują tak dobrze rozszerzenia się sprawy zapalnej jak okłady zimne lub lodowe. Dalej unikam stosowania morfiny do uśmierzenia bólów, z obawy przed przyzwyczajaniem się chorej, zwa-szcza przy bólach trwających dłuższy okres. Zamiast morfiny używamy

kodeinę w 4% roztworze (3—4 dziennie po 20 kropeł). Nie widzieliśmy nigdy przyzwyczajenia pomimo podawania kodeiny nieraz przez szereg tygodni. Spokojnem leżeniem, lodem i kodeiną udaje nam się zawsze uśmierzyć bóle. Morfinę, pantopon, eukodal stosujemy tylko raz po raz.

Pozatem zważamy w okresie ostrym jeszcze na odpowiednią dietę lekką. Nie jesteśmy jednak zbyt rygorystyczni pod tym względem dając chorym naszym oprócz ciężkich rzeczy właściwie wszystko to, czego pragną i na co mają apetyt. Wychodzimy przy tem z założenia, że utrzymanie sił chorej ma doniosłe znaczenie dla leczenia. Tak samo ważne są regularne, łatwe wypróżnienia, które ewent. sprowadzamy gorzką wodą lub lawatywą. Boimy się środków zbyt drastycznie działających. Wreszcie badamy często mocz, bo zapalenia dróg moczowych i pęcherza występują dosyć często przy zapaleniu przydatków. Poza tem może się do tego przyczynić dłuższe stosowanie okładów lodowych. W takich przypadkach zastępujemy lód wilgotnym okładem niezbyt zimnym.

Jeszcze kilka słów o stosunku naszym do operacji w okresie ostrym. Nie jestem zwolennikiem takiego postępowania. Pomimo twierdzeń ze strony niektórych autorów, którzy widzą w operacji skrócenie choroby a przez to szybszy powrót do zdrowia i pracy, co ma zapewne wielkie znaczenie, większość autorów i klinik odrzuca operacje w tych okresach z następujących powodów: Na zapalenie przydatków cierpią przeważnie kobiety młode, w pełni swych sił życiowych. Chcąc doprowadzić do zupełnego zdrowia i wyleczenia muszą być operacje koniecznie radykalne i poświęcają przez to często narząd ważny dla chorej. Myślę o jajnikach i trąbkach. Operacje nieradykalne nie prowadzą do zdrowia. Dalej operacje w okresie ostrym są siłą rzeczy więcej rozległe niż operacje późniejsze, są technicznie trudniejsze spowodu silnego przekrwienia zapalnego i tem samym więcej niebezpieczne, bo mogą się (nie będąc suchemi) przyczynić do rozniesienia zapalenia na otrzewną. Poza tem mamy po takich operacjach częściej wysięki lub zropienia rany operacyjnej w powłokach brzusznych, co przedłuża rekonwalescencję albo prowadzi do przepuklin i dalszych operacji. Operacje w okresie ostrym uznajemy tylko w sytuacjach poważnych i niebezpiecznych. Chodzi wówczas mniej o operacje wielkie i poważne, radykalne, jako t. zw. „zabiegi pomocnicze”. Wykonywamy je w przypadkach ropniaków leżących w *Douglasie* lub podchodzących pod powłoki brzuszne a grożących pęknięciem do kiszki odchodowej, pochwy, pęcherza, na zewnątrz lub do jamy brzusznej, dalej przy zapaleniu otrzewnej, skręcie jelit, pogarsza-

jącym się stanie ogólnym chorej (wysokie gorączki, dreszcze, wyniszczenie chorej).

W okresie *podostrym* postępowanie nasze nie zmienia się zasadniczo i pozostaje zachowawcze póki chora gorączkuje. Sprawa zmienia się dopiero wówczas, skoro gorączka ustaje, bolesność i wrażliwość na dotyk ustępuje. O tych sprawach mówiłem obszerniej na ostatnim Zjeździe ginekologów polskich w Poznaniu. Podkreśliłem wówczas, że żaden z powyższych objawów nie daje absolutnej pewności, ułatwia jednak decyzję co do dalszego postępowania. To samo należy powiedzieć o ustaleniu liczby leukocytów i czasu opadania czerwonych krwinek. I te objawy należy rozpatrzyć krytycznie i wziąć pod uwagę cały obraz kliniczny. Wreszcie ułatwiamy sobie rozstrzygnięcie sprawy przez podrażnienie miejscowe przepłukując pochwę 20 litrami słonej wody o temperaturze 50° C. Po płókanu mierzymy ciepłotę chorej 3 — 5 razy w godzinnych odstępach. Takie samo podrażnienie możemy uzyskać diatermją, nagrzewając chorą przez 20' — 30'. Każde podniesienie się ciepłoty ponad 37° C jest podejrzané i nawołuje do ostrożności.

Skoro wszystkie badania wypadną korzystnie, rozpoczynamy leczenie resorbcyjne, polegające głównie na stosowaniu ciepła w różnej postaci, celem wywołania silnego przekrwienia i lepszego odżywienia części rodnych, co ma ułatwić wessanie produktów zapalnych. Do takich środków należą: gorące (50°C) przepłókiwania pochwy wodą słoną w ilości conajmniej 20 litrów, raz lub dwa razy dziennie, nasiadówki gorące z wody słonej (45 — 50° C, do ½ godziny), diatermja, pelvitermja, ciepłe okłady (elektr.), łuk świetlny (50°—70° C przez 20'—30', później 100°—120° C przez godzinę). Zawsze postępujemy bardzo łagodnie i ostrożnie, kontrolując stale ciepłotę i samopoczucie chorej. Niektórzy twierdzą, że resorpcję spraw zapalnych można przyspieszyć zastrzykami terpentyny, terpichiny i t. p. W stosowaniu „terapii bodźcowej” jesteśmy ostrożni. Uważam, że wyniki jej są przereklamowane a dolegliwości po zastrzykach są nieraz bardzo wielkie przy odczynach silnych. Dla tego uzależniam stosowanie zastrzyków od ciepłoty, dolegliwości, wrażliwości, sposobu reagowania chorej i t. p. Wcale nie stosuję metody obciążenia i masażu, bo uważam, że sposoby te oddziałują za energicznie i prowadzą łatwo do pogorszenia. Tak samo nie jestem zwolennikiem naświetlania promieniami Roentgena, bo wyniki tego rodzaju leczenia nie są zadowalające a czas leczenia nie jest przez to krótszy. Wreszcie zakładamy do pochwy tampony napojone 20% ichtjolem lub thigenolem. Głównie działa tutaj gliceryna przez swe właściwości odwadniające.

Na ostatnim zjeździe lekarskim w Krynicy, podkreślałem za niezmiernie ważne wysłać do zdrojowiska, o ile możliwości wszystkie przypadki zapalenia przydatków macicznych. Racjonalne leczenie wymaga, moim zdaniem, często takiego leczenia kombinowanego, t. zw. kliniczno-zdrojowiskowego. Przeprowadzenie tego postulatu napotyka niestety na trudności, zwłaszcza w czasach obecnych.

Chcąc uzyskać jaknajlepsze wyniki leczenia zdrojowiskowego, musimy się kierować przy wysyłaniu chorych ścisłymi wskazaniem, odgrywającymi tutaj taką samą rolę, jak w innych naszych decyzjach lekarskich. Odpadają przedewszystkiem wszystkie chore w okresie ostrym i podostrym, tak samo przypadki, potrzebujące zabiegu chirurgicznego. Wreszcie kuracja kliniczna powinna być w każdym przypadku zupełnie ukończona. Chora wyjeżdża do zdrojowiska na uzupełnienie i zabezpieczenie wyniku uzyskanego przez kurację kliniczną. Z tego wynika konieczność ograniczenia leczenia zdrojowiskowego do tego właśnie celu. Polipragmazja, uprawiana nieraz w zdrojowiskach przez podjęcie na nowo leczenia miejscowego, jest zdaniem bardzo poważnych autorów tylko szkodliwa. Należy wobec tego unikać stosowania wszystkich środków i zabiegów nienależących do właściwego leczenia zdrojowiskowego. Najlepiej będzie, jeżeli w razie potrzeby leczenia miejscowego lekarz kliniczny i zdrojowiskowy sprawę między sobą uzgodnią.

Kuracja zdrojowiskowa powinna trwać conajmniej 4—6 tygodni. Kuracje krótsze nie mają zwykle celu. Oprócz tego trzeba chorej zwrócić uwagę na ewentualną konieczność powtórzenia kuracji w odpowiednich odstępach czasu. Wreszcie należy dążyć do tego, aby chora, o ile możliwości wyjechała do zdrojowiska sama a nie zabierała ze sobą całą rodzinę zwłaszcza dzieci, które potrzebują jeszcze jej opieki.

Na wpływ korzystny leczenia zdrojowiskowego składa się szereg najróżniejszych czynników chemicznych, elektrycznych, termicznych, fizykalnych i t. d. Ważną jest także zmiana warunków zewnętrznych, wśród których chora przebywa w zdrojowisku. Są to głównie odmienne ciśnienie powietrza, inne naświetlanie słoneczne, inny klimat, oderwanie chorej od obowiązków, od pracy i walki o byt, zmiana otoczenia, inny sposób odżywiania, jak również inne warunki życiowe. Wyniki lecznicze w zdrojowisku są lepsze, o ile chora nie leczy się w godzinie ordynacyjnej lekarza tylko w sanatorium. Niektóre zabiegi lecznicze są bowiem tylko możliwe w zakładzie odpowiednio urządzonej. Poza to mamy tam stałą kontrolę chorej, a wpływ lekarza leczącego może się w takich warunkach o wiele lepiej zaznaczyć. Na to wszystko powinniśmy w zdrojowiskach naszych więcej zważać niż dotychczas.

Lekarz wysyłający chorą, powinien przesłać lekarzowi zdrojowiskowemu krótki opis dotychczasowego przebiegu choroby, kilka słów o swoich spostrzeżeniach i swem leczeniu. Kontakt stały między obu lekarzami powinien być utrzymany przez cały czas leczenia zdrojowiskowego. Taka współpraca wyda napewno dobre wyniki.

Właściwe leczenie zdrojowiskowe dzieli się na leczenie pitne i kąpielowe. Leczenie pitne odgrywa o tyle ważną rolę, że wpływa korzystnie na upośledzoną zazwyczaj czynność jelit i wywołaną przez to obstypację, która ze swej strony jest powodem przewlekłego przekrwienia i obrzmienia narządów, leżących w miednicy małej. Już lekarze starsi lubili przy zapaleniach przydatków macicy podawać systematycznie lekkie środki przeczyszczające lub regulujące stolec. Wpływa to na złagodzenie dolegliwości i na samopoczucie chorej.

Właściwe leczenie kąpielowe składa się z kąpeli pełnych i nasiadowych. Kąpiele pierwsze działają przedewszystkiem ogólnie, wzmacniając cały organizm i podnosząc odporność jego, przyczyniają się do lepszego i szybszego wessania ognisk zapalnych. Kąpiele nasiadowe są więcej nastawione na działanie miejscowe, bezpośrednie.

Kąpiele pełne o ciepłocie 35°—40° C stosujemy zwykle przez 15—30 minut. Szczególnie lubimy w leczeniu spraw zapalnych przydatków kąpiele takie z solanki naturalnej. W domu prywatnym dodajemy do wody kąpielowej odpowiednią ilość soli morskiej, kuchennej i t. d. Kąpiele słone o silniejszym natężeniu mogą być nieco chłodniejsze — 35° C. Działanie ogólne a tem samem resorpcyjne kąpeli jest na ogół tem lepsze, im więcej woda zawiera soli. Zważać trzeba przy tem na stan ogólny pacjentki. Kobiety osłabione i wrażliwe powinny dostać słabsze kąpiele. Ilość kąpeli, podanych w tygodniu, uzależniamy zupełnie od samopoczucia chorej. Niektóre chore znoszą dobrze kąpiel taką co dzień, innym wolno dać tygodniowo tylko 2—3 kąpiele.

W podobny sposób działają kąpiele pełne, zawierające żelazo, jod, brom, wyciągi igliwiowe, bezwodnik kwasu węglowego i t. d. Chodzi tutaj głównie o działanie ogólne.

Szczególnie ważne są dla nas kąpiele nasiadowe. I tutaj możemy stosować solanki naturalne, dalej sole różnego rodzaju lub inne domieszki. Ciepłota nasiadówek wynosi 38° — 50° C, a kąpiel trwać może 20—30 minut. Zazwyczaj rozpoczynamy kąpielą krótszą, mniej gorącą. Podczas kuracji należy zawsze kontrolować ciepłotę chorej, mianowicie wtedy, kiedy przechodzimy do kąpeli gorętszych. Czas trwania kąpeli przedłużamy powoli, zważając starannie na samopoczucie chorej. Pod-

czas kąpiele trzeba naturalnie utrzymać ciepłotę wody stale na tej samej wysokości.

Największą rolę w leczeniu zdrojowiskowem odgrywają kąpiele pełne lub nasiadowe z borowiny. Skoro organizm chorej (serce) takich kąpiele nie znosi, stosujemy borowinę w okładach. Ciepłota borowiny powinna wynosić 45° — 50° C a czas trwania kąpiele zależy zupełnie od sposobu stosowania. W sprawach ginekologicznych dajemy zwykle tylko nasiadówki lub okłady, pierwsze do 30', a ostatnie dłużej. Dobre działanie borowiny polega raz na jej wysokiej ciepłocie a pozatem na jej fizykalno-chemicznym składzie, ciężarze i t. d. Wobec tego, że kąpiele borowinowe oddziałują bardzo intensywnie, nie możemy ich tak często stosować jak kąpiele inne. Zwykle dajemy tygodniowo 2 lub 3 kąpiele. Po każdej kąpiele chora powinna odpoczywać przez 2—3 godziny i unikać w dniu tym wszelkich fizycznych wysiłków i przemęczeń.

Niektórzy autorzy polecają też zakładanie borowiny do pochwy (ca. 200 gr. — 50° C) przy pomocy specjalnych wzierników. Borowinę wypłókuje się gorącą wodą (obficie) po godzinie, podczas której chore leżą spokojnie na wznak.

W końcu podają jeszcze kilka tablic i liczb co do wyników naszego leczenia zapalenia przydatków macicznych. Są to zestawienia moich asystentów (*Ryglewicz, Walczak, Szygowski, Metler, Sławiński*).

Walczak zestawiał wyniki leczenia zachowawczego. Przyjęto 1042 chore, z nich 77 opuściło wkrótce klinikę z tej czy innej przyczyny. Z 9 zejść śmiertelnych 3 nie miały nic wspólnego z zapaleniem przydatków. Śmiertelność wynosi wobec tego 0,86% wzgl. 0,58%. Pozostaje zatem 962 przypadków leczonych, 689 ostrych i 273 przewlekłych.

Ogólny wynik leczniczy wczesny przedstawia się według *Walczaka* jak następuje:

		wyniki przedmiotowe			wyniki podmiotowe		
		przydat. wolne	znaczną poprawa	brak poprawy	bez dolegliw.	nieznacz. dolegl.	silne dolegl.
	liczba chorych	164	679	113	486	448	22
	w %	17,15%	71,13%	11,82%	50,84%	46,86%	2,3%
leczono do 30-u dni	liczba chorych	75	304	36	236	176	3
	w %	18,07%	73,25%	8,67%	56,87%	42,41%	0,72%
leczono ponad 30 dni	liczba chorych	80	212	15	192	113	2
	w %	26,06%	69,06%	4,88%	62,54%	36,8%	0,65%

Późny wynik leczniczy był następujący (chodzi o 209 kontrolnych przypadków):

	brak dolegliwości	nieznaczne dolegliwości	silne dolegliwości
liczba chorych	99	87	23
w %	47,37%	41,63%	11%

Wyniki leczenia zachowawczego zapaleń przydatków macicznych w stosunku co do późniejszego zastąpienia, są podług *Walczaka* u nas bardzo dobra, przedstawia je następująca tablica. Ze 148 mężatek zaszły w ciążę 54 = 36,49%.

	zmiany cięższe	zmiany łżejsze	zmiany obustr.	zmiany jednostr.	proces ostry	proces przewle- kły
nie zaszły w ciążę . . .	62	32	62	32	65	29
zaszły w ciążę	31	23	24	30	40	14
t. j. w %	33,3%	41,8%	27,91%	46,45%	35,24%	32,56%

Wyniki leczenia operacyjnego były podług *Sławińskiego* następujące:

Operowano 130 chore:

	Liczba chorych	%
Wyniki wczesne po operacji dobre .	97	74,6
Powikłania wymagające leczenia zachowawczego po operacji	21	16,2
Laparotomia próbna z następowem leczeniem zachowawczem	9	6,9
Zejścia śmiertelne	3	2,3

Wyniki późne (80 kontrolowanych chorych):

	Liczba chorych	%
Wyniki dobre	46	57,5
Poprawa	18	22,5
Dolegliwości stałe	16	20

Wyniki co do płodności:

Z 49 kobiet mogących zająć w ciążę zastąpiło 7 = 14,3%.

Metter stwierdził u 36 chorych niepłodność na podstawie zapalenia przydatków. Chodziło w tych przypadkach 19 razy o obustronne zapalenie, 10 razy o zapalenie lewostronne, a 5 razy o prawostronne. 2 chore przechodziły zapalenie przydatków dawniej. Z 36 powyższych chorych tylko 7, i to leczonych wyłącznie konserwatywnie, zaszło w ciążę = 19,4%.

Ryglewicz zebrał z okresu 12 lat 8 przypadków, u których w czasie ciąży istniało zapalenie przydatków macicznych. Tylko 2 chore donosiły ciążę, reszta (6) poroniła między II. i III. miesiącem ciąży. 2 chore zmarły po poronieniu na pociżnicę.

Szygowski stwierdził między 1382 przypadkami zapalenia przydatków macicznych tylko 15 razy zapalenie to u dziewcz. Chodziło przeważnie o schorzenia gruczlicze.

STRESZCZENIE.

Po krótkim wstępie o dawniejszych zapatrywaniach na zapalenie śluzówki macicznej, pisze autor o 4 schorzeniach macicznych, które zdaniem jego mają doniosłe znaczenie dla ginekologa i lekarza praktyka. Są to: metroendometritis infectiosa, endometritis post abortum wzgl. post partum, dysmenorrhoea membranacea i metropathia uteri.

Następnie autor opisuje etiologię i objawy schorzenia pierwszego i przestrzega przed leczeniem operacyjnym w okresie ostrego zapalenia. Wówczas należy postępować zachowawczo.

Dalej mówi autor o przyczynach drugiego schorzenia (end. p. ab. wzgl. p. part.), opisuje obraz mikroskopowy śluzówki schorzałej i daje wskazówki co do leczenia. W przypadkach niegorączkujących pole-

ca przyżeganie macicy jodem, formaliną lub wyskrobanie. Macicę wypróżnia się o ile możności tylko palcem. W przypadkach gorączkujących a niepowikłanych zapaleniem przydatków lub otrzewnej, wypróżnia *Kowalski* macicę tylko palcem. Skrobaczki nie wolno wówczas użyć wcale!

W przypadkach dysmenorrhoea membr. kładzie autor główny nacisk na leczenie hormonalne i zdrojowiskowe.

Wreszcie pisze autor o metropatii, o jej etiologii, o zmianach występujących w śluzówce macicznej, o dolegliwościach wywołanych przez schorzenie i wreszcie o leczeniu. Jego zdaniem zależy dużo od dokładnego stwierdzenia właściwego powodu schorzenia. Leczenie powinno być głównie ogólne a nie miejscowe, stosowania promieni *Roentgena* lub radykalnej operacji należy, o ile możności unikać. Autor podaje szereg środków do zwalczania krwawień i mówi obszernie o leczeniu nowoczesnym, wychodzącym z założenia, że metropatia jest głównie wyrazem nieprawidłowego wydzielania wewnętrznego. Dalej jest mowa o leczeniu opławów, o leczeniu ogólnym i zdrojowiskowym.

W drugiej części pracy pisze autor o leczeniu zapalenia przydatków macicznych.

Po kilku słowach o etiologii schorzenia i jego następstwach mówi *Kowalski* szczegółowo o poszczególnych 3 okresach schorzenia. Uwzględnia on tu obraz kliniczny i leczenie. W okresie ostrym autor podkreśla doniosłe znaczenie postępowania konserwatywnego, polegającego głównie na zachowaniu spokoju, zwalczaniu bólów, uregulowaniu diety i stolca. *Kowalski* jest przeciwnikiem operowania w okresie ostrym i uzasadnia szeroko swe zapatrywanie.

W okresie podoстрыm mówi autor szczegółowo o rozstrzygnięciu pytania, kiedy należy uważać, że okres zapalenia ostrego minął i kiedy należy przystąpić do leczenia resorbcyjnego. Dalej następuje opis tego leczenia.

Osobny rozdział jest poświęcony leczeniu zdrojowiskowemu. Mowa tam o wskazaniach do wysłania chorej, o współpracy między lekarzem klinicznym i zdrojowiskowym, o unikaniu polipragmazji w zdrojowiskach, o czynnikach leczenia zdrojowiskowego, mających wpływ korzystny na leczenie schorzenia. Autor podkreśla przy tej sposobności znaczenie leczenia sanatoryjnego.

Wreszcie mowa o właściwym leczeniu zdrojowiskowym pitnem i kąpielowem, mianowicie o kąpielach pełnych i nasiadowych różnego rodzaju (solanki, borowina) i o sposobie ich stosowania.

W końcu podaje autor wyniki leczenia zapalenia przydatków macicznych w swej klinice na podstawie prac swych asystentów.

Praca zawiera szereg fotografii mikroskopowych i tablice statystyczne.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

BEMERKUNGEN ÜBER DIE THERAPIE EINIGER WICHTIGEN GEBÄRMUTTERERKRANKUNGEN UND DER ADNEXENTZÜNDUNGEN.

Nach einer kurzen Einleitung über ältere Ansichten bezüglich der Endometritis spricht Verf. über 4 Uteruserkrankungen, die seiner Ansicht nach von Bedeutung sind für den Gynäkologen und praktischen Arzt. Es sind dies die Metroendometritis infectiosa, die Endometritis post abortum und post partum, die Dysmenorrhoea membranacea und Metropathia uteri.

Nach emigen Worten über die Aetiologie und Symptomatologie der ersten Erkrankung warnt Verfasser vor operativen Eingriffen im entzündlichen Stadium. Hier ist lediglich das konservative Verfahren am Platze.

Weiter spricht Verfasser über die Ursachen der zweiten Erkrankung, beschreibt die mikroskopischen Veränderungen des Endometriums und die Therapie. In fieberlosen Fällen empfiehlt er Jod- und Formalinätzungen ew. die Abrasio. Nach Möglichkeit ist die Gebärmutter nur mit dem Finger auszuräumen. In fiebernden Fällen ohne Beteiligung der Adnexe oder des Peritoneums räumt Verfasser den Uterus nur mit dem Finger aus. Die Anwendung der Kürette ist hier strengstens verpönt.

Bei der Dysmenorrhoea membr. empfiehlt Verf. vor allem die hormonale Therapie und die Bäderbehandlung.

Schliesslich spricht Verf. über die Metropathia uteri, ihre Aetiologie, die Schleimhautveränderungen der Gebärmutter, die Beschwerden und die Therapie. Seiner Ansicht nach hängt sehr viel von einer genauen Feststellung der Krankheitsursache ab. Die Behandlung muss vor allem eine allgemeine und nicht lokale sein. Roentgenbestrahlung und Radikoperationen sollen nach Möglichkeit vermieden werden. Verfasser zählt eine Reihe von Mitteln auf zur Bekämpfung der Blutung und spricht ausführlich von der modernen Behandlung, die davon ausgeht, dass die Metropathia eine Folge anormaler innerer Sekretion sei. Weiterhin ist

die Rede von der Fluorbehandlung, von der Allgemeinthherapie und der Bäderbehandlung.

In dem zweiten Teil der Abhandlung spricht Verf. von der Therapie der Adnexitis.

Nach einigen Worten über die Aetiologie der Erkrankung und ihre Folgen beschreibt Verfasser ausführlich die 3 Krankheitsstadien, wobei er das klinische Bild und die Therapie berücksichtigt. Im akuten Stadium geht Verfasser ausschliesslich konservativ vor: strenge Bettruhe, Bekämpfung der Schmerzen, Regulierung der Diät und des Stuhles. Verfasser ist Gegner der Operation im akuten Stadium und begründet ausführlich seinen Standpunkt.

Beim Besprechen des subakuten Stadiums ist die Rede davon, wann man von einem Abklingen der akuten Entzündung sprechen darf und wann man mit der resorptiven Therapie beginnen kann. Es folgt eine Beschreibung dieser Behandlung. Ein spezieller Abschnitt spricht über die Bäderbehandlung. Hier ist die Rede von den Indikationen zur Bäderbehandlung, von dem Kontakt, der zwischen dem klinischen Arzt und dem Badearzt bestehen soll, von der Polypragmasie in den Badeorten und von den Faktoren der Bäderbehandlung, die günstig auf die Erkrankung einwirken. Der Verfasser ist vor allem Anhänger der Sanatoriumbehandlung.

Zum Schluss spricht Verfasser über die Trinkbehandlung und Bädertherapie, Voll- und Sitzbäder (Salz, Moor) und ihre Durchführung.

Schliesslich folgen einige Tabellen über die Resultate der Adnexitistherapie in seiner Klinik.

Die Arbeit enthält einige mikroskopische Abbildungen und Tabellen.

Doc. Dr. med. ANTONI SABATOWSKI (Lwów).

BALNEOTERAPJA W PRAKTYCE CODZIENNEJ.

Stosowanie przetworów zdrojowiskowych w leczeniu domowym.

Leczenie zdrojowe na miejscu w uzdrowisku ma bezsprzecznie liczne walory, nie dające się w całej pełni zastąpić w leczeniu domowym. Zupełna zmiana otoczenia, oderwanie od pracy zawodowej ze wszystkimi jej uciążliwościami i urazami, zdrowotny tryb życia w miejscowości, gdzie wszystko nastawione jest w kierunku wrażeń i uczuć dodatnich — oto czynniki zewnętrzne, potęgujące podatność ozdowieńczą ustroju. Z drugiej strony świeżość wód leczniczych pitnych i kąpielowych, wprost ze źródeł, zapewnia pełnię ich działania. Świeże wody mineralne są czymś na podobieństwo ustrojów żywych i cała pomysłowość przemysłu eksportowego skupia się na zagadnieniu jaknajdłuższego utrzymania żywności i świeżości wód. Dzięki subtelnyim sposobom napełniania i zamykania butelek, doborowi szkła pod względem składu chemicznego i barwy, udało się cel ten osiągnąć o tyle, że np. zawartość bezwodnika węglowego i koloidów (głównie związków żelaza) udaje się utrzymać w stanie pierwotnym w butelce przez szereg miesięcy. Emanacja radowa jednak znika w ciągu kilkunastu dni. Obserwacje kliniczne nad działaniem wód mineralnych, odpowiednio napełnionych i przechowywanych, wykazały ich pełną wartościowość przez kilka miesięcy, a przy wodach gorzkich nawet przez kilka lat.

O ile picie wód mineralnych udało się postawić na odpowiednim poziomie w leczeniu domowym, o tyle, co do warunków życiowych leczącego się w domu osobnika, następują one nieraz spore trudności. O większej części szkopałów, a mianowicie o dających się usunąć przez celowe zarządzenia, wspomnę później. Tu chcę tylko podnieść ważność jednego czynnika szkodliwego, którym jest *środowisko i klimat wielkomiejski*. Od czasu żywszego zainteresowania się mikroklimatem wielkich miast, które mieszczą coraz większy odsetek ludności krajów cywilizowanych,

pojawia się coraz więcej spostrzeżeń, szkodliwości tego klimatu o powietrzu silnie zadymionem i zagazowanym wyziewami fabryk i samochodów, mniej przepuszczalnym dla promieni słonecznych krótkofalowych, często zbyt suchem i gorącym i przenikaniem we dnie i w nocy hałasem. Szkodliwości te odbijają się nie tylko na narządzie oddechowym ale także na nerwowym i, co ciekawsze, na przewodzie pokarmowym wywołując objawy upośledzenia odżywienia w ogóle i stany chorobliwego uczulenia na pewne pokarmy. Szczególnie podatne na te szkodliwości są dzieci oraz ci dorośli, którzy cierpią na przewlekłą gruźlicę, neurastenję lub zaburzenia sprawności wątroby i trzustki. W Polsce, gdzie tylko około 12% ludności mieszka w wielkich miastach, jest to zjawisko mniej uderzające niż na Zachodzie Europy, niemniej jednak należy mieć je na uwadze, gdyż notorycznie wielkie miasta dostarczają największej liczby kandydatów do leczenia zdrojowego i co do tych właśnie należy nieraz dobrze rozważyć, czy można będzie się zgodzić na ich leczenie zastępcze wyłącznie w domu.

Przeszkód w korzystaniu z leczenia zdrojowego, jest niestety dużo. Najliczniejsze są przeszkody zawodowe i ekonomiczne. Niemożność opuszczenia pracy zawodowej w odpowiedniej porze roku i w odpowiednim do leczenia stadium choroby trafia się u rolników, oficerów, inżynierów i architektów, u jedynych pracowników kierowniczych lub niezastąpionych specjalistów. Dużo cennych zdrojowisk nie ma całorocznych sezonów spowodu zbyt małej i nieopłacalnej frekwencji przez miesiące jesienne i zimowe, podczas gdy z drugiej strony pewne przypadki chorobowe nie mogą czekać z leczeniem od jesieni aż do maja. Inne znowu przypadki wymagają kilkakrotnego leczenia w ciągu roku, zaś pory sezonowe, obowiązki zawodowe i względy pieniężne nie pozwalają na kilkakrotne wyjazdy do zdrojów. Jako przykłady można tu przytoczyć niektóre postacię gościca, schorzeń dróg żółciowych, nieżyty jelita grubego, kamicy nerkową, rwę kulszową i inne newralgie.

Przyczyny najczęściej pieniężnej natury powodują, że większość kuracjuszy spędza w zdrojowisku tylko okres 3 do 5 tygodniowy. Jest to dla wielu wypadków zbyt krótki czas leczenia. Chcąc uzyskać wyniki trwałe, należy wtedy uzupełnić to leczenie pić odpowiednich wód i stosowaniem kąpieli lub wzięwań w domu, bezpośrednio lub niedługo po powrocie. Leczenie takie powinno trwać 2 do 4 tygodni, zwłaszcza w przypadkach zastarzałych i opornych dosyć długo i może dać nieraz doskonałe wyniki. W ostatnich latach ukazało się sporo relacji ze społecznych lecznic zdrojowych niemieckich i sowieckich, gdzie 6- do 8-tygodniowym leczeniem uzyskiwano bardzo dobre wyniki lecznicze w tych

przypadkach, które w pierwszych tygodniach dawały całkiem niewystarczające wyniki. Leczenie więc domowe „*wykończające*“ u tych, którzy nie mogą długo leczyć się w zdrojowisku, jest sprawą pierwszorzędnej wagi.

Dalszem zagadnieniem do rozważania jest sprawa „*leczenia próbnego*“. O ile zbyt późne rozpoczęcie leczenia zdrojowego (zwłaszcza kąpielowego) spraw pozapalnych zmniejsza widoki pełnych wyników, o tyle zbyt wczesne leczenie grozi nawrotem ostrego okresu. Mam tu na myśli przypadki gośćca stawowego, zapaleń w miednicy małej, rwę kulszową i t. p. Stosowanie w tych przypadkach w zdrojowisku kąpeli tylko letnich, krótkich, wciąż przerywanych dniami odpoczynku, przeciagałoby pobyt w zdrojowisku ponad możliwość gospodarczą pacjenta. Ryzykowanie kąpeli silniej drażniących naraża na nawrót choroby i przerwania pobytu w zdrojowisku lub dłuższe chorowanie tamże. W innych przypadkach mamy wątpliwości co do powikłań, które mogłyby uniemożliwić leczenie zdrojowe, skądinąd potrzebne. Takimi powikłaniami mogą być gruźlica płuc (niezupełnie uciszona), nadczynność tarczycy, niezupełnie sprawny mięsień sercowy lub mięsz nerkowy. Może wreszcie samo główne cierpienie wymagać uprzedniej ostrożnej próby w domu, spowodu notorycznie kapryśnego oddziaływania na bodźce zdrojowe. Klasycznym przykładem jest tu nadciśnienie tętnicze, swoiste i miażdżycowe.

We wszystkich takich przypadkach ostrożny lekarz domowy zastosuje próbne picie wód mineralnych lub kąpeli z solami zdrojowymi, ewent. jeszcze nasycone bezwodnikiem węglowym. Długość trwania kąpeli, jej ciepłotę i ewent. stopień zasolenia stopniuje się ostrożnie, pod kontrolą ciepłoty ciała, tętna, snu, samopoczucia, łaknienia, ciśnienia krwi, opadania krwinek (odczyn Biernackiego) i t. p. Jako wzór może tu służyć metoda francuska badania reaktywności hipertoniców na picie wód hipotonicznych, stosowana zarówno w domu jak i w zdrojowiskach. Chory pozostaje w łóżku do południa i pije naczecz oznaczone dawki wód (dwie po 250 g lub trzy po 180 g co 30 minut), przyczem mierzone są oddawane ilości moczu i badane wedle znanego schematu „*próby na diurezę*“. Równocześnie kontrolowane jest ciśnienie tętnicze i charakter tętna. Przypadki, wykazujące stale zaburzenia w prawidłowości przebiegu diurezy lub niewykazujące do 7 dni spadku ciśnienia krwi, są eliminowane z leczenia zdrojowego, gdyż zachodzi obawa, że hipertonia zamiast zmaleć, jeszcze wzrośnie.

Omówiliśmy tak dość obszerną grupę przypadków, gdzie *próbne leczenie* stosowane jest w domu przez kilka do kilkunastu dni.

Również krótkie jest stosowanie wód i przetworów zdrojowych w przypadkach *nagłych i krótkotrwałych* schorzeń. Zastosowanie wody czy soli morskich w przypadku zatrucia pokarmowego albo użycia kompresu borowinowego ciechocińskiego lub „Amico” w razie „postrzału”, picie gorącego roztworu Zuberera w przypadkach ostrego nieżytu jelita grubego albo też szczawnickiej „Józefiny” albo krościeńskiego „Stefana” w przypadkach ostrego nieżytu żołądka — są dorywczymi przykładami używania produktów zdrojowych w doraźnej praktyce codziennej.

Pozostaje ostatnia grupa, liczna a smutna. To ci, którzy na wyjazd do zdrojowiska wogóle środków nie mają.

Przystępując do omówienia *sposobu stosowania* produktów zdrojowych w domu chorego, podnieść trzeba, że używanie zabiegów borowinowych jest zwykle ograniczone do okładów, mniej lub więcej rozległych. Przyniesienie pełnej kąpieli borowinowej jest kłopotliwe i kosztowne. Tylko mała ilość zdrojowisk sprzedaje mieloną i suszoną borowinę w workach (np. Ciechocinek i Niemirów). Także usunięcie zużytej kąpieli nastęrcza w większych miastach sporo trudności, bowiem miazga borowinowa zatyka ścieki i kanały. Używanie modnych ongiś płynnych „wyciągów borowinowych” do kąpieli jest śmiesznym nieporozumieniem. Kąpiel taka niema wogóle fizykalnych właściwości k. borowinowej (ciężar właściwy, gęstość, lepkość, pojemność ciepła, kwasowość) i nie da się zastosować w odpowiedniej ciepłocie, gdyż przy ciepłocie ponad 38° C piecze już na skórze, podczas gdy gęsta borowina wtedy tylko grzeje. Stosowanie bylejakiego torfu w miejsce borowiny, która jest odmianą szczególnie *kwaśną* torfu i pod tym kątem widzenia *specjalnie przygotowaną*, daje dużo gorsze wyniki lecznicze. Natomiast bardzo ekonomiczną i skuteczną jest metoda piszczańską, wprowadzona do Polski przez Janika, owijań borowinowych. Gorącą (45° C) i bardzo gęstą papkę borowinową rozściela się na płachcie nieprzemakalnej (brezencie) lub na starem, grubem i natłuszczonym prześcieradle (borowina barwi tkaniny na rudo) i szybko zawija się w to pacjenta, dając mu zimny okład na czoło. Całość otula się kilku kocami. Zależnie od osobniczej tolerancji pozostaje pacjent w owinięciu stopniowo od 30 do 40 minut, potem, obmyty z resztek borowiny, idzie na godzinę lub więcej do łóżka odpocząć i wypocić się. Okłady częściowe robi się w podobny sposób z borowiny lub z kostek mułowych iwonickich, albo z gotowych w płótno zaszytych *kompresów* borowinowych ciechocińskich, lub „Amico” (z Niemirowa), które, ostrożnie w *parze* zażrzewane, dają się kilkanaście razy użyć, są więc bardzo ekonomiczne.

Do kąpeli mineralnych służą sole lub też stężone ługi z wód solankowych, ciechocińskich, rabczańskich, iwonickich i morszyńskich.

Jest rzeczą oczywistą, że z wód o małej ilości składników stałych a wielkiej ilości gazów (bezwodnik węglowy lub siarkowódór) nie można przyrządzić skoncentrowanych przetworów. Do leczenia kąpielowego stosujemy więc wszędzie *sole*, dodając w razie potrzeby krajowe preparaty, wywiązujące w kąpeli bezwodnik węglowy (fabr. „Motor“, Karpińskiego, „Tlenu“ we Lwowie i t. p.). Silnie jeszcze reklamowane obce fabrykaty nie mają *żadnej* wyższości nad naszymi. Jedynym warunkiem dobroci tego towaru jest jego absolutnie suche przechowywanie.

Leczenie domowe picie wód i kąpielami stosuje się najdogodniej u osób niepracujących, przeznaczając na to porę *przedpołudniową*. U pracujących trzeba zarządzić wczesne położenie się wieczorem do łóżka i wczesne rozpoczęcie dnia kuracyjnego przed godzinami pracy zawodowej. Poranna pora jest jedyną ze względu na świeżość ustroju i dobrą odczynowość. Przy pracy musi się jednak zarządzać częściej jednodniowe przerwy w zabiegach niż u niepracujących (a więc co 3-ci lub 4-ty dzień) i leczenie winno być stosowane najlepiej w ciepłej porze roku, kiedy ustrój jest w swej biologicznej pełni odczynowości. Zastrzeżenie to odnosi się tylko do tych przypadków, które *całe leczenie zdrojowe* mają przerobić w domu i nie dotyczy oczywiście schorzeń ostrych i leczenia uzupełniającego, kiedy leczenie trwa w całości tylko kilka lub kilkanaście dni.

Z tych schorzeń ostrych wspomniałem już o ostiem i podostrem *zatruciu pokarmowym*, kiedy szklanka wody morszyńskiej, albo 2 łyżeczki kopiate soli morszyńskiej krystalicznej, względnie 1 proszek tejże soli miękkiej (dawki 5 gr w oryginalnem opakowaniu), usuwa całą szkodliwą treść z jelit. Ostre *nieżyty żołądka*, a także i przewlekłe, leczymy krótszem lub dłuższem podawaniem wody szczawnickiej „Magdaleny“, lekko podgrzanej, aby nie straciła bezwodnika węglowego. Stosuje się ją po małej szklance na pół godziny przed jedzeniem, grzejąc zawsze wodę w szklance (ewent. dodając łyżkę gorącego mleka), a nigdy we flasce, która winna być zatkana szczelnym korkiem i leżeć w chłodzie. Takie same usługi odda woda krościeńska (zdrój „Stefana“) lub wysowska. Ostre *nieżyty jelita grubego* z biegunką uspokajają się przez podawanie na gorąco wody krynickiej Zuberera, pół na pół z wodą sodową lub też w razie znacznego odwodnienia ustroju, z gazowaną solanką ciechocińską ze zdroju Nr. 10. Stosujemy gazowane solanki lekkie Ciechocinka, zawierające sporo koloidalnego żelaza, zwłaszcza jeśli niedokwaśność łączy się z niedokrwistością. Przewlekłe stany *niedokwaśności* żołądka

leczymy pić *szczaw*: „Stefana” z Krościenka, „Karola” z Iwonicza, „Klaudji” z Rymanowa, wybieramy też *szczawy żelaziste*, krynickie (źródło Stołwińska) i żegiestowską. Wody te podajemy *przed* posiłkami na pół godziny, chłodne lub tylko słabo podgrzane, z *pełnym kwasem węglowym*. Oczywiście obowiązuje przytem dieta odpowiednia niedokwaśności, a pożyteczny jest po posiłkach ciepły kompres borowinowy na okolicę żołądka. Kwas węglowy i bodziec ciepły wzmagają wydzielanie pełnego soku żołądkowego.

Przy *nadkwaśności*, tak trawiennej jak i ciągłej, bez wrzodu trawienego, stosuje się zawsze *grzane* i odgazowane wody alkaliczno-ziemne, jak krynicki Zube: (rozcieńczony), szczawnicka Magdalena oraz wody glauberskie jak morszyńska i truskawiecka Zofja. Znakomite usługi oddaje nieraz kombinacja Zuberera z solą lub wodą morszyńską. Wody te podaje się najlepiej na *szczycie trawienia*, a więc pół godziny po śniadaniu i 2—3 godz. po obiedzie i wczesnej kolacji. W przypadkach zaparcia stolca i wysokiego ciśnienia krwi przy nadkwaśności żołądka jest woda morszyńska środkiem suwerennym. Pierwsza dawka wody (180 g) przypada wtedy *naczczo* i lepiej jest podać ją na *zimno*, dalsze grzane, po posiłkach.

W chorobach *dróg żółciowych, wątroby i dwunastnicy* stosujemy te same wody co przy nadkwaśności żołądka i także na *ciepło* względnie gorąco z dwiema tylko odmianami. Mianowicie przeważna ilość dawek przypada na porę *przed i po pierwszym śniadaniu* (2—3 dawki po 180 g), a więc na porę małego napełnienia górnych jelit, a po drugie, jeszcze większą wagę przykładamy do należytej dawki *siarczanów*, magnezowego i sodowego w wodzie. Stąd wzbogacanie niektórych wód dawkami soli morszyńskiej. Siarczany są bowiem najwybitniejszym czynnikiem żółciopędym wśród składników tych wód. Drugim składnikiem cennym jest *dwuwęglan sodu*. On bowiem nadaje wodom własności odczulające (filaktyzujące), a wiemy, jak wielką rolę w schorzeniach wątroby i dróg żółciowych gra uczulenie na pewne pokarmy. Stąd doskonałe wyniki lecznicze daje wzbogacenie wód silnie alkalicznych solami lub wodami glauberskimi. Podajemy więc wodę Zuberera pół na pół z Morszyńską albo ze zwykłą sodową i łyżeczką soli morszyńskiej, Zuberera z Zofją truskawiecką, Magdaleną Szczawnicką, lub Karolem Iwonickim. Najsilniejszą jest oczywiście kombinacja Zuberera z Morszynem i przy zaparciu stolca daje obfite wypróżnienia. Dodatek wody sodowej lub *szczawy mineralnej* pokrywa gorzki smak siarczanów w tych mieszankach. Podgrzewamy oczywiście naprzód ten składnik mieszaniny, który bezwodnika węglowego nie zawiera i dopełniamy resztę na zimno. Oczywiście *szcza-*

wy alkaliczne (szczawnicka, iwonicka) i wody glauberskie (truskawiecka, morszyńska) można podawać niemieszane, jedynie Zuberą zawsze rozcieńczamy spowodu ogromnej ilości dwuwęglanu sodowego. Mieszanie tych wód lub dodawanie soli morszyńskiej stosuje się też w zdrojowiskach na miejscu, analogicznie do podobnych zwyczajów w zdrojowiskach zagranicznych.

Przewlekłe niezłyty jelita grubego leczymy temi samymi grupami wód. Niezłyty typu biegunkowego, łączące się często z niedokwaśnością soku żołądkowego leczą się szczawami alkalicznymi (Karol iwonicki, Magdalena szczawnicka) lekko podgrzaniem, a czasem na gorąco z dodatkiem Zuberą w razie całkiem płynnych stolców. Niezłyty połączone ze skłonnością do zaparcia wymagają wody truskawieckiej (Zofja) lub morszyńskiej. Ta ostatnia jest konieczna, gdy do sprawy jelitowej dołącza się nadkwasota żołądka. Kolitis z wielkimi ilościami mniej lub więcej skrzepłego śluzu na gęstych masach kałowych wymaga mieszanki Morszyzna z Zuberem. Wody stosujemy lekko podgrzane lub o ciepłocie pokojowej.

Nawykowe zaparcie stolca i guzy krwawnicze, zaparcie w stanach zapalnych w miednicy małej i rwie kulszowej, leczy woda lub sól morszyńska, podana rano naczczo. Leczenie otyłości opiera się również na tych środkach i to nawet wtedy, gdy niema zaparcia.

Także niektóre przypadki nadciśnienia tętniczego (zwłaszcza z pletorą brzuszną), poprawiają się dobrze po leczeniu morszyńskim.

Tak przy schorzeniach wątroby (żółtaczka niezłytowa), dróg żółciowych, jelita cienkiego, jak i przy biegunkowej kolitis stosujemy ponadto gotowy kompres borowinowy (ciechociński, lub Amico niemirowski) na brzuch.

Leczenie zdrojowe *cukrzycy* polega po pierwsze na alkalizacji ustroju (dającej w wyniku zmniejszenie pragnienia, wielomoczu i cukromoczu), powtóre na zwalczaniu zaparcia stolca, a po trzecie na zmniejszeniu wagi i masy w przypadkach równoczesnej otyłości, a to celem doprowadzenia do równowagi między masą ciała, a zmniejszoną sprawnością trzustki i wątroby. Jako leczenie wspierające stosujemy gorące kąpiele solankowe. Pierwszy cel spełnia najsilniej Zuber, drugi zaś i trzeci woda morszyńska. Stąd znów ulubioną jest kombinacja obu tych wód.

W lżejszych przypadkach usługi takiej kombinacji oddaje szczawnicka Magdalena, łącząca siarczany z węglanami, tak samo iwonicki Karol. Kombinacja Zuber z truskawiecką wodą glauberską (Zofja) odpowiada też celowi. Gorące kąpiele solankowe, zwłaszcza ciechocińskie, i podgrzewanie wody do picia wspierają nasze usiłowania obniżenia poziomu

cukru we krwi. Silniejsze ogrzanie mieszanki z Morszyńcem zmniejsza ich działanie przeczyszczające. W przypadkach cukrzycy podaje się sporo wód, 3 do 5 wielkich szklanek dziennie (naczczo i w godzinę po śniadaniu, w 3 godz. po obiedzie i wczesnej kolacji). Oczywiście należy przytem unikać nadmiaru ciężkostrawnych jarzyn (ogórki, kapusta). Ciężkie przypadki nie nadają się do tego leczenia. Stosować picie wód należy przez 6 do 8 tygodni z powtarzaniem w ciągu roku.

W przypadkach *dny* (skaza moczanowa) wstępują w szranki nowi współzawodnicy poprzednio omawianych wód a to siarczanki wapniowe i wody hipotoniczne, a więc o mineralizacji znacznie niższej od zwykłej wody słodkiej. Plan leczenia układamy wedle całokształtu objawów, zmieniając nieraz w ciągu leczenia dobór wód. Otyłość i zaparcie stolca w dniu wymaga stosowania przetworów morszyńskich, nadkwasota żołądka szczawnickich. Do wypłókiwania soli moczowych użyjemy truska-wieckiej Naftusi, której moczopędność polega nietylko na bardzo słabej mineralizacji, ale też na pobudzających miąższ nerkowy lotnych węglowodorach aromatycznych (Laskownicki). Na zmianę użyjemy siarczanek, jak woda „Aleksandra” z Niemirowa lub zdroj „Adolfa” z Lubienia, których silne działanie oczyszczające krew z kwasu moczowego udowodnione zostało przez Koskowskiego. Dalszemi wodami pędzącemi kwas moczowy są wszystkie szczawy alkaliczne (Szczawnica, Krościenko, Iwnicz, Zuber z krynickim „Janem” mieszany). Łagodzą one też objawy nadwrażliwości ze strony surowicówek i śluzówek narządu ruchowego, oddechowego i moczowego. Gorące kąpiele solankowe (Ciechocinek, Rabka) lub potasowe („Langbeinit” Tow. Soli Potasowych), zawijania borowinowe, ciechocińskie, okłady „Amico” lub mułowe okłady „Iwonka” oraz dieta — uzupełniają program leczniczy. Wód pić każemy sporo, naczczo i po śniadaniu, *grzane* dla szybszej diurezy (3—5 szklanek w ciągu przedpołudnia). Kąpiele stosujemy bardzo ciepłe (36° do 38°, a nawet i wyżej w razie tolerancji) z następowem poceniem się w łóżku i równoczesnem piciem wód. Mając na uwadze charakter tej choroby, nie stosujemy takiego leczenia nigdy dłużej jak 4 tygodnie, a raczej *powtarzamy* je kilka razy do roku. Kąpiele stosujemy z przerwami co 4-ty lub 5-ty dzień, zależnie od stanu sił chorego.

Wypryski, pokrzywki, świerzbiczkki, rumienie, trądzik pospolity, będące w związku z nadmiernem gniciem w jelitach, skazą moczową lub zaburzeniami wątroby, leczymy wedle wspomnianych dla tych chorób zasad wodami glauberskimi, szczawami alkalicznymi i siarczankami.

Stany *hipotyreozy* oraz zmiany żółtawe dzieci należy traktować wodami jodowymi w kombinacji z kąpielami z solą jodową i słońcowa-

niem lub naświetlaniem kwarcówką. Leczenie takie w domu jest szczególnie wskazane jesienią i wczesną wiosną, a więc w porach, kiedy sprawność tarczycy jest słabsza (zimną leczenie byłoby uciążliwe), a zwłaszcza w okolicach, w których badania Szniolisa i Marcinkowskiej wykazały bardzo niskie ilości jodu w zwykłych wodach źródłanych. Jod jest bowiem normalnym składnikiem każdej wody, jednak w ilościach, które dawniej uchodziły niespostrzeżone powodu swej znikomości. Okolicami, które tych znikomych, a jednak dla ustroju potrzebnych ilości mają wyjątkowo mało są: Olkusz, Lwów, Bielsko, Żywiec, Myślenice, Nowy Targ, Limanowa i wogóle Podkarpacie zachodnie; mało jodu ma woda wileńska, toruńska, częstochowska, krakowska i inne. Wprawdzie ustrój pobiera jod z większością pokarmów roślinnych i zwierzęcych, ale i one w okolicach, gdzie woda jest w jod uboga, mogą mniej zawierać jodu. Zdrowy organizm posiada dużą zdolność przyswajania potrzebnego jodu, choremu trzeba w tem dopomagać. Wody mineralne jodowe w Polsce, to szczawy Iwonickie i Rymanowskie i (nieco słabszy) źródł Magdaleny w Szczawnicy oraz silnie jodowa solanka Rabczańska. Popijanie tych wód (po 150 g) z łyżką gorącego mleka przed i po śniadaniu reguluje łaknienie i wypróżnienie i przestrasza korzystnie wymianę pierwiastków. Do kąpieli damy wtedy sól ciechocińską, iwonicą, rabczańską lub langbeinit, uczulając w ten sposób skórę na działanie bodźców świetlnych.

Ostre i przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych leczymy wziewaniami i piciem wód alkaliczno-słonnych. Osiągamy przez to rozrzedzenie i łatwiejsze odkształcanie śluzu oraz odczulanie przewrażliwionych śluzówek (działanie alkaliów). W grę wchodzi tu wody Szczawnickie, Krościeńska, 2—3 szklanek dziennie ewent. z gorącym mlekiem. Do inhalacji używamy też siarczanek wapniowych (Niemirów, Lubień) w przypadkach nieżytów bardzo obfitujących w wydzielinę, znając osuszające działanie wapnia i siarki, zawartych w tych wodach.

Nieżyty *miedniczek nerkowych* o moczu kwaśnym wymagają picia tych samych szczaw alkalicznych, zaś przy moczu mało kwaśnym, mętnym lub alkalicznym stosujemy truskawiecką Naftusię i źródł Jana z Krynicy. Te wody podajemy też przygotowawczo przed pyelotomią spowodowaną kamicy, aby oczyścić mocz i stworzyć lepsze warunki zabiegu.

Jest niepodobieństwem podać w ramach jednego odczytu wszystkie możliwości wyzyskania przetworów zdrojowych do leczenia domowego, więc podam na zakończenie jeszcze tylko schemat *leczenia gościca stawowego, mięśniowego i pni nerwowych*. Leczenie piciem wód ograniczymy do przypadków zaparcia stolca (Morszyn, szczególnie ważne przy

rwie kulszowej) i przy otyłości, która powoduje zwiększenie pracy stawów i mięśni. W przypadkach powikłanych niedomogą tarczycy podamy znów wody jodowe (Rabka, Iwonicz). Głównem leczeniem będą zawijania i okłady borowinowe ciechocińskie, „Amico” lub z mułu iwonickiego („Iwonka”), kąpiele ciechocińskie lub langbeinitowe z następowem zawinięciem w prześcieradła i koce na jedną lub dwie godziny, z zimnym okładem na czoło, a czasem i z ochładzaczem na okolicę serca. Leczenie takie prowadzić będziemy przez 4 do 6 tygodni, a nawet i dłużej, i chętnie zalecimy powtórzenie go po kilku miesiącach, licząc się z uporczywością choroby i skłonnością do nawrotów. Leczenie gośca organo-preparatami (tarczyca, jajniki) oraz leczenie histaminowe bynajmniej nie koliduje z leczeniem zdrojowo-kąpielowem, a przeciwnie wspiera się wzajemnie i potęguje.

Jak widzimy, leczenie domowe daje szerokie możliwości i przy skrupulatnem przestrzeganiu ordynacji, a rozumnem uregulowaniu trybu życia, przede wszystkim zaś odciążeniu go od wszelkiej zbędnej pracy i nużących rozrywek, leczenie to daje często doskonałe wyniki. Korzystną jest możliwość kombinowania różnych wód i kąpeli i zmieniania ich celem zabezpieczenia się od stępienia na te bodźce. Większe ilości butelek wody mineralnej zamawia się najlepiej wprost w zarządach zdrojowych, pamiętając o tem jednak, że wysyłka w czasie silnych mrozów jest niemożliwa powodu pęknięcia flaszek. Wody mineralne przechowuje się leżąc w chłodnej i suchej piwnicy.

Zdrowiska polskie przeprowadzają obecnie wydatną zniżkę cen wód eksportowanych, celem spularyzowania ich spożycia.

ZUSAMMENFASSUNG.

Es werden verschiedene Anwendungsformen und Indikationen zum Gebrauche polnischer Mineralwässer und anderer Quellenprodukte in der Hauskur besprochen. Hauskuren als Vor- oder Nachkuren einer Kurortbehandlung sowie Mineralwasserbehandlung akuter Krankheiten haben breite Anwendungsmöglichkeiten, eine Mineralwässerhauskur als Ersatzkur hat manche gewichtigen Nachteile, besonders bei Arbeitenden. Besprochen werden die Mineralwässer von Busk, Druskieniki, Ciechocinek, Iwonicz, Krynica, Morszyn, Lubień, Niemirów, Rabka und Truskawiec, ferner fertige Moorkompressen von Ciechocinek und Niemirów und krystallisierter Bittersalz von Morszyn.

Doc. HENRYK BROKMAN, Warszawa.

GOŚCIEC W WIEKU DZIECIĘCYM I JEGO LECZENIE Z UWZGLĘDNIENIEM LECZENIA ZDROJOWISKOWEGO.

W wieku dziecięcym spostrzegamy zasadniczo te same postacie schorzeń co i u dorosłych; obejmujemy je ogólnem mianem cierpień reumatycznych, z tą tylko różnicą, że częstość występowania poszczególnych postaci jest inna, a przebieg wielu z nich odbiega do pewnego stopnia od typu spostrzeganego u dorosłych.

Podział schorzeń gościcowych.

Do grupy schorzeń reumatycznych zaliczamy szereg zespołów chorobowych, które w wielu przypadkach łączy ze sobą tylko obecność objawów stawowych. Niektóre z nich różnią się między sobą zarówno obrazem klinicznym, jak i patogenezą, przytem każda z nich odpowiada na inne metody leczenia. Inne znów, choć różnią się przebiegiem klinicznym, to jednak większość autorów przyjmuje istnienie pomiędzy nimi związku etiologicznego i patogenetycznego. Ponieważ przez długi okres czasu w rozwoju nauki o reumatyzmie objawy stawowe uchodziły w tych cierpieniach za podstawowe, choć nie zawsze słusznie, celowem będzie z punktu widzenia zmian stawowych podzielić, zgodnie z Glanzmannem, spostrzegane w wieku dziecięcym cierpienia na następujące grupy:

I. Zapalne (lub z przewagą zmian zapalnych) schorzenia stawów (Arthritis).

A. Ostre,

1. rheumatoidy jako objaw znanych zakażeń (płonica, posocznica, dur brzuszny, rzeżączka),

2. polyarthriti rheumatica acuta (seu rheumatismus infectiosus specificus) seu morbus Bouillaud.

B. Przewlekłe:

1. wywołane przez znane zarazki (kiła, gruźlica),
2. wtórnie przewlekłe zapalenie stawów,
3. pierwotnie przewlekłe zapalenie stawów,
4. choroba Still - Chauffard'a,
5. osteochondritis nasad kości.

II. Degeneracyjne (lub z przewagą zmian wstecznych) schorzenia stawów (arthritis, artropathia).

A. Artrosis deformans.

B. Artrosis urica.

Nie będę omawiał szerzej grupy t. zw. przewlekłych zapaleń stawowych. Niektóre postacie występują bardzo rzadko w wieku dziecięcym i dlatego z punktu widzenia pedjatrycznego trudno dorzucić tu coś nowego, pozatem czego uczy nas medycyna wewnętrzna. Są natomiast niektóre postacie swoiste dla wieku dziecięcego. Do nich należy *choroba Still-Chauffard'a*, występująca niejednokrotnie nawet u dzieci najmłodszych; posiada ona trzy zasadnicze objawy: systematycznie postępujące zajęcie stawów, uogólnione obrzmienie gruczołów chłonnych i wreszcie powiększenie śledziony, poza tem spostrzegamy gorączkę oraz wyniszczenie. Cierpienie to jest bardzo rzadkie; w piśmiennictwie pedjatrycznym zostało klasycznie opisane przez *Juljana Kramsztyka*. Grupę osteochondritis, obejmującą *chorobę Perthesa*, *chorobę Köhlera* i inne, cechuje miejscowe rozmiękczenie nasad kości bez współudziału chrząstki; grupa ta posiada już szersze znaczenie kliniczne, jest ona ważna ze względu na różnicowanie rozpoznania ze schorzeniami gruźliczemi. Jednak i te cierpienia występują rzadko w porównaniu z cierpieniami, będącemi tematem naszego odczytu.

Przewlekłe pierwotnie zapalenie stawów prowadzi do postępującego i symetrycznego zeszywnienia stawów wskutek spraw zapalnych, odbywających się w torebce stawowej. Występuje ono przeważnie u dziewcząt głównie przed 5-tym rokiem życia. Rokowanie jest niekorzystne. Na szczęście cierpienie to rzadko spotykamy. Leczenie polega na masażu, gorących kąpielach, diatermji, kąpielach borowinowych i zastrzykach siarki (Flores sulfuris 1,0 Ol. oliv. 100,0 od 0,3 do 1,0 cm. co 5 dni — razem 5 zastrzyków). Rokowanie wątpliwe.

Wreszcie schorzenia degeneracyjne, a głównie degeneracyjne zmiany stawowe, przebiegające przy współudziale chrząstki — Artrosis deformans, oraz Artrosis urica, posiadają jeszcze mniejsze znaczenie dla

wieku dziecięcego. Pierwsze z nich prowadzą do zeszywnienia stawów wskutek ich zniekształcenia.

We wszystkich wymienionych stanach chorobowych brak jest objawów ze strony narządów wewnętrznych a szczególnie ze strony serca. Jedynie w chorobie *Still-Chauffarda* notujemy nieraz zapalenie wsierdza i osierdza.

Główną uwagę w naszym odczycie pragniemy poświęcić jednostce chorobowej, zwanej polyarthritis rheumatica acuta, względnie rheumatismus infectiosus specificus lub wreszcie, zgodnie z terminologją francuską, chorobą *Bouillaud'a*. Ostatnia nazwa jest historycznie uzasadniona, gdyż zasługi Bouillaud'a, który równo sto lat temu, bo w roku 1835, ogłosił swą pracę drukiem, są rzeczywiście wielkie. Autor ten pierwszy stwierdził, posiłkując się metodami klinicznymi (stetoskop), że w ostrym reumatyzmie stawowym bardzo często choruje również serce. Podobne odkrycie zrobił w 1788 r. angielski lekarz *Pitkairn David* i wprowadził nawet termin: *reumatyzm serca*, a w roku 1789 poparł jego spostrzeżenia znakomity *Jenner*, jednakże poglądy tych autorów nie znalazły wówczas zwolenników. Dopiero nauka *Bouillaud'a* zdobyła sobie powszechny rozgłos.

W historii nauki o reumatyzmie należy podkreślić wielkie zasługi paryskiego lekarza *Baillou* (*Ballonius*), który w swej pracy, ogłoszonej w roku 1542 pod tytułem „*Examen morbi qui ab antiquis non est abunde declaratus et definitus*” wypowiada zdanie, że istnieje pewna choroba samoistna, różna od innych schorzeń stawowych i że jest to cierpienie ogólne a nie tylko stawowe. Nauka ta nie znalazła wówczas zwolenników. Dopiero w roku 1689 autorytet *Sydenham'a* pozwolił na wyodrębnienie z ogółu cierpień stawowych przynajmniej podagry.

Na szczególne wyróżnienie zasługują ci autorzy, którzy starali się dowieść, że reumatyzm może występować i bez atakowania stawów. Palmę pierwszeństwa pod tym względem trzyma *Mathey*, który, nie rozporządzając jeszcze stetoskopem, opisał „pozastawowy reumatyzm”. Pisał on, że: „reumatyczne zapalenie serca może występować samoistnie i pierwotnie bez metastaz ze strony stawów”. Do roku 1786 było o tem zupełnie głucho. Ideę tę podjęli ponownie w końcu 18 wieku *Besnier* i *Trousseau*. W ostatnich latach pogląd ten zdobył sobie powszechne uznanie.

Gdy jeszcze sam Bouillaud, a za nim i inni twierdzili, że reumatyzm poraża tylko wsierdzie i osierdzie, to już w roku 1824 *Itard* opisał reumatyczne zapalenie mięśnia sercowego. Dopiero po 50 latach kwestjonowane przez wszystkich odkrycie *Itard'a* zostało potwierdzone

przez Besnier'a i innych. W bieżącym stuleciu najważniejsze odkrycie zrobił *Aschoff*, który wykrył w mięśniu sercowym tak zwane guzki, mające być swoistymi dla reumatyzmu ostrego. W ostatnich latach *Klinge* w Niemczech, *Tatałajew* w Rosji rozszerzyli naukę *Aschoffa* w tym sensie, że uważają oni guzki *Aschoffa* za jedno tylko stadium rozwoju zmian reumatycznych, podobnie jak gruzełek jest tylko jednym stadium rozwoju zmian gruzliczych. Poza tem autorzy ci posiadają duże zasługi z tego powodu, że ustalili obecność zmian reumatycznych w całym ustroju, we wszystkich tkankach pochodzenia mezenchymalnego.

Nasz odczyt ma na widoku cele kliniczne. Jednak zrozumienie omawianych tutaj spraw chorobowych będzie niemożliwe bez poznania podstawowych zmian anatomo-patologicznych, rozwijających się w przebiegu reumatyzmu. Należy rozróżnić tutaj 3 okresy: okres wysiękowo-uszkodzający, okres wytwórczy i okres tworzenia się blizn. Pierwszy okres charakteryzuje się obrzękiem tkanki łącznej oraz wysiękiem włóknikowym z uszkodzeniem komórek. Okres ten trwa 1 do 2 miesięcy. Okres drugi — to wysysanie się wysięku i wytworów uszkodzenia tkanki dzięki rozplemowi komórek tkanki łącznej, zwłaszcza komórek przydanki. Szczyt tego rozplemu stanowi guzek *Aschoffa*. Okres ten trwa 2 do 4 miesięcy. Okres trzeci charakteryzuje się tworzeniem się blizn dzięki przekształcaniu się komórek guzka w komórki tkanki łącznej. W większości przypadków każde ognisko reumatyczne przechodzi wszystkie trzy okresy. Pierwszy okres anatomo-patologiczny odpowiada klinicznie okresowi ostrego rozwoju reumatyzmu, wytwarzaniu się ognisk w mięśniu sercowym i we wsierdziu. Spadek ciepłoty wskazuje już na przejście choroby w drugi okres. W tym czasie, w okresie „endomyocarditis” nie mamy jeszcze do czynienia z wadą serca. Wada powstaje z chwilą wystąpienia zbliznowacenia a więc w okresie „endocardiosclerosis”.

Często okresy te nie rozwijają się według opisanego schematu. Okres wysiękowy może, na przykład, zakończyć się zupełnym wessaniem wysięku i powrotem tkanek do stanu normalnego, szczególnie przy odpowiednim i wczesnem leczeniu. W przypadkach przebiegających podostro okres wysiękowy może być zaledwie wyrażony i odrazu może się rozwinąć okres drugi. Dotyczy to szczególnie przypadków „niemego” reumatyzmu czyli ambulatoryjnego.

Już dotychczasowy krótki przegląd historyczny i dane anatomo-patologiczne wskazują nam na to, że w ostatnich latach ogólny dorobek medycyny w zakresie reumatyzmu musiał z gruntu zmienić nasz stosunek do tego schorzenia. Nie będzie bynajmniej przesadą, gdy po-

wiemy, że to co jeszcze 10 lat temu w tej dziedzinie było wygłaszane z katedr uniwersyteckich, musi być częściowo zapomniane, częściowo zaś uzupełnione nowym poglądem. Zmuszają nas do tego nie tylko założenia teoretyczne, lecz codzienne spostrzeżenia kliniczne. Materiał dziecięcy jest pod tym względem szczególnie cenny. Podobnie jak w innych działach medycyny, a zwłaszcza w gruźlicy, dopiero przestudjowanie przebiegu choroby u dzieci pozwala wyrobić sobie istotny pogląd na istotę choroby reumatycznej. Pedjatrja musi zapłodnić tutaj w wysokim stopniu medycynę wewnętrzną. Inna sprawa, że tylko pedjatrja, stosująca metody wypracowane przez klinikę wewnętrzną, może wnieść tutaj istotnie cenne wartości.

Ostry reumatyzm stawowy. Tak uczono nas nazywać wspomnianą chorobę i tak jeszcze dzisiaj ją nazywamy. Już sama nazwa wprowadza nas w błąd i to pod wieloma względami. Określa ona, że choroba, o której mowa, jest w swej istocie cierpieniem stawowym; że zajęcie stawów jest tutaj zjawiskiem pierwotnym; że objawy stawowe są w tem cierpieniu zjawiskiem niezbędnym; wkońcu że objawy ze strony innych narządów o ile występują, nie należą do samej choroby, lecz winny być ujmowane jako powikłania, oraz że reumatyzm należy do kategorii chorób ostrych. Przez całe wieki niemal do ostatnich lat, przynajmniej jeśli chodzi nie o jednostki, lecz o nastawienie większości lekarzy, wyobrażano sobie, że tylko te przypadki należy zaliczać do reumatyzmu, w których występowały objawy stawowe. Schorzenie serca u osobnika, który nie miał objawów ze strony stawów, nie było zaliczane do etiologii reumatycznej; szukano tutaj innej przyczyny, wywołującej to cierpienie. Jak to już nieraz miało miejsce w historii medycyny, dopiero spostrzeżenie kliniczne przebiegu tej choroby u dzieci wniosło nowe światło do interesującego nas zagadnienia. Okazało się, że istnieją tutaj przejścia, poczynając od przypadków, gdzie objawy stawowe występują w całej pełni (przeważnie ze schorzeniem serca) — po przez przypadki, gdzie schorzenia stawów są zaledwie widoczne i bardzo przelotne — aż do przypadków, w których rozwijają się najcięższe stany zapalne wsierdza, mięśnia sercowego i osierdza, chociaż dziecko nigdy nie cierpiało na stawy. Również i płasawicy, należącej bez wątpienia do choroby Bouillaud'a, nie często towarzyszą objawy stawowe. Wszystkie te spostrzeżenia kazały nam stanąć na stanowisku, że zapalenie stawów jest jedynie jednym z przejawów choroby Bouillaud'a, przejawem niekoniecznym, nieraz wcale u dzieci niewystępującym, a w bardzo licznych przypadkach zaledwie w postaci poronnej. Tak więc brak objawów stawowych bynajmniej nie wyklucza reumatycznej etiologii cierpienia.

Przykład Nr. 1.

Halina H. lat 12, od drugiego do piątego roku życia ponawiające się zapalenie miedniczek nerkowych. Przed czterema laty angina, zapalenie miedniczek, następnie obustronne ropne zapalenie uszu. Po okresie dłuższego stanu podgorączkowego ponownie wystąpił okres wysokiej gorączki, trwający około 3 tygodnie, w czasie którego stwierdzono podmuch w sercu. Dziecko gorączkowało jeszcze przez 5 miesięcy, następnie znów przebyło anginę. W ubiegłym roku zajęcie zatok czołowych i szczękowych z długotrwałym stanem podgorączkowym. Obecna choroba rozpoczęła się 12.I.35 r. angina i katarem nosogardzieli i oskrzeli. Znów zapalenie obydwu uszu. W końcu stycznia lekarz stwierdził zmiany w sercu.

W klinice stwierdzono przesunięcie granic serca, szmer skurczowy nad wierzchołkiem, szmer tarcia osierdzia, duszność i sinicę. Rozpoznano chorobę Bouillaud'a z umiejscowieniem w osierdziu, mięśniu sercowym oraz wsierdzu. W dalszym przebiegu wystąpiły obrzęki oraz kilkakrotnie objawy ogniskowe zapalne w płucach. Mimo energiczne leczenie dziecko zmarło po 26 dniach pobytu w klinice.

Rozpoznanie: morbus rheumaticus. Endomyopericarditis. Foci inflammatorii pulmonum rheumat. Insuff. valv. mitralis (endocardiosclerosis).

W tym przypadku zwraca uwagę brak jakichkolwiek objawów stawowych w całym przebiegu choroby.

To proste spostrzeżenie zostało pogłębione przez dalszą analizę kliniczną. Okazało się, że prócz stawów i wszystkich składowych części serca w przebiegu choroby Bouillaud'a cierpią również i inne narządy, a więc: tkanka około-migdałkowa, opłucna, płuca, naczynia, otrzewna, nerki, środkowy układ nerwowy. Ze strony tych narządów występują niewątpliwe objawy kliniczne. W przypadkach śmiertelnych, jak to już wyżej mówiłem, zmiany zapalne i bliznowate, o charakterze zawsze do siebie podobnym, znajdujemy nie tylko we wspomnianych narządach, lecz i w tkankach pochodzenia mezenchymalnego całego ustroju. Po uświadomieniu sobie tego wszystkiego byłoby poprostu nielogicznie uważać chorobę Bouillaud'a za cierpienie zasadniczo stawowe. Przeciwnie, stawy usuwają się niemal na ostatni plan tembardziej, że nie znajdujemy w nich naogół zmian anatomo-patologicznych; choruje tylko torebka i powięź i to o nasileniu znacznie mniejszem, aniżeli inne narządy ustroju.

Dalszym logicznym wnioskiem jest twierdzenie, że schorzenie stawów nie jest objawem pierwotnym choroby, a cierpienia innych narządów i serca nie mogą być uważane za „powikłania”. Potwierdzają to codzienne spostrzeżenia kliniczne. Bardzo często stawy nie są pierwszym narządem, który nam daje objawy kliniczne. Niejednokrotnie rozwija się zapalenie osierdzia i mięśnia sercowego, zaś dopiero przy następnym obostrzeniu choroby występują objawy stawowe. Codziennie niemal spostrzegamy przypadki, w których rozpoznajemy reumatyczne zajęcie stawów. Napozór zdawałoby się, iż rzeczywiście w stawach mamy pierwotne umiejscowienie sprawy chorobowej. Jednak badanie kliniczne wykazuje, że u pacjenta tego możemy ustalić obecność wady serca, wywołanej przez zmiany bliznowate na zastawce. Mieliśmy więc tutaj do czynienia ze skrytą postacią choroby Bouillaud'a, której zarazek zaatakował stawy dopiero w późnym okresie choroby.

Przykład Nr. 2.

Henryk K. lat 9. Przed 5 laty stwierdzono u chorego po przebytej „grypie” wadę serca. Przed rokiem gorączka i nieznaczne bóle stawowe. Na 10 dni przed przybyciem do kliniki gorączka, duszność, bicie serca. Stwierdzono niedomykalność zastawki tętnicy głównej, częste tętno, duszność, oraz gorączkę, co pozwoliło rozpoznać czynne zapalenie wsierdzia. Później zjawił się szmer tarcia osierdzia, wysięk w osierdziu, oraz w obydwu opłucnych. Duża duszność zmusiła do wypuszczenia płynu z opłucnej i osierdzia bez wpływu na stan ogólny pacjenta. Dopiero dalsze leczenie (patrz przykład Nr. 6) dało pożądaną wytnik.

Rozpoznanie: Morbus rheumaticus, Endomyopericarditis. Insuff. valv. aortae. (Endocardiosclerosis). Pleuritis exsudativa rheum.

W tym przypadku zwraca uwagę wystąpienie objawów stawowych dopiero po upływie 4-ch lat od czasu stwierdzenia wady serca.

Po uświadomieniu sobie tego faktu byłoby poprostu absurdem uważać zapalenie serca i innych narządów za powikłania. Pojęcie „powikłanie” naogół jest w medycynie zbyt nadużywane, zaciemnia ono częstokroć istotę sprawy. Dotyczy to zwłaszcza zapalenia wsierdzia, mięśnia sercowego oraz osierdzia. *Bezançon* i *Weil* czynili nawet próbę przerzucenia punktu ciężkości na serce. Autorzy ci chcieli uważać serce za pierwotne ognisko reumatyzmu, zaś stawy za przejaw wtórny. Jednak najnowsze badania dowiodły, że serce nie jest pierwotnym siedliskiem ognisk reumatycznych, jest nim, być może, tkanka okołomięśniowa.

Najlepiej więc będzie, jeżeli zarówno pojęcie powikłania, jak też objawu wtórnego, naogół wykreślimy z naszej terminologii w stosunku do choroby Bouillaud'a. Jest bowiem niesłuszne nazywać „powikłaniem” takie schorzenie narządu, które zostało wywołane przez zasadniczy czynnik etiologiczny. Z tych więc względów zarówno zapalenie opłucnej jak też o wiele radsze zapalenie otrzewnej, a wreszcie i reumatyczne zapalenie płuc (bynajmniej nie rzadkie) winny być ujmowane jako przejawy choroby Bouillaud'a, podobnie jak przejawami zakażenia gruźliczego jest gruźlicze zapalenie opłucnej i otrzewnej, gruźlica nerek i serowate zapalenie płuc.

Choroba Bouillaud'a nie może być zaliczana do rzędu ostrych chorób zakaźnych jak płonica, błonica lub dur brzuszny. Charakterystyczną cechą tych ostatnich jest bowiem określony czas trwania choroby, po którym następuje wyzdrowienie lub śmierć. Pod tym względem choroba Bouillaud'a podobna jest do ostrych chorób zakaźnych jedynie przy powierzchownem wejrzeniu. Pogłębienie jednak kliniczne i anatomo-patologiczne mówi nam, że jest to choroba przewlekła. Ostro rozpoczynający się reumatyzm stawowy, dający ostre objawy zapalenia wsierdza, mięśnia sercowego i osierdza, po pewnym czasie, głównie przy sprzyjającym leczeniu, przestaje dawać objawy kliniczne: ciepłota opada, niepokój, duszność i częste tętno powracają do normy. Jednakże jest to okres tylko pozornego zacisza; dotyczy to szczególnie dzieci. Zazwyczaj już po kilku miesiącach, po roku lub kilku latach znów występują objawy o cechach zapalnych, w ulubionych przez reumatyzm narządach. Sprawa posuwa się dalej, wada serca, która powstała po pierwszym okresie, zwiększa się. Potem znów przychodzi okres względnego zacisza, aby po pewnym czasie zjawił się „znowu stan ostry”. Tymczasem jest to nic innego, jak tylko obostwienie cierpienia przewlekłego, w którym okresy zdrowia były właściwie tylko okresami choroby, tłącej poniżej progu spostrzegania klinicznego. Anatomja patologiczna uczy nas, że każdemu obostwieniu sprawy reumatycznej w sercu odpowiadają wspomniane już wyżej 3 okresy rozwoju ogniska reumatycznego. W momencie ustępowania objawów wysiękowo-uszkodzających, zauważamy już poprawę w stanie ogólnym chorego, obniżenie się ciepłoty, uspokajanie się akcji serca. Okres wytwarzania się guzków Aschoffa jest okresem czynnej sprawy chorobowej, choć objawów klinicznych możemy wówczas nie stwierdzać. Na podstawie tych wszystkich danych możnaby było chorobę Bouillaud'a uważać do pewnego stopnia za chorobę ostrą, trwającą coprawda 4 do 6 miesięcy. Jednakże w dużej liczbie przypadków zaraz po dojściu do okresu włóknienia (bliznowacenia)

powstają nowe ogniska wysiękowo-uszkodzające i wówczas choroba przybiera postać również i klinicznie przewlekłą. Tego rodzaju przypadki, w których powstają coraz to nowe ogniska wysiękowo-zwyrodniające, klinicznie zaś spostrzegamy wysoką gorączkę, ogólny stan toksyczny, ciężkie objawy ze strony mięśnia sercowego, a bardzo często star zapalny osierdzia i opłucnej — są również do pewnego stopnia charakterystyczne dla wieku dziecięcego. W innych zdążyła już wytworzyć się blizna, ale po pewnym czasie, w najbliższym sąsiedztwie blizny, powstają nowe ogniska wysiękowe. Niezależnie od tego, czy źródłem powstawania nowych ognisk jest zarazek, zawarty w danym ognisku, czy też zostało ono wywołane przez czynnik, który zawędrował tutaj skądinąd, z ustroju lub zzewnątrz (reinfekcja), trudno jest mówić o chorobie Bouillaud'a jako o ostrej chorobie zakaźnej czyto z punktu widzenia anatomicopatologicznego, czyto klinicznego. Są to właściwie tylko ostre, cykliczne okresy, przewlekłego cierpienia.

Przykład Nr. 3.

Danuta K. lat 5. Przybyła do kliniki w 29 dniu choroby, w stanie średnio ciężkim z objawami niedomogi mięśnia sercowego, zajęcia pojedynczych stawów i z gorączką. Stwierdzono niedomykalność zastawki dwudzielnej. Po odpowiednim leczeniu poprawa. Wypisana po 6-tygodniowym pobycie w klinice na żądanie rodziny. Po miesiącu wróciła do kliniki. W domu nie przestrzegano przepisane go leczenia. Ponownie gorączka, bóle w stawach, duszność. Po 3-tygodniowym leczeniu poprawa. Znowu wypisana na żądanie rodziców i w domu znowu nie przestrzegano zleceń lekarza. Powróciła do kliniki po 4-ch tygodniach w ciężkim stanie z objawami: Endomyopericarditis et pleuritis exsudativa. Energiczne leczenie salicyłem, pyramidonem i atophanem w ciągu dwóch miesięcy spowodowało ustąpienie objawów zapalnych z pozostawieniem jednak wady serca i objawów niedomogi mięśnia sercowego.

Przypadek charakteryzuje chorobę Bouillaud'a jako cierpienie przewlekłe.

Klinika reumatycznych schorzeń serca jest wszystkim znana. Chciałbym tutaj wspomnieć jedynie o pewnych szczegółach, których znajomość jest dopiero owocem badań lat ostatnich.

Że obecność szmeru nie jest koniecznie wyrazem wady serca, o tem wszyscy bardzo dobrze wiemy. Szmer w przebiegu choroby Bouillaud'a może powstać, i ma to miejsce bardzo często, wskutek osłabienia mięśni zastawek w następstwie zmian zapalnych. Naogół mięsień sercowy, przy-

najmniej u dzieci, cierpi wcześniej i silniej aniżeli wśierdzie. Schorzeniu właśnie tej części serca, nie zaś wśierdzia, należy przypisać większość objawów klinicznych jakto: przyśpieszenie i niemiarywość tętna, niepokój, błądność połączoną z sinicą, duszność, rozszerzenie granic serca i głucho tony. Szmer powstający w pierwszych kilku tygodniach rozwijającego się dopiero reumatyzmu serca, wbrew panującym dotąd poglądom, temu raczej mechanizmowi zawdzięcza swoje powstanie. Ani okres wysiękowo-uszkodzeniowy na osierdziu, ani też wytwórczy — nie są jeszcze dostatecznym warunkiem do powstania niedomykalności względnie zwężenia (*Jegorow*). Wada anatomiczna serca powstaje dopiero w okresie tworzenia się blizny, kurczenia się zastawek (*Endocardiosclerosis*). Sprawa ta posiada duże znaczenie ze względu na rokowanie i leczenie. Nie każdy bowiem szmer dowodzi obecności zmian na zastawkach, a co więcej zmian nieodwracalnych, będących podłożem wady serca. Leczenie, o ile potrafi zahamować sprawę chorobową przed okresem wytworzenia się blizn, może dać całkowite wyleczenie pod względem klinicznym, zaś prawie idealne i pod względem anatomicznym.

Przykład Nr. 4.

Szymek R. lat. 7. Jesienią roku 1933 stwierdzono objawy stawowe, gorączkę, duszność, bicie serca, częste tętno. Szmer skurczowy u wierzchołka bez akcentacji drugiego tonu na pulmonalis. Po leczeniu salicylem i pyramidonem ustąpiły objawy gorączkowe, utrzymywał się początkowo szmer u wierzchołka. Przy badaniu po upływie pół roku brak szmeru. Następne okresowe badania wykazują brak objawów chorobowych ze strony serca.

W tym przypadku mieliśmy do czynienia albo tylko ze schorzeniem mięśnia sercowego, a stąd względną niedomykalnością zastawki dwudzielnej, lub też dodatkowo z pierwszym okresem zapalenia na zastawkach z następowem wessaniem się ogniska zapalnego.

Zapalenie mięśnia sercowego u dzieci góruje nad zapaleniem wśierdzia. Znacznie częściej, aniżeli u dorosłych, występuje też wysiękowe zapalenie osierdzia. Częstość schorzenia poszczególnych części składowych serca u dzieci zwiększa się od środka (wśierdzie) do obwodu (osierdzie) w porównaniu z dorosłymi. Jeżeli wliczymy do tego i cały układ naczyniowy, będący niejako przedłużeniem wśierdzia, to stosunek ten staje się jeszcze bardziej rażący. Zdaje się bowiem, na zasadzie poglądów zdobywających sobie coraz bardziej prawo obywatelskie, że du-

ży odsetek odsetek miażdżycy naczyń u ludzi starszych jest wywołany przez czynnik reumatyczny (*Veil, Jegorow*); u dzieci w przebiegu choroby Bouillaud'a zmiany kliniczne w naczyniach obwodowych znajdujemy nie często. Natomiast badania anatomo-patologiczne przypadków śmiertelnych wykazują zmiany w naczyniach nawet u dzieci z tą tylko różnicą, że są one względnie niewielkie, ustępują na dalszy plan w stosunku do zmian w innych narządach (serce). Fakt obecności zmian w naczyniach jest zupełnie zrozumiały, gdyż naczynia krwionośne są pochodzenia mezenchymalnego. U ludzi starszych naczynia są narządem ulubionym do usadawiania się w nim zmian reumatycznych.

Reumatyczne zapalenie opłucnej jest również objawem niejako swoistym dla wieku dziecięcego. Przeważnie występuje ono w zespole z innymi przejawami reumatyzmu. Nieraz jednak może występować i samoistnie. Różnicowanie z zapaleniem gruźliczym nie jest wówczas łatwe. Przez dziesiątki lat w przypadkach wątpliwych, przy obecności jałowego płynu z przewagą limfocytów, rozpoznawaliśmy raczej sprawę gruźliczą. Niewątpliwie była w tem pewna przesada. Nie miejsce tutaj na omawianie metod różnicowego rozpoznawania. Chcemy tylko podkreślić, że reumatyczne samoistne zapalenie opłucnej napewno jest bardziej częste, aniżeliśmy do tej pory przyjmowali. Przy tem przewaga limfocytów w płynie jeszcze niekoniecznie przesądza sprawę w kierunku gruźlicy. Spotykamy bowiem w klinice niewątpliwe przypadki choroby Bouillaud'a (endomyopericarditis), gdzie w płynie z opłucnej znajdujemy przewagę komórek jednojądrzastych.

Reumatyczne zapalenie płuc (pneumonia rheumatica) jest jednostką zupełnie dotąd nieznaną ogółowi naszych lekarzy. Francuscy autorzy już dawno zwracali na nią uwagę. Towarzyszy ono przeważnie ciężkim sprawom reumatycznym serca. Występuje zazwyczaj gwałtowna duszność, męczący kaszel, ból w klatce piersiowej, nieraz krwiopłucie. Objawom tym towarzyszy nieznaczna tylko gorączka. Badaniem fizykalnem stwierdzamy objawy ogniska w mięszu płucnym. Sprawa trwa krótko, zazwyczaj tylko kilka dni, poczem wszystkie objawy, zarówno kliniczne jak i fizykalne, szybko cofają się. Podłożem anatomicznym tego przejawu reumatyzmu jest krwiotoczne zapalenie tkanki płucnej. Niemal we wszystkich przypadkach sekcyjnych znajdujemy ogniska o podobnym charakterze. W pojedynczych przypadkach znajdowano tutaj również i guzki Aschoffa. Badania te dowodzą, że czynnik reumatyczny nie oszczędza również i płuc.

Przykład Nr. 5.

Warda L. lat 7. Zachorowała na 2 lata przed przybyciem do szpitala wśród objawów polyarthritis i endocarditis. W międzyczasie bóle stawowe. Przybyła do kliniki powodu duszności i gorączki. Stwierdzono obostrzenie sprawy zapalnej w osierdziu. W klinice poprawa. Po 8 dniach występuje nasilająca się duszność, częste tętno przy normalnej ciepłocie; bóle w klatce piersiowej, męczący kaszel. Stwierdzono pod obojczykiem wybitne stłumienie, oskrzelowy oddech, trzeszczenia. W ciągu czterech dni stan ciężki utrzymuje się, poczem ustępują objawy fizykalne i następuje szybko ogólna poprawa.

W tym przypadku, po wykluczeniu ostrego obrzęku płuc, zawału i wreszcie zapalenia płuc, należy rozpoznać sprawę zapalną o etiologii reumatycznej.

Nerki w przypadkach sekcyjnych z reguły mają zmiany w naczyniach. I tutaj znajdowano twory, zbliżone do guzków Aschoffa. Objawy kliniczne zapalenia nerek w przebiegu choroby Bouillaud'a są naogół łagodne. Należy podnieść możliwość znaczenia etiologicznego reumatyzmu w samoistnie występującem zapaleniu nerek. Wraz z kolegą Bielobradkiem zajmujemy się tą sprawą i tutaj doszliśmy do wniosku, iż prawdopodobnie szereg schorzeń nerek zawdzięcza swe pochodzenie etiologii reumatycznej.

W dzisiejszym odczycie mam omówić przedewszystkiem klinikę gościa u dzieci. Z natury jednak rzeczy musi nas interesować etiologia i patogeneza choroby Bouillaud'a. Wyjaśnienie bowiem tej sprawy wpłynie w dużym stopniu na metody zapobiegawcze i lecznicze i nada kierunek naszym dalszym badaniom naukowym, dotyczącym tej do dziś dnia jeszcze „niewyjaśnionej i nieokreślonej“ według Balloniusa choroby. Zasadniczo walczą tutaj z sobą obecnie dwa kierunki. Jeden kierunek, co do pochodzenia starszy, ujmuje chorobę Bouillaud'a, jako cierpienie, wywołane przez swoisty zarazek. Pogląd ten jednocześnie chce odgraniczyć chorobę Bouillaud'a od innych przewlekłych cierpień stawowych (pierwotnie przewlekłe zapalenie stawów, artrosis deformans). Teoria zakaźna jest reprezentowana przez dwie grupy badaczy o odmiennych poglądach. Jedni z nich sądzą, że zarazek należy do grupy tworów nieznanych, prawdopodobnie niewidzialnych. Druga grupa badaczy przypisuje znaczenie etiologiczne paciorkowcom o swoistych własnościach. Paciorkowce takie były hodowane ze krwi oraz jamy

nosowo-gardzielowej chorych, zaś jad otrzymany z tych paciorkowców dawał odczyny skórne znacznie częściej u chorych aniżeli u osobników zdrowych. Twierdzenie to nie zostało potwierdzone przez innych badaczy. Drugi pogląd, reprezentowany głównie przez niemiecką szkołę *Klinge'go*, chce sprowadzić chorobę Bouillaud'a, również niemal i wszystkie schorzenia stawów, do zjawiska alergicznego. Zwolennicy tego poglądu uważają, że nie istnieje swoisty dla reumatyzmu zarazek, lecz że przy pewnem nastawieniu ustroju, przy pewnem jego „uczuleniu” lub przestrojeniu odpowie on na wszelki czynnik bakteryjny odczynem alergicznym, właśnie pod postacią odczynu reumatycznego.

Teoria alergiczna, która w przeciwstawieniu do teorii poprzedniej usuwa na plan dalszy czynnik wywołujący, czyli mikroorganizm, a wysuwa na plan pierwszy ustrój ludzki, posiada również dwa kierunki. Jedni uważają, że wszelkiego typu paciorkowce, znajdujące się w ogniskach zapalnych ustroju, zdolne są uczulić ustrój i dać w odpowiedniej chwili odczyn w postaci ostrego napadu choroby. Drudzy chcą przypisać tę zdolność uczulania i wywoływania odczynu reumatycznego na podłożu tego uczulenia — wszelkim bakterjom. W ten sposób zostaje zatarta granica między ostrym a przewlekłym reumatyzmem, jak również pomiędzy reumatyzmem a zwalniającem zapaleniem wosierdzia (endocarditis lenta). Wszystko bowiem, w myśl tego poglądu, zależy nie od zarazka a od odmiennego alergicznego nastawienia ustroju. Również zaciera się granica pomiędzy chorobą Bouillaud'a a reumatoidami, wywołanemi przez działanie jadu gruźliczego, kiłowego, względnie płonniczego na stawy. W myśl tej koncepcji reumatoidy są niczem innym jak alergicznym odczynem uczulonych stawów na bakterje, które przy odmiennym sposobie oddziaływania ustroju dają zmiany gruźlicze, kiłowe i wreszcie ropne.

Mnóstwo doświadczeń laboratoryjnych, badania anatomo-patologiczne, prowadzone przez szkołę *Klinge'go* oraz jego zwolenników, badania wykonane rzeczywiście z wielkim nakładem pracy a oparte na podstawach gruntownej wiedzy anatomicznej, mają świadczyć o słuszności tego poglądu. Moim zdaniem podobne podejście do zagadnienia reumatyzmu jest conajmniej nieuzasadnione, jeżeli nie całkowicie błędne; ze zjawisk spostrzeganych w przebiegu reumatyzmu zostało wyodrębnione jedno z nich, rzeczywiście tam występujące, a mianowicie zjawisko alergji. Zakryło ono jednak wspomnianym badaczom widnokrąg, gdzie dopiero odbywają się najważniejsze zjawiska, których analiza może przynieść rozwiązanie zagadnienia reumatyzmu (etiologia i patogeneza). Wszystko co się pisze o stanie i zjawiskach alergji w reumatyzmie nie

jest charakterystyczne dla tej choroby. Stan alergii jest niezbędnym warunkiem do wystąpienia jakiejkolwiek bądź choroby zakaźnej. Zjawisko alergii zaś jest podstawowym podłożem objawów chorobowych każdej choroby zakaźnej (patrz *H. Brokman* monografie z dziedziny Pedjatrii, w druku). Dotyczy to zarówno chorób ostrych jak i przewlekłych. Oczywiście zjawiska alergiczne, zjawiska chorobowe, występujące w chorobie *Bouillaud'a* są dla tego cierpienia do pewnego stopnia swoiste. Dotyczy to choćby guzka *Aschoffa*. W podobny sposób dla gruźlicy jest charakterystyczny i swoisty gruzełek. W gruźlicy stany i zjawiska alergii stanowią również patogenetyczne podłoże całego przebiegu tej choroby. Jednakże nikomu nie przyjdzie na myśl uważać gruźlicę za chorobę nieswoistą, wyczerpującą się określeniem choroby alergicznej. Szczęśliwie bowiem dla gruźlicy okres nie dość krytycznej mody na alergję został poprzedzony przez odkrycie Kocha. Natomiast zarzek choroby *Bouillaud'a* czeka dopiero na swego odkrywcę, a w każdym bądź razie dalsze prace nad etjologją i patogenezą tej choroby winny brać pod uwagę możliwość istnienia swoistego dla tej choroby zarazka.

Znaczenie anginy w patogenezie choroby *Bouillaud'a* nie zostało dotąd wyjaśnione. Zwolennicy teorii alergicznej podkreślają, że ostry napad choroby występuje zazwyczaj po upływie trzech tygodni po przebyciu zapalenia migdałków. Angina więc uczuła na paciorkowce, które nie giną, lecz po trzech tygodniach dają odczyn alergiczny. Przypadki takie rzeczywiście spostrzegamy, jednakże podobna chronologia zjawisk nie dotyczy wszystkich przypadków. Zdaniem naszym częściej angina występuje prawie jednocześnie z pierwszymi objawami reumatycznymi, względnie poprzedza je zaledwie o 3 do 4 dni. Wydaje się prawdopodobne, że w tych ostatnich przypadkach angina jest jednym z przejawów choroby *Bouillaud'a*, z odnowieniem się odczynów zapalnych w tkance około-migdałkowej, gdzie, jak wiemy, znajduje się bardzo dużo swoistych ognisk reumatycznych. *Gräff* uważa, że pierwotne ognisko zakażenia reumatycznego właśnie tutaj się znajduje. Przypuszczenie to jest całkowicie możliwe. Dalszą konsekwencją tego przypuszczenia byłby pogląd, że wszyscy niemal ludzie, podobnie jak to ma miejsce w stosunku do gruźlicy, są zakażeni reumatyzmem. U jednych ludzi sprawa ogranicza się do niewinnych zmian okołomigdałkowych, u innych zaś uogólnia się, dając objawy sercowe i stawowe. Bardzo być może, że spostrzegane nieraz gorączki niewiadomego pochodzenia lub też stany podgorączkowe, są odpowiednikiem właśnie tego łagodnego zakażenia reumatycznego. Jest to zagadnienie dla przyszłych badań.

Pogląd nasz na powszechne zakażenie ludzi jadem reumatycznym, pogląd o ile nam wiadomo przez nikogo dotąd nie wypowiedany, zamierzamy uzasadnić drogą odpowiednich badań.

W patogenezie reumatyzmu odgrywają dużą rolę przewlekłe sprawy zapalne, toczące się w migdałkach, w jamach obocznych koła korzeni zębowych, w woreczku żółciowym, w narządach rodnych kobiet, w miedniczkach nerkowych, a nawet i w przewodzie pokarmowym. Szkoła Klingego sądzi, że ogniska te są źródłem z jednej strony wywoławcza (antygeny), który uczuła ustroj, wprowadzając go w stan alergii. Z drugiej zaś strony ten sam wywoławcz, znajdujący się w ogniskach zapalnych, wywołuje odczyny reumatyczne ustroju uczulonego, „przestrojonego” do stanu alergii. Ogniska takie rzeczywiście odgrywają poważną rolę w patogenezie reumatyzmu (co prawda częściej przewlekłego aniżeli choroby Bouillaud'a), hamują wyleczenie ognisk reumatycznych w sercu, sprzyjają powstawaniu obostrzeń. Posiada to duże znaczenie praktyczne z punktu widzenia zapobiegania oraz leczenia. Zachęca to nas do higieny zapobiegawczej w tym kierunku, do usuwania wszelkich przewlekłych ognisk zapalnych, znajdujących się w ustroju, a szczególnie do utrzymywania w idealnym porządku jamy ustnej. Już w przebiegu samego reumatyzmu często jesteśmy skłonni do usuwania migdałków i wyrosli. Zabieg ten jednak, ze względu na niebezpieczeństwo obostrzenia sprawy, z reguły wykonywamy nie wcześniej niż po upływie 2—3-ch miesięcy od początku ostatniego obostrzenia choroby. Jednak stwierdzenie tego ważnego faktu klinicznego bynajmniej nie przesądza sprawy na korzyść teorii alergicznej.

Zapobieganie chorobie Bouillaud'a jest dziedziną, która dopiero czeka na szczegółowe opracowanie. Ogólnie używane sposoby zapobiegania cierpieniom reumatycznym, nie dadzą wyniku, dopóki nie będziemy znali zarazka reumatyzmu, nie ustalimy sposobu jego przenoszenia się i wnikania do ustroju; również nie będzie można mówić o postępowaniu zapobiegawczem w sensie izolacji, ochrony przed źródłem zakażenia i o szczepieniach ochronnych. Nie jest to sprawa jednak beznadziejna i w obecnym stanie wiedzy. Wiemy bowiem, że szczepienia *Jennera* były wprowadzone bez znajomości zarazka ospy, jedynie na podstawie logicznego rozumowania biologiczno-klinicznego. Z punktu widzenia zapobiegania (a tutaj już zagadnienie zapobiegania styka się z leczeniem) najważniejsza byłaby umiejętność wykrywania przypadków choroby Bouillaud'a we wczesnym okresie. Udoskonalenie naszych metod badania klinicznego, częste posiłkowanie się badaniem elektrokardiograficznym, pozwoliłoby stwierdzić początkowe zmiany w mięśniu sercowym

a przez zastosowanie leczenia, możnaby zapobiec dalszemu rozwojowi choroby. Wielkie znaczenie posiadałby tutaj odczyn, na wzór odczynu tuberkulinowego lub Wassermanna. Obecnie robimy badania wraz z drem *J. Brillem* i *P. Jadwigą Frenzlową* nad opracowaniem takiego odczynu. Do odczynu tego używamy: surowicy chorego, wyciągu z wątroby dziecka, zmarłego na chorobę Bouillaud'a i układu hemolitycznego, używanego do każdego odczynu Bordet-Gengou (odchylenie dopełniacza) a szczególnie do odczynu Wassermanna. Dotychczasowe nasze wyniki są bardzo pomyślne w typowych przypadkach choroby Bouillaud'a. Mamy nadzieję, że przy ostrzejszym nastawieniu odczynu będzie można rozpoznać za pomocą niego i wczesne przypadki choroby Bouillaud'a ¹⁾.

Leczenie choroby Bouillaud'a u dzieci jest wdzięcznym zadaniem pod warunkiem, aby leczenie rozpocząć we wczesnym okresie, energicznie i konsekwentnie postępować również w okresie bezobjawowym. Ponieważ ostry okres anatomiczny trwa około dwu do trzech miesięcy, należy chorego trzymać conajmniej dwa miesiące w łóżku, nawet gdy nie ma gorączki i nie ma zmian w sercu. Leczenie nasze ma na celu zwalczanie odczynu wysiękowo-uszkodzającego. Wiemy, że w tym okresie możliwe jest jeszcze całkowite wessanie się wysięku zarówno w mięśniu sercowym jak i we wsierdziu, bez pozostawienia po sobie trwałych zmian. Posiadamy trzy środki farmakologiczne, działające leczniczo: Natrium salicylicum (lub Aspirina), Pyramidon (preparat oryginalny, namiastki posiadają mniejszą wartość) i Atophan lub też Novatophan, Atochinol etc.

Natrium salicylicum jest potężnym środkiem w leczeniu ostrego okresu choroby Bouillaud'a. Mówi się często o przypadkach opornych na salicyl. Zdaniem moim nie ma przypadków niepoddających się leczeniu salicylatami, są raczej tylko okresy salicylo-oporne. Z podobnym stanem rzeczy mamy do czynienia w władzie rdzenia i niedowładzie postępującym; schorzenia te są okresami kiły, charakteryzującymi się opornością na wszelkie środki przeciwkiłowe. Stosujemy salicyl w dawce conajmniej jednego grama na jeden rok życia. Celem uniknięcia objawów zatrucia (zakwaszenia) podajemy jednocześnie natrium bicarbonicum w dawkach tych samych co salicyl. Dawek tych nie zmniejszamy w ciągu dwu miesięcy. Jeśli chory nie znosi salicylu per

¹⁾ Istniejące do tej pory odczyny, oparte zresztą na zupełnie innych zasadach, jako to: Buchsztaba (leukopenja pod wpływem ochładzania skóry), Nestera (leukopenja pod wpływem wstrzyknięcia kwasu salicylowego), Buchholca-Veila (obniżanie się poziomu dopełniacza) — nie mogą być z natury rzeczy swoiste dla gościa.

os podajemy w ławatywie dwa razy dziennie po pół dawki dziennej następującego roztworu: Natrii salicyli 10.0, aqua dest. ad 60.0; w ciężkich przypadkach podajemy też nieraz salicyl do żyły — pół do jednego grama na 10 gramów 20% -owego roztworu glukozy.

Pyramidon winien być podawany w każdym przypadku schorzenia serca jednocześnie z salicylem w dawce od 1 do 2 gramów pro die. Dawki te są bardzo dobrze znoszone. W przypadkach, gdzie salicyl nieraz nie daje dostatecznego wyniku, pyramidon odrazu zmienia stan rzeczy. Bywa jednak i odwrotnie. Pyramidon sam przez się nie wywiera wpływu, dodatek salicylu powoduje poprawę. Nauczeni tem doświadczeniem z reguły podajemy jednocześnie obydwa preparaty.

Przykład Nr. 6.

Henryk K. (patrz Nr. 2 i 4). Od pierwszego dnia pobytu w klinice dziecko chore na endomyopericarditis i pleuritis dostawało po 6 gramów salicylu dziennie. Nie osiągnięto poprawy. Po zastosowaniu jednego grama pyramidonu dziennie, ciepłota opadła, krążenie i oddychanie uległo poprawie, płyn w osierdziu zaczął szybko ustępować, w płucnej powolnie lecz stale.

W tym przypadku dodatek pyramidonu do salicylu wywarł wpływ bardzo korzystny.

Atophan podajemy tylko tam, gdzie salicyl i pyramidon nie wywierają dostatecznego działania, gdyż preparat ten może mieć ujemne działanie na wątrobę i może wywołać żółtaczkę. Przypadki te nie są częste, jednakże stosując ten preparat należy stale kontrolować mocz na obecność barwników żółciowych, a w razie ich stwierdzenia, co wskazuje na uszkodzenie wątroby, przestajemy podawać atophan. Dawki wynoszą od $\frac{1}{2}$ do 1 gr. dziennie (Jegorow daje dorosłym do 3-ch gramów). Wpływ korzystny na objawy zapalne przejawia się niejednokrotnie w sposób niewątpliwy.

Występujące częstokroć w przebiegu sprawy reumatycznej zaburzenia w układzie krążenia wymagają leczenia według ogólnie przyjętych prawideł. Należy jednakże zdać sobie sprawę z tego, że środki narsercowe i naczyniowe przeważnie zawodzą i zawieźć muszą w przypadkach niedomogi, występującej w ostrym okresie choroby Bouillaud'a. Niedomoga ta jest bowiem uwarunkowana obecnością świeżych ognisk zapalnych w samym mięśniu sercowym a szczególnie w aparacie prze-

wodzącym przedsionkowo-komorowym, zatem w układzie nerwowym serca, a wreszcie w samych naczyniach krwionośnych. Jedynie podane wyżej leczenie przeciwzapalne, przeciwreumatyczne może wpłynąć korzystnie na czynność układu krążenia. W ten sposób salicyl i pyramidon stają się w pewnych warunkach środkami w większym stopniu „nasercowemi”, aniżeli inne, należące oficjalnie do tej grupy (kofeina, narstnica i t. d.). W naszym materiale klinicznym możemy zanotować szereg przypadków, w których po podaniu wymienionych środków nie tylko zauważyliśmy spadek ciepłoty ale jednocześnie spadek częstości tętna, ustąpienie duszności oraz sinicy. Jest to fakt ogromnej wagi z punktu widzenia praktycznego, ustalony przez medycynę dopiero w ostatnich czasach.

Najważniejszym naszym zadaniem w leczeniu (i tutaj znów leczenie ściśle łączy się z zapobieganiem) jest odpowiednie traktowanie chorych dzieci po ustąpieniu pierwszego ostrego okresu reumatyzmu. Naszym celem jest zapobiec obostrzeniom i wystąpieniu nowych ognisk wyśiękowo-uszkodzających, gdyż te właśnie tak zwane nawroty, a właściwie obostrzenia, prowadzą w końcu do nieodwracalnych zmian w sercu. To też już od roku 1930 wypracowaliśmy sposób postępowania, który zastosowaliśmy, nie wiedząc że istnieje podobna metoda niektórych przedstawicieli szkoły francuskiej. Mianowicie po dwóch miesiącach leczenia pełnymi dawkami, stopniowo zmniejszamy je w sposób następujący: w ciągu najbliższego miesiąca dajemy $\frac{2}{3}$ poprzednich dawek (salicylu względnie salicylu z pyramidonem), w następnym miesiącu dajemy $\frac{1}{3}$ pierwotnej dawki, później (w piątym miesiącu leczenia) dawka pozostaje ta sama, lecz stosujemy ją co drugi dzień. W szóstym miesiącu leczenia zatrzymujemy się na dawce ostatniej, podając ją 2 razy w tygodniu. A więc dziecko 6-cio letnie w dwóch pierwszych miesiącach leczenia otrzymuje dziennie 6 gramów salicylu i półtora grama pyramidonu. W trzecim miesiącu 4 gr. salicylu i 1 gram pyramidonu, w czwartym 2 gramy salicylu i $\frac{1}{2}$ grama pyramidonu, w piątym 2 gramy salicylu i $\frac{1}{2}$ grama pyramidonu 3 razy tygodniowo, w szóstym miesiącu 2 gramy salicylu i $\frac{1}{2}$ grama pyramidonu 2 razy tygodniowo. Leczenie takie utrzymujemy jeszcze przynajmniej przez cały rok. Opierając się na naszych dotychczasowych wynikach, jedynie w ten sposób można zabezpieczyć chorego przed t. zw. nawrotami (obostrzeniami). Podobne traktowanie chorych jest szczególnie konieczne w stosunku do dzieci, u których skłonność do dawania obostrzeń, jak już wyżej zaznaczyliśmy, jest znacznie większa, aniżeli u dorosłych.

Przykład Nr. 7.

Mieczysława D. Lat 8. W roku 1933 jesienią w klinice chorowała na ciężkie zapalenie stawów, zapalenie wsierdza, mięśnia sercowego i osierdza, a po poprawie pozostała wada zastawki dwudzielnej. W ciągu półtora roku była stale leczona salicyłem. Od tego czasu brak wszelkiego obostrzenia, dobre samopoczucie. Wada serca utrzymuje się.

Przykład Nr. 8.

Henryk K. (patrz Nr. 2 i 6). Po okresie poprawy (endomyopericarditis i pleuritis) na żądanie rodziców wypisany do domu. W domu nie leczony odpowiednio, prawie nie dostawał salicylu, jedynie środki wzmacniające. W ciągu 4 miesięcy kilkakrotne obostrzenie sprawy w sercu. Potem zgłosił się do ambulatorjum kliniki. Konsekwentne leczenie kilkomiesięczne salicyłem i pyramidonem spowodowało szybką poprawę i brak obostrzeń w ciągu półroczna. Wada serca utrzymuje się.

Dwa powyższe przypadki wskazują jak konieczne jest następowe długotrwałe leczenie po ustąpieniu ostrych objawów.

Przykład Nr. 9.

Ryszard Z. lat 12. Jesienią roku 1934 endocarditis exacerbans, insuff. valv. mitralis. Caries dentium. Tonsilitis chronica desquamativa caseosa.

Usunięcie zęba i migdałków. W ciągu ośmiu miesięcy leczenie salicyłem. Brak wszelkich obostrzeń. Wada utrzymuje się.

W tym przypadku prócz następowego długotrwałego leczenia salicyłem dobry wynik należy przypisać również usunięciu przewlekłych ognisk zapalnych.

Ta metoda leczenia choroby Bouillaud'a, która jednocześnie jest i metodą zapobiegawczą, zdaniem naszym, nie powinna należeć do zakresu działania tylko lekarza praktyka. Winna się stać metodą medycyny społecznej. W tym celu jest niezbędna rejestracja chorych, a zwłaszcza dzieci, które przebyły w jakiegokolwiek postaci (stawowej, sercowej, opłucnowej) chorobę Bouillaud'a. Dzieci te winny znajdować się pod stałą opieką ad hoc utworzonych stacyj reumatycznych. Mogłyby to być stacje już istniejące, lecz jeszcze lepiej odpowiedziałyby swemu zadaniu

stacje czysto pediatryczne. Dotychczas bowiem istniejące stacje przeciwreumatyczne nastawione są na choroby stawowe, które wśród dzieci, jak widzieliśmy wyżej, tylko w znikomym odsetku są alarmującym sygnałem ciężkiego ogólnego schorzenia. W naszym pojęciu byłyby to stacje obejmujące raczej chorych na serce. Przy odpowiedniej organizacji, uświadomieniu i zainteresowaniu ogółu lekarzy tego rodzaju ujęciem sprawy leczenia i zapobiegania chorobie Bouillaud'a, moglibyśmy osiągnąć niegorsze, a może i jeszcze lepsze wyniki, aniżeli w gruźlicy. Ze tego rodzaju zogniskowanie naszych wysiłków posunęłoby sprawę badań nad reumatyzmem, umożliwiłoby postęp w tej dziedzinie, jest sprawą dla wszystkich jasną.

Nawiasem chcemy podkreślić, że leczenie płasawicy, czyli mózgowej postaci reumatyzmu, całkowicie pokrywa się z leczeniem innych przejawów choroby Bouillaud'a. Zarówno salicyl jak pyramidon winny być stosowane w tych samych dawkach i równie długo, zwłaszcza tam, gdzie występują objawy ze strony serca. Dodatkowo zazwyczaj podajemy wypróbowany w płasawicy arsenik, pozatem środki uspokajające jak brom, luminal (gardenal). Nirvanol, wprowadzony przed 10 laty i rzeczywiście nieraz pomocny, nadaje się wyłącznie do leczenia szpitalnego i to w przypadkach wyjątkowo opornych ze względu na swe działanie toksyczne. Powoduje bowiem często znikanie we krwi granulocytów oraz wysypkę, nieraz o charakterze krwiotocznym.

Prócz klasycznego leczenia choroby Bouillaud'a, tam gdzie środki te zawodzą, czynione były próby stosowania tryptaflawiny, zastrzyków krwi celem wzmocnienia działania salicylu, dalej soli srebra i złota, oraz siarki. Tutaj znajdujemy się dopiero w okresie wstępnych prób. Również interesujące są próby, mające na celu wzmożenie działania salicylu przez stosowanie prądu elektrycznego, bądź to w postaci diatermji i krótkich fal, bądź też prądu galwanicznego. W obydwu przypadkach chory otrzymuje na 15 minut przed zabiegiem salicyl per os lub do żyły. Diatermja i krótkie fale wywołują większe ukrwienie serca (stosowane są właśnie na okolicę serca) i stąd powodują lepszy dowóz salicylu. Diatermja i krótkie fale działają na tętniczki serca w obrębie nacieczenia zapalnego oraz na włókna nerwowe. W ten sposób zostaje zniesiona barjera pomiędzy tętniczkami i tkanką zapalną a pozatem komórki guzków Aschoffa ulegają przyspieszonemu wysysaniu się. Stosując prąd galwaniczny na dowolną część ciała powodujemy jonizację, wytwarzanie się jonów salicylu in statu nascendi.

W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Sanatorjum „Excelsior” w Iwoniczu jest w użyciu metoda kombinowana w postaci galwano-dia-

termji (jono-diatermji). Autorzy rosyjscy (*Jegorow*) stosują prąd nie na samo serce, lecz na ośrodki wegetatywne, unerwiające serce, a więc przede wszystkim na ganglion stellatum. W przypadku zbliznowacenia zastawek (endocardiosclerosis), a więc w wyraźnych wadach serca, stosuje się jonizację (galwanizację) po podaniu jodku potasu w sposób, opisany dla salicylu. Robiono też próby z promieniami rentgena.

W zakresie leczenia zdrojowiskowego (balneologicznego) reumatyzmu mamy do zanotowania szereg zagadnień; niektóre z nich zostały już rozwiązane przez doświadczenie kliniczne lekarzy zdrojowiskowych i przez badaczy naukowych, częściowo jednak czekają jeszcze na rozstrzygnięcie. Sprawa pierwotnie przewlekłego reumatyzmu u dzieci, powstać jak mówiliśmy rzadka, całkowicie pokrywa się z leczeniem takich spraw u dorosłych. Borowina, muł, kąpiele siarczane oraz solankowe dają stosunkowo bardzo dobre wyniki, wzięwszy oczywiście pod uwagę ciężkość samego cierpienia. Wtórnie przewlekły reumatyzm, t. zn. dający przewlekłe objawy stawowe, będące wyrazem dalszego ciągu ostrego okresu choroby Bouillaud'a, jest cierpieniem bardzo rzadkiem u dzieci. I tutaj leczenie zdrojowiskowe działa korzystnie na stawy, jednak dopiero w tym czasie, gdy pacjent już opanował ostry okres (gorączka, bóle) i ma poza sobą przynajmniej kilka miesięcy zacisza choroby. Tutaj borowina winna być stosowana z większą ostrożnością a wraz z kąpielami siarczanymi lub solankowymi pod ścisłą kontrolą odczynu ustrojowego zarówno miejscowego jak i ogólnego, ze szczególnem zwróceniem uwagi na serce.

Znacznie większego zastanowienia się wymaga sprawa leczenia tak zwanej ostrej postaci reumatyzmu, czyli choroby Bouillaud'a. Z punktu widzenia lekarskiego leczenie stawów, jako takich, u dzieci schodzi na dalszy plan, gdyż jak wiemy objawy stawowe są zjawiskiem drugorzędem w zespole objawów choroby. Zatem musimy leczyć ogólną chorobę, pamiętając o tem, że najczęściej atakowane i najczulszym narządem jest tutaj serce. A priori można powiedzieć, że do leczenia zdrojowiskowo-kąpielowego nadają się dzieci najwcześniej po upływie roku od chwili przebycia ostatniego obostrzenia choroby. (Zbyteczne jest tutaj mówić, że niewyrównane wady serca muszą być zupełnie wyłączone). Borowina jako metoda lecznicza w tych przypadkach odpada całkowicie. Natomiast należy się zastanowić, jaką metodę winniśmy zastosować u tych pacjentów przy przepisywaniu kąpeli solankowych, siarczanych oraz przy picciu wód. Zasadniczo od leczenia balneologicznego oczekujemy tak zwanego odczynu kąpielowego i odczyn taki otrzymu-

jemy; idzie on w parze z obostrzeniem się sprawy zapalnej, uczuleniem ustroju na czynniki wywołujące chorobę a znajdujące się w chorym narządzie. W ślad za tem przychodzi okres zjawisk regeneracyjnych, wzmożonej oporności mezenchymy, odczucia na czynniki patogenetyczne. Powstaje więc tutaj zagadnienie, czy u dziecka z przebytem zapaleniem wsierdza, mięśnia sercowego i osierdza, względnie po płasawicy, należy dążyć tą drogą do podniesienia oporności ustroju, aby unikać w przyszłości obostrzeń zasadniczej choroby. Jeżeli będziemy posługiwać się tą metodą, to postępowanie winno być wyjątkowo ostrożne, a w razie wystąpienia odczynu kąpielowego (gorączka, złe samopoczucie, osłabienie), należy przerwać leczenie na okres 3 do 7-dniowy. Jednakże kto wie czy dla tego typu pacjentów nie należy wypracować takiej metody leczenia zdrojowiskowo-kąpielowego, aby można było uniknąć odczynu jawnego klinicznie. Należy bowiem sądzić, że jak to ma miejsce na ogół w stosunku do każdego leczenia bodźcowego, osiągnięcie tego stanu obojętności komórek, wrażliwych na bodziec chorobotwórczy, możliwe jest nie tylko drogą nasilenia pierwotnego stanu zapalnego w tkankach chorych. Niewątpliwie jesteśmy w możności osiągnąć taki wynik bezpośrednio, bez poprzedzającej fazy zapalenia, drogą stosowania bodźców o innym nasileniu i o innej częstotliwości. Napewno tak się sprawa przedstawia, jak wyżej powiedziałem, w stosunku do proteino-terapii. Nie czuję się powołany do rozstrzygnięcia czy to jest możliwe w stosunku do leczenia kąpielowego; jednakże tego rodzaju głosy odzywają się ostatnio w piśmiennictwie balneologicznem.

W każdym bądź razie leczenie tego rodzaju pacjentów winno się odbywać nie tylko pod ścisłą kontrolą lekarską ale nawet w warunkach życia sanatoryjnego. Zakład leczniczy powinien być zaopatrzony we wszelkie środki, pozwalające mierzyć odczyn ustroju a szczególnie czynność serca. Poza tem jednocześnie z ostrożnem dawkowaniem kąpeli należy podawać, względnie mieć w pogotowiu, farmakologiczne środki przeciwrheumatyczne (salicyl, pyramidon). Doświadczenie musi nas dopiero nauczyć, czy należy stosować je stale podczas całego okresu leczenia zdrojowiskowego, czy też podawać, i to uważamy za niezbędne, po okresie kuracji. W każdym bądź razie wszelka silniejsza reakcja ustroju, zdaniem naszym w zasadzie niepożądana, wymaga natychmiast energicznego leczenia farmakologicznego. Doświadczenie przyszłe musimy nawiązać do nowych poglądów na istotę choroby Bouillaud'a, brak tego nie tylko u nas ale i w piśmiennictwie międzynarodowem; dopiero to da możność wyrobienia sobie określonej linii postępowania.

Najwdzięczniejszym może elementem dla uzdrowisk są dzieci, które dotąd nie chorowały poważnie, ale miewają skargi na bóle w kończynach, nieraz bez ściślejszego umiejscowienia, to znowu w stawach. Bóle te oceniamy często jako bóle wzrostowe. Wśród tych dzieci są niewątpliwie i chore na reumatyzm, a więc, kandydaci na przewlekły reumatyzm lub też mamy do czynienia z poronną postacią choroby Bouillaud'a, która w pewnym momencie gotowa przejawić się, bądź to jako schorzenie serca, bądź też jako płasawica. Dzieci te bezwzględnie można leczyć solankami. Tutaj możemy być już mniej ostrożni, jednak w każdym przypadku niezbędna jest ocena stanu dziecka przez lekarza pediatrę, pozatem podczas leczenia i po leczeniu jest konieczne dalsze spostrzeganie lekarskie celem wyjaśnienia, czy nie występują objawy, wskazujące na rozwijającą się chorobę Bouillaud'a. I tutaj następowe leczenie farmakologiczne, i to przez dłuższy okres czasu, uważamy za niezbędne.

Jeszcze z innego punktu widzenia leczenie zdrojowiskowe zasługuje na uwagę wśród obydwu kategorii dzieci. Już wyżej mówiliśmy o znaczeniu przewlekłych ognisk zapalnych, lub też ponawiających się, w patogenezie reumatyzmu. U dzieci najważniejszą rolę odgrywają migdałki, wyrosła adenoidalne oraz górne drogi oddechowe. Wiemy jak korzystny wpływ na te sprawy wywierają kąpiele solankowe i inhalacje. Zdaje się nam, że może tutaj leży główny punkt ciężkości zdrojowiskowego zapobiegania chorobie Bouillaud'a. Z tego punktu widzenia nietylko dzieci już stygmatyzowane reumatyzmem dużo zyskają w uzdrowiskach, lecz również dzieci, zapadające na częste anginy, ponawiający się nieżyt oskrzeli oraz z wyrosłami adenoidalnymi, a zwłaszcza dzieci pochodzące z rodzin, w których często występuje reumatyzm. Nietylko ze względu na swoje chwilowe cierpienie, ale być może dzięki leczeniu, unikną w przyszłości wystąpienia klinicznych postaci choroby Bouillaud'a.

Z przeglądu obecnego stanu wiedzy o schorzeniach reumatycznych widzimy, iż szereg zagadnień natury teoretycznej jak i praktycznej stoi jeszcze przed nami otworem. Do dziś dnia jest to jeszcze „*morbis non declaratus et non definitus*”. Otwiera się pole pracy dla doświadczeń laboratoryjnych, kliniki i medycyny społecznej. Pragnę tutaj wyszczególnić spośród tych zagadnień, zdaniem mem, najważniejsze.

Dla badaczy teoretycznych:

1) Wykrycie zarazka choroby Bouillaud'a i próby wytłumaczenia patogenezy oraz kliniki choroby z punktu widzenia biologii domniema-

nego zarazka. Sprawa ta musi być ujmowana o wiele szerzej, aniżeli mieści się ona w zakresie zjawisk alergji.

2) Ustalenie zjawisk immunologicznych, zachodzących w ustroju chorym; możliwość ta istnieje nawet bez dokładnych wiadomości, dotyczących morfologii zarazka. Przykładem tutaj może być odra, której patogenezę, mimo nieznamomości zarazka, jest dokładnie znana.

3) Opracowanie omówionego przez nas odczynu rozpoznawczego BBF dla choroby Bouillaud'a, względnie wynalezienie innego odczynu.

4) Wszystko to powinno się odbywać w oparciu o podstawy anatomico-patologiczne, przodujące dziś w nauce o reumatyzmie.

Dla klinicystów:

1) Ustalenie metod klinicznych i sprawdzenie metod biologicznych (między innymi odczynu BBF), pozwalających na wczesne rozpoznanie choroby Bouillaud'a.

2) Rozwinięcie opartego na wczesnym rozpoznaniu dotychczasowego sposobu leczenia oraz szukanie nowych dróg w tym kierunku, w stosunku do wszystkich trzech okresów choroby Bouillaud'a.

3) Dążenie do ścisłego rozgraniczenia różnych postaci reumatyzmu, a więc choroby Bouillaud'a od reumatyzmu pierwotnie przewlekłego, reumatycznego zapalenia wsierdzia od endocarditis lenta — wszystko na podstawie przesłanek klinicznych oraz odczynów biologicznych; oczywiście o ile to rozgraniczenie będzie uzasadnione dalszym postępowaniem wiedzy.

4) Wyodrębnienie kliniczne odosobnionych postaci schorzeń poszczególnych narządów, których związek z chorobą Bouillaud'a nie został jeszcze ostatecznie ustalony: reumatyczne zapalenie opłucnej, otrzewnej, płuc, nerek, wątroby, mózgu.

Dla lekarzy pracowników społecznych:

1) Utworzenie poradni dla dzieci chorych na serce.

2) Udostępnienie ogółowi ludności zapobiegawczego leczenia farmaceutycznego oraz zdrojowiskowego.

Błędne byłoby mniemanie, że każde z tych zagadnień może być rozwiązane przez poszczególnych specjalistów, a więc teoretyczne wyłącznie przez teoretyków, kliniczne przez klinicystów i t. d. Konieczne jest tutaj współdziałanie, oparte na współpracy i obejmowaniu przez specjalistów całokształtu zagadnienia. Wiązałdem powinny być utworzone instytuty badawcze nad reumatyzmem oraz w ścisłym kontakcie z temi instytutami osobne oddziały szpitalne dla chorych na reuma-

tyzm. Wszelkie przeciwstawienie teorii praktyce musi się odbić niekorzystnie na powodzeniu sprawy. Praktyka winna natychmiast realizować i sprawdzać otrzymane przez teorię zdobycze i tem samem stwarzać nowe podstawy dla badań teoretycznych.

S T R E S Z C Z E N I E.

W odczycie została omówiona klinika, zapobieganie i leczenie tak zw. ostrego reumatyzmu (góścica) stawowego u dzieci. Prelegent w ślad za szkołą francuską nazywa to cierpienie chorobą Bouillaud'a, autora, wielce zasłużonego w badaniu tej choroby. Opierając się na najnowszych spostrzeżeniach anatomo-patologicznych i analizie klinicznej tej choroby, głównie na materjale dziecięcym, prelegent podkreśla konieczność rewizji poglądów. Odmienne ustosunkowanie się ogółu lekarzy do tej choroby, w porównaniu z niedawnym poglądem medycyny akademickiej, jest konieczne. Istotą choroby Bouillaud'a nie jest cierpienie stawowe, stawy nie są niezbędnym objawem tej choroby i nie są objawem pierwotnym. Jest to cierpienie przewlekłe, trwające lata, pozatem atakujące cały ustrój, szczególnie tkanki pochodzenia mezenchymalnego. Objawy ze strony wsierdzia, mięśnia sercowego, osierdzia, opłucnej, płuc, nerek, mózgu, naczyń, tkanki około-migdałkowej oraz naczyń krwionośnych występują w mniejszem lub większem nasileniu niemal w każdym przypadku choroby.

Z tych danych wypływają wnioski w sprawie zapobiegania oraz leczenia choroby Bouillaud'a. Należy rozpoznawać przypadki we wczesnym okresie choroby, leczenie winno być prowadzone całemi miesiącami, a nawet latami, aby zapobiec obostrzeniom choroby. Konieczne jest utworzenie stacji przeciwreumatycznych specjalnie dla dzieci chorych na serce (najczęstsze umiejscowienie choroby Bouillaud'a). Ze środków farmakologicznych prelegent omawia znaczenie salicylu, pyramidonu i atophanu. Uwzględnia też leczenie diatermją i galwanizacją.

Leczenie zdrojowiskowe (balneologiczne) posiada dużą wartość w sensie podniesienia ogólnej odporności ustroju, jest zaś szczególnie wskazane w przypadkach wczesnych u dzieci, cierpiących na nieokreślone bóle stawowe, dotkniętych przerostem migdałków, wyrosli, ze skłonnością do angin i nieżytów dróg oddechowych. Do leczenia balneologicznego nadają się tylko dzieci, które przynajmniej w ciągu roku nie miały obostrzeń swego cierpienia. W leczeniu zdrojowiskowym winno się unikać silniejszego odczynu kąpielowego; warunki leczenia sanato-

ryjne. Jednoczesne, a w każdym razie następowe dodatkowe leczenie farmakologiczne jest tutaj niezbędne. Tylko dokładne spostrzeganie lekarskie, przy posiłkowaniu się metodami klinicznymi, umożliwi dalszy postęp i ściśle opracowanie metod leczenia zdrojowiskowego choroby Bouillaud'a u dzieci. Jest to zagadnienie niedostatecznie dotąd poruszone, zarówno w piśmiennictwie polskim jak i obcym.

Autor wyszczególnia najważniejsze zagadnienia, wymagające rozwiązania z zakresu teorji, kliniki i medycyny społecznej reumatyzmu.

R É S U M É.

Dans sa conférence sur le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant le conférencier traite principalement la clinique la prophylaxie et le traitement.

D'après l'Ecole française il denomme cette affection — maladie de Bouillaud, qui a grandement contribué à la connaissance de cette maladie et dont le centenaire d'apparition du travail nous célébrons cette année.

En se basant sur les plus récentes recherches anatomo-pathologiques ainsi que sur l'analyse clinique de cette affection surtout chez les enfants, le conférencier insiste sur la nécessité de révision de nos opinions actuelles sur la maladie de Bouillaud.

La conception ancienne, classique de la maladie doit être délaissée.

La maladie de Bouillaud n'est pas une affection essentiellement articulaire, les manifestations articulaires ne constituent pas un symptôme indispensable dans cette maladie, ni un signe primaire. C'est une affection chronique qui dure des années, attaque l'organisme tout entier surtout les tissus d'origine mesenchymatique. Les manifestations morbides du côté de l'endocarde, du myocarde, péricarde, de la plèvre, poumons, reins, tissus periamygdaliens et vaisseaux sanguins, se rencontrent avec une intensité plus ou moins prononcées dans presque chaque cas de cette maladie.

De ces données le conférencier tire des conclusions d'ordre prophylactique et thérapeutique. Il faut faire un diagnostic précoce dans les premiers stades de la maladie, le traitement doit être suivi pendant des mois, même des années pour prévenir les exacerbations. Il faut créer de stations antirhumatismales spécialement pour les enfants cardiaques souffrant des séquelles de la maladie de Bouillaud. Comme traitement medi-

camenteux l'auteur préconise le salicylate, le pyramidon et l'atophan. La diathermie et la galvanisation ne doivent pas être négligées.

La cure thermale (balnéothérapie) est d'une grande valeur; elle augmente la résistance de l'organisme. Elle est surtout indiquée dans les cas précoces et chez les sujets prédisposés à la maladie de Bouillaud, c'est-à-dire chez les enfants souffrant de douleurs articulaires mal déterminées, hypertrophie des amygdales, végétations adenoïdes, avec tendance aux angines et catarrhes de voies respiratoires. La balnéothérapie doit être prescrite uniquement chez les enfants qui pendant une année au moins n'ont pas présenté d'exacerbation de leur affection. La cure thermale doit éviter une réaction balnéaire trop accentuée et être poursuivi dans les conditions sanatoriales. Un traitement médicamenteux simultané ou en tout cas ultérieur est ici indispensable.

Une étude médicale minutieuse avec utilisation de méthodes cliniques, permettront seules d'apporter le progrès et d'élaborer les méthodes précises de la cure thermale de la maladie de Bouillaud chez les enfants. C'est un problème qui n'a pas encore été suffisamment traité dans la littérature médicale polonaise et internationale.

Prof. S. Schilling-Siengalewicz.

WPLYW KĄPIELI SOLANKOWEJ CIECHOCIŃSKIEJ NA PODSTAWOWĄ PRZEMIANĘ MATERJI.

(Z pracowni naukowo-doświadczalnej dla badań lekarskich. Ciechocinek-Cieplica).

Doniesienie tymczasowe.

W schorzeniach przemiany materji — gruczołów dokrewnego wydzielania, w bromatyce i t. d., pierwszorzędną rolę odgrywa określenie zapotrzebowania energetycznego ustroju. Zapotrzebowanie to może być określone przy pomocy t. zw. kalorymetrii bezpośredniej i pośredniej. Kalorymetrja bezpośrednia, której klasyczne metody opracowali *Reynoult, Pettenkofer, Beisel, Zuntz, Voit, Gepert* i inni, polega z jednej strony na oznaczeniu wartości kalorycznych spożytych pokarmów, z drugiej zaś na dokładnem określeniu ciepła, wytworzonego przez ustrój osobnika badanego w ściśle określonych warunkach.

Metoda kalorymetrii pośredniej opiera się na oznaczeniu ilości zużytego tlenu przez osobę badaną lub też na całej wymianie oddechowej, t. j. nie tylko na obliczeniu objętości zużytego w określonym czasie tlenu, lecz i wyprodukowanego w tych samych warunkach bezwodnika kwasu węglowego. Z wielkości przemiany gazowej, uwzględniając ciśnienie barometryczne, temperaturę otoczenia i t. d. możemy obliczyć ilość wytworzonych kaloryj. W badaniach tego rodzaju nie uwzględniamy procesów o charakterze hydrolitycznym, odbywających się w ustroju bez dostępu tlenu, t. zw. anaerobiotycznych. Ilość jednak ciepła, powstająca w przemianie anaerobiotycznej, w porównaniu z ilością ciepła tworzącego się przez utlenianie, jest tak znikomo mała, że może być niebrana pod uwagę w obliczeniach kalorycznych przemiany materji w ustroju.

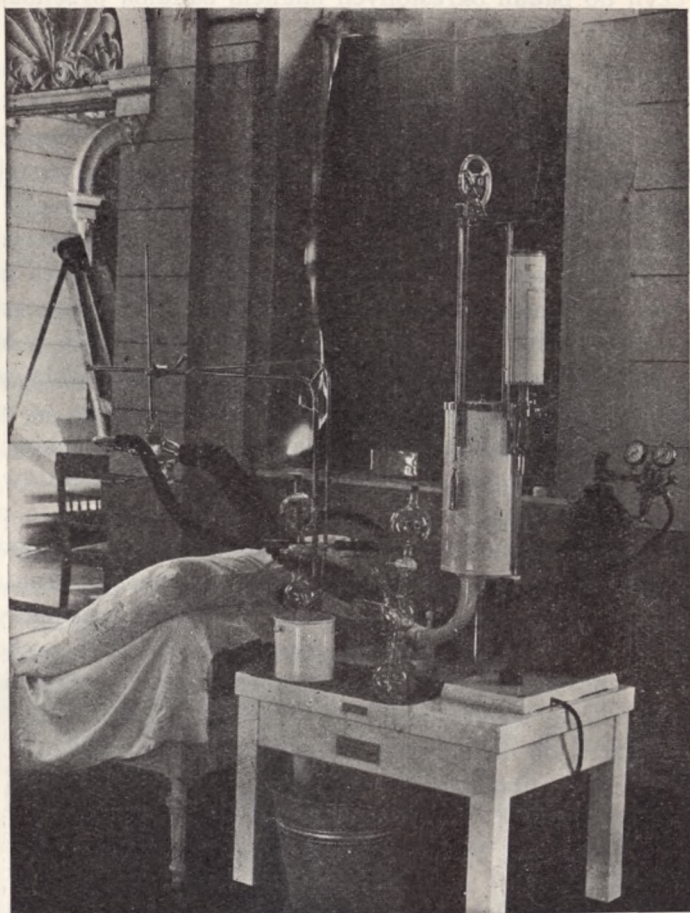
Na szybkość i natężenie przemiany materji wpływa szereg czynników, jak praca fizyczna, trawienie pokarmów, życie psychiczne, emocjo-

nalne i t. p. Wszystkie te czynniki mogą być brane pod uwagę i uwzględniane w badaniach, zajmujących się zagadnieniem przemiany materji w szczególnych warunkach, często jednak zwracamy się do badań możliwie jak najbardziej wykluczających czynniki wzmagające przemianę materji, czyli do badań określonych mianem badania przemiany podstawowej lub spoczynkowej.

Przemiana podstawowa materji u osobnika zdrowego przy uwzględnieniu jego wieku, płci, wzrostu i wagi ciała jest wielkością stałą; stanowi ona minimalną przemianę energii jednostki, niepodlegającej pracy fizycznej, wolnej od procesów trawienia, będącej w stałej temperaturze otoczenia, a więc w stanie ustalonej regulacji ciepła. Na przemianę podstawową składa się tylko praca mięśni oddechowych i serca, gruczołów wydzielniczych i dokrewnego wydzielania. Praca psychiczna, z wyjątkiem wyraźnych stanów emocjonalnych, pobudzających szybszą akcję krążenia i oddychania, wpływa ze swej strony tylko w bardzo nieznacznym stopniu na produkcję ciepła. Przy badaniu podstawowej przemiany materji musimy więc wykonać doświadczenie w warunkach, w których wszystkie czynniki, wzmagające przemianę materji, są usunięte, lub też zredukowane do minimum. By wykluczyć wpływ procesów trawienia, osoba poddająca się badaniu musi być naczczo, a ostatni posiłek powinien być przyjęty nie później, jak na dwanaście godzin przed badaniem. Posiłek ten winien być skromny i zawierać jaknajmniej białek, by wykluczyć ich wyraźnie dynamiczny czynnik trawienny. Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej, przyczem musi być zachowany zupełny spokój mięśniowy (wszelkie nieznaczne nawet poruszanie się i napięcie mięśni daje wyniki fałszywe). Osobnik badany musi spoczywać w pozycji leżącej od 45 minut do 1 godziny, zanim badanie się rozpocznie. Temperatura otoczenia w pracowni, w której badania są podejmowane winna być stała (17°—23° C. dla człowieka ubranego) tak, by badany nie odczuwał ani chłodu, ani też zbytowego ciepła, gdyż czynniki zależnie od ich nasilenia wpływają na wzmożenie, względnie osłabienie, przemiany materji. (Gorączka na każdy stopień ciepłoty powyżej normy wzmagą przemianę materji o blisko 10%).

Wszystkie powyżej wymienione warunki muszą być bezwzględnie zachowane, gdyż w przeciwnym razie wyniki będą nieistotne. Przy określaniu normalnej podstawowej przemiany materji posługujemy się wynikami prac *Harrisa* i *Benedicta*, uzupełnionymi przez *Kestnera* i *Knippinga* w odpowiednio zestawionych tablicach. Badacze ci wykazali i ustalili na bardzo dużym materiale ludzi zdrowych, że na wielkość przemiany podstawowej wpływają 4 czynniki: wiek, płeć, wzrost i waga ciała.

Uwzględniając te czynniki można obliczyć wartości kaloryczne przemiany podstawowej danego osobnika, przyczem wahania w wartościach uzyskanych mogą się wahać od 5—8% in plus lub in minus. Większe różnice w uzyskanych wartościach przekraczają już warunki fizjologicz-



Rys. 1.

ne i są wyrazem zmian w podstawowej przemianie materji lub mogą być następstwem nieściśłych obliczeń względnie tych wszystkich warunków, które muszą być przy wykonywaniu tego rodzaju badań zachowane, a o których wspomniano już powyżej.

Do określenia podstawowej przemiany można używać aparatów tego rodzaju jak naprzykład spirometr *Krogha*, który pozwala na obli-

czenie objętości zużytego tlenu, a z ilości zużytego tlenu i jego wartości kalorycznej (przy zachowaniu odpowiedniej diety badanego) odpowiadającej danemu ilorazowi oddechowemu, można obliczyć natężenie przemiany spoczynkowej.

Bardziej precyzyjny jest aparat *Knippinga*, który zyskał już prawo obywatelstwa w badaniach klinicznych. Aparat ten opiera się również na zasadzie spirometrycznej, pozwala na określenie nie tylko objętości zużytego tlenu, lecz również i wyprodukowanego przez ustrój bezwodnika kwasu węglowego, co daje możliwość dokładniejszych obliczeń. Aparat *Knippinga* został zastosowany w naszych badaniach.

Przy pomocy tego aparatu postanowiliśmy zbadać w jaki sposób wpływa ciechocińska kąpiel solankowa (cieplica o zawartości 6,5% soli, radioaktywna 81,4 jednostek Macha na litr) na podstawową przemianę materji. W tym celu podjęliśmy następujące doświadczenia:

a) określaliśmy podstawową przemianę materji u osobników zdrowych,

b) badaliśmy podstawową przemianę materji u tychże samych osobników natychmiast po kąpieli zwykłej (woda słodka) o temperaturze 37° C., trwającej 20 minut i po upływie 1 godziny,

c) badaliśmy ponownie tych osobników natychmiast po kąpieli solankowej o temperaturze 37° C., trwającej 20 minut i w godzinę po kąpieli.

Zaznaczyć należy, że między wykonaniem badania po kąpieli zwykłej i solankowej upływało najmniej 48 godzin i że bezpośrednio przed kąpielą tak jedną jak i drugą oznaczano podstawową przemianę. Celem uniknięcia przed, w czasie i po kąpieli wszelkich wysiłków fizycznych i napięcia mięśniowego, które w tak znacznym stopniu wpływają na oznaczenia, sporządziliśmy specjalny aparat, przy pomocy którego osoba badana, leżąc zupełnie wygodnie na noszach, wyścielonych grubym gumowym materacem, mogła być opuszczana i wyjmowana z wanny bez żadnych wysiłków fizycznych z jej strony. W chwili wynurzania się ciała z wody, by uniknąć wpływu zmiany temperatury otoczenia, przykrywano osobę badaną natychmiast prześcieradłem i kocem.

Wykonawszy kilkanaście doświadczeń w myśl planu wyżej podanego, mogliśmy stwierdzić, że 20 minutowa kąpiel zwykła (woda słodka) o temperaturze 37° C. nie wpływa ani na wzmożenie, ani też na zmniejszenie podstawowej przemiany materji. W niektórych przypadkach mogliśmy wprawdzie zauważyć tuż po kąpieli zwykłej nieznaczny wzrost przemiany podstawowej, zwiększenie to leżało jednak w granicach błę-

du oznaczenia, gdyż nigdy nie sięgało powyżej 6% w porównaniu z liczbami, otrzymanymi tuż przed kąpielą. Badania wykonywane w godzinę po kąpielu zwykłej (przez cały czas osoba badana znajdowała się w pozycji leżącej bez ruchu) wykazywały wartości kaloryczne — jakie oznaczono przed kąpielą.

Po zastosowaniu 20-minutowej kąpeli w solance o temperaturze 37° C. i zachowaniu wszystkich tych samych warunków, jakie przestrzegano przy stosowaniu kąpeli zwykłej, stwierdzono znaczny wzrost w przemianie podstawowej. *U osób, u których zwykła kąpiel nie wpływała na wahanie się wartości kalorycznych, po zastosowaniu solanki znajdowano zwiększenie się przemiany podstawowej, wzrastające przeciętnie o 20 do 30%. W godzinę po kąpeli solankowej zwykle przemiana podstawowa wracała powoli do poziomu, jaki był określony tuż przed zabiegiem.*

Z dotychczasowych naszych badań wynika przeto niedwuznacznie, że *cieplica ciechocińska jest wybitnym bodźcem, wzmagającym podstawową przemianę materji.* Bodziec ten trwa stosunkowo dość długo i jednorazowy zabieg w naszych warunkach zaznaczał swój wpływ na przeciąg najmniej 1 godziny.

Jaki jest wynik sumowania się tych bodźców częściej powtarzanych, będzie przedmiotem dalszych naszych badań. Zaznaczyliśmy, że badania nasze były wykonane jako badania wstępne na osobnikach zdrowych. U osobników dotkniętych niektórymi zmianami chorobowymi, a przede wszystkim schorzeniami przemiany materji, działanie i wpływ kąpeli solankowej ciechocińskiej może być odmienny, aniżeli u osobników zdrowych. Do tego rodzaju przypuszczenia uprawnia nas spostrzeżenie, jakie zrobiliśmy badając pacjentkę, cierpiącą na otyłość, powstałą na tle niedomogi gruczołów dokrewnych wydzielania (lat 36, waga 97 kg, wzrost 161 cm). U pacjentki tej podstawowa przemiana materji była obniżona o 15% — po kąpeli zwykłej nie ulegała zmianie, natomiast po solance wzmagala się o 37%, jednak nienatychmiastowo po zabiegu jak to spostrzegano u zdrowych, lecz dopiero po upływie 1 godziny. W dwie godziny po zabiegu powracała w tym wypadku podstawowa przemiana materji do poziomu określonego przed zabiegiem, a więc znów znacznie później, aniżeli u osobników zdrowych.

Z dotychczasowych badań wynika zatem, że *cieplica ciechocińska może odgrywać poważną rolę w schorzeniach przemiany materji.* W dalszym ciągu będziemy starali się określić w jaki sposób cieplica ta wpływa na różne postacie schorzeń przemiany materji i w czasie dłuższej kuracji.

Wyniki tych badań, sądzę o dużym znaczeniu praktycznym, będą ogłoszone po zakończeniu prac.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

UEBER DEN EINFLUSS DER CIECHOCINEK-SALZBAEDER
AUF DEN GRUNDUMSATZ.

Mit dem Knippingschen Apparat wurde der Einfluss der Ciechocinek-Salzbädern auf den Grundumsatz untersucht.

Es wurde festgestellt, dass ein 20 Minuten dauerndes Bad (37° C) den Grundumsatz um 20 bis 30% steigert, und dass diese Steigerung ungefähr eine Stunde dauert.

Nach einem gewöhnlichem Süßwasserbad fehlt diese Reaktion und der Grundumsatz bleibt unverändert.

Bei einem Kranken mit Fettsucht innersekretorischer Herkunft wurde festgestellt, dass die GU-Steigerung nach dem Salzbad erst nach einer Stunde eintritt und nur langsam bis zum früheren Werte sinkt.

Weitere Untersuchungen sind im Gange.



Prof. Dr. JÓZEF LATKOWSKI.

Dyrektor Kliniki Lekarskiej U. J.

O NERWICACH SERCA.

Oddzielenie nerwowych cierpień sercowych od chorób organicznych jest nieraz nader trudne i wymaga bardzo dokładnego badania klinicznego chorych, jak również dłuższej obserwacji pacjenta, aby móc postawić trafne rozpoznanie. Często zdarza się, że objawy nerwowe ze strony serca u ludzi młodych a zwłaszcza u kobiet, tak górują nad całym obrazem chorobowym, że możnaby nie wykryć choroby organicznej serca, która jest przyczyną dodatkowo zjawiających się przy niej przypadłości nerwowych. Również nie rzadko zdarzają się przypadłości nerwowe u osób chorych na serce, nieokazujących jeszcze niedomogi krążenia, a stąd nie tak łatwo dają się stwierdzić badaniem przedmiotowym. Dawniej, przy mniej licznych i ścisłych metodach badania, zaliczano dość często niektóre schorzenia organiczne, zwłaszcza schorzenia naczyń sercowych i aorty, do t. zw. nerwic sercowych, stąd też rozpoznawano wielką ich ilość.

Dopiero od niedawna zmieniło się zapatrywanie na tę sprawę. W roku 1916, podczas wielkiej wojny, zwróciłem uwagę jeszcze przed badaniami anatomo - patologicznymi, a przede wszystkim *Moenckeberga*, że jedną z głównych przyczyn osłabienia mięśnia sercowego i jego rozszerzenia i połączonych z tym objawów czynnościowych, uważanych mylnie za nerwowe, jest miażdżycza tętnic wieńcowych serca i tętnicy głównej, co później zostało przez wielu klinicystów potwierdzone. Wniosek ten wysnułem po dokładnem przebadaniu klinicznem, rentgenologicznem, a nawet elektrokardjograficznem, w ciągu dwu lat, 1611 poborowych, żołnierzy i oficerów, i to w wieku od 21 do 50 lat. Na tak dużym materiale mogłem stwierdzić, iż miażdżycza naczyń sercowych zjawia się nader często już przed 40 rokiem życia, co później zostało udowodnione przez anatomów, a czego nie wiedziano przed 20 laty i twierdzono, że schorzenie to rozwija się dopiero pomiędzy 45 a 60 rokiem życia.

Wobec tego przypadłości, pochodzące z cierpienia organicznego, uważano za nerwowe i lekceważono je, zaliczając chorych ludzi do służby frontowej, która w krótkim czasie czyniła ich niezdolnymi nie tylko do trudów wojennych, ale i do zwykłej zawodowej pracy.

Dzisiejszy stan nauki i liczne metody badania, pozwalają nam dość łatwo odróżnić sercowe cierpienia organiczne od nerwowych, jednak badanie musi być dokładne, połączone przedewszystkiem z próbami czynnościowymi serca i bardzo często nie tylko jednorazowe.

W wykładach swych i w klinice zwracam przedewszystkiem uwagę na wielkość i rozmiary serca i zalecam bardzo dokładne opukiwanie względnego stłumienia serca, obok uwagi na rozmiary i umiejscowienie uderzenia końca serca. Powiększenie serca najłatwiej wykazać, uwzględniając stosunek poprzecznego, opukowego wymiaru serca do szerokości klatki piersiowej. Jak bowiem wiadomo, prawidłowy poprzeczny wymiar serca nie może wynosić połowy wymiaru poprzecznego klatki piersiowej, lecz winien się zbliżać do $\frac{1}{3}$ wymiaru poprzecznego, a najwyżej przewyższać go o 2 do 3 cm.

Baczną uwagę należy również zwracać na stan i wypełnienie żył szyjnych, gdyż tak one, jak i stan wątroby, zastój w płucach, oliguria, lub polyuria, występująca w nocy, zjawiają się nieraz w początkowych okresach niedomogi sercowej. W wywiadach zwracać trzeba uwagę czy niema skarg na występowanie duszności przy szybkich ruchach, lub podczas pracy, przy której chory nie odczuwał przedtem żadnych dolegliwości.

Konieczne jest przy badaniu przeprowadzanie również prób czynnościowych serca, polegających np. na chodzeniu po schodach, (najmniej 30 do 40 stopni), na siadaniu i wstawaniu z krzesła (20 razy), lub na wykonywaniu 20 przysiadów i t. p. Po takich próbach nie powinno tętno przyspieszać się bardziej nad 10 — 20 uderzeń w ciągu minuty, zaś liczba oddechów nie powinna przekraczać 15 na minutę, a chory powinien zatrzymać oddech przynajmniej na 15 do 12 sekund, a po zatrzymaniu nie powinien wystąpić przyspieszony, lub głęboki oddech. Gdy te próby dadzą wynik ujemny, można jeszcze kazać badanemu podnosić ciężary 5 do 10 kilowe, 20 do 30 razy, gdyż człowiek młody, nawet pędzący życie siedzące, może taki ciężar podnosić 30 razy, bez zmęczenia. Tylko łatwe wykonanie próby obciążenia dowodzi, że badany ma zupełnie prawidłowe serce; gdy natomiast nie potrafi dźwigać ciężarów, a męczy się w pośpiechu lub przy chodzeniu pod górę, jest to dowodem już miernego upośledzenia czynności serca i przemawia przeciwko przyjęciu zaburzenia nerwowego serca.

We wszelkich przypadkach trudniejszych należy badanie fizyczne serca kontrolować badaniem rentgenologicznym, a nawet, gdy chodzi o ludzi już po 30 roku życia, posługiwać się metodą elektrokardiograficzną, gdyż tą metodą można często wykryć zaburzenia przewodnictwa serca u ludzi, którzy nie skarżą się nawet na żadne przypadłości sercowe, jak to nieraz miałem sposobność stwierdzić u moich pacjentów. Niedawno np. miałem przypadek uszkodzenia jednego ramienia pęczka Hissa u człowieka 54 - letniego bez żadnych objawów podmiotowych i czującego się zupełnie dobrze.

Dlatego też dopiero po wykluczeniu wszelkich objawów, występujących przy organicznych schorzeniach serca i po dłuższej nieraz obserwacji możemy rozpoznać nerwicę sercową. Trzeba jednak pamiętać, że brak objawów przedmiotowych nie wyklucza znów zmian organicznych w tętnicach wieńcowych.

W przypadkach nerwicy serca występują zwykle następujące objawy podmiotowe: bicie i kołatanie serca, bóle w okolicy serca, zwłaszcza po lewej stronie serca, połączone nieraz z przeczulicą skóry, lęk i ucisk w okolicy serca, objawy, które mogą naśladować prawdziwą dusznicę bolesną, nieraz też krótki oddech i duszność. Badając takich chorych znajdujemy u nich bardzo często przedewszystkiem przyśpieszenie tętna, dalej niemiarowość najczęściej o typie skurczów dodatkowych, albo arytmji oddechowej, bardzo zaś rzadko zwolnienie tętna. Nad podstawą lub końcem serca słyszymy szmery skurczowe; pierwszy ton bywa nieraz silnie zaakcentowany, albo nawet rozdwojony. Serce zwykle nie jest powiększone i ma prawidłową konfigurację. Ciśnienie krwi waha się w dużych granicach, co jest dla nerwicy charakterystycznym objawem, nie dochodzi jednak do 200 mm Hg. Skurcz serca przy nerwowej tachykardji trwa krócej niż w prawidłowych warunkach, a szczególnie skraca się okres wypchnięcia krwi z serca. Może ta właśnie zmiana wpływa na odczuwanie zmienionej akcji serca, gdyż ludzie chorzy na organiczne choroby serca nawet przy znacznie gwałtowniejszej czynności serca nie odczuwają nieraz bicia serca, a chorzy znów na chorobę Basedowa odczuwają kołatanie serca i u tych chorych skurcz serca jest również skrócony.

Również skurcze dodatkowe (extrasystole) odczuwają chorzy nerwowi często bardzo przykro, jakby uderzenie w okolicę serca, lub uczucie dławienia, które podchodzi aż do szyi i które wywołuje uczucie lęku.

Chorzy zaś na zwyrodnienie mięśnia sercowego mają mniejsze sensacje nawet przy skurczach dodatkowych. Takie bóle chorych nerwowych są zwykle silnie odczuwane w okolicy końca serca, lub na lewo

od niego. Bardzo często również chorzy nerwowi mają uczucie, jakby obecności jakiegoś obcego ciała w okolicy serca, albo też występują u nich ataki bólów sercowych, które ogromnie są podobne do duszniczy i stanowią grupę nerwowej duszniczy bolesnej, którą nazywamy angina pectoris vasomotoria.

Te silne bóle rzekomej duszniczy bolesnej występują zwłaszcza u silnych palaczy, jednakowoż nerwową dusznicę u palaczy należy odróżnić od prawdziwej duszniczy bolesnej, występującej u nich przy zmianach w samych tętnicach wieńcowych. Zwykle u nerwowych ludzi ataki bólów są słabsze niż przy duszniczy na tle zmian w tętnicach wieńcowych i niema uczucia zbliżającej się zagłady i śmierci. Oprócz tego mogą występować w duszniczy nerwowej objawy podrażnienia czuciowego, jak płacz i krzyk. U chorych na nerwicę serca występuje też czasem uczucie podmiotowo odczuwanego osłabienia serca, które jednak nie oznacza wcale niedomogi sercowej.

Z objawów przedmiotowych w większości nerwic sercowych można znaleźć silniejsze uderzenia serca, szczególnie podnoszące przyspieszenie tętna do 90 i 100, tętno skaczące, podobne do pulsus celer; w innych znów przypadkach nie ma żadnych objawów przedmiotowych ze strony serca. Występowanie szmerów skurczowych nad podstawą i końcem serca spotyka się dość często. O niemiarowości akcji serca już wspominałem, może ona być arytmją oddechową, ekstrasystoliczną, lub podobną do arrythmia absoluta. Obok tego występują zaburzenia naczyńioruchowe, zwłaszcza u kobiet, jak przemijające erythema, szczególnie w okolicy szyi, dalej dermografizm, zimne, wilgotne ręce, silne zaczerwienienia twarzy i żywe tętnienie tętnic, podobnie jak w chorobie Basedowa. Z innych objawów można zauważyć drżenie rąk i wzmożone odruchy. Często też występują w okolicy sercowej strefy przeczulicy; nie są to jednak strefy Head'a, gdyż leżą nad samem sercem, a zatem za nisko na strefę Head'a. Bardzo wysokiego ciśnienia powyżej 200 mm Hg. nie spotyka się u chorych nerwowych i ciśnienie to spada często w ciągu 15 lub 30 minut. Również przyspiesza się tętno przy niewielkim ruchu, na przykład po 5 przysiadach.

Rozpoznawanie nerwic bywa nieraz bardzo trudne, gdyż objawy są podobne, jak wspominałem, do sklerozy tętnic wieńcowych lub do zmian organicznych w mięśniu sercowym. Brak zaś objawów przedmiotowych ze strony serca nie wyklucza wcale choroby organicznej. Za nerwicą przemawia przede wszystkim rodzaj objawów podmiotowych i wykazanie innych objawów sercowych, częściowo psychicznych, częściowo zmian w układzie nerwowym wegetacyjnym. Lecz i połączenie tych

nerwic z cierpieniami organicznymi istnieje, dlatego też w wielu przypadkach odróżnienie jest, jak wspomniałem, bardzo trudne. Młody wiek przemawia więcej za nerwicą sercową, powyżej zaś 40 lat trzeba być bardzo ostrożnym z rozpoznawaniem nerwicy serca, gdyż u ludzi w tym wieku częściej przychodzi już do zmian organicznych w sercu i w naczyniach. Dlatego też jest tak ważne wykazanie powiększenia serca, lub objawów początkowego zastoj. Niestosunek między skargami chorego a objawami sercowymi i nasileniem tachykardji lub arytmji, może ułatwić rozpoznanie. Badanie zaś elektrokardjograficzne serca ułatwi dokładne odróżnienie od zaburzeń przewodnictwa w mięśniu sercowym. Trudne również jest odróżnienie prawdziwej nerwicy serca od objawów sercowych, występujących po wysiłkach sercowych u ludzi niepracujących fizycznie, nieprzyzwyczajonych do ruchu i pędzących żywot siedzący. U tych ludzi, nawet młodszych, występuje po szybszym ruchu lub po ćwiczeniach fizycznych, jak to często zdarza się u poborowych, lub początkujących sportowców, bardzo znaczne przyśpieszenie tętna do 120 a nawet 150 na 1'; uderzenie końca serca jest silnie wstrząsające, a tętnienie spostrzec można nietylko w 5 i 4 ale także w 3 i 2 międzyżebżu po lewej stronie mostka. Obok tego występują szmery sercowo-płucne i szmery skurczowe nad podstawą i końcem serca i wyraźna duszność przy szybszym ruchu, lub większej pracy. U pewnej grupy tych ludzi można wykazać początkowe zmiany gruźlicze w płucach, u innych w wywiadach, przebycie zapalenia gardła, lub choroby infekcyjnej, np. choroby uszu lub nosa, dalej zapalenia opłucnej i nieżytu oskrzeli, lub grypy, albo nawet nieżytu jelit; lecz objawy te utrzymują się całymi miesiącami, a nawet szeregiem lat, nie można zatem uważać ich za zmiany występujące w rekonwalescencji. Podczas wojny traktowano tych ludzi, jako chorych na serce i później dopiero przekonano się, że nie jest to schorzenie mięśnia sercowego, ani zwykła nerwica serca, lecz nieprzystosowanie się do ćwiczeń fizycznych, gdyż objawy te ustępują po przyzwyczajeniu się do ćwiczeń i fizycznej pracy i im młodszy byli chorzy tej kategorii, tem wcześniej ustępowały one po przyzwyczajeniu się do ćwiczeń. Trzeba tylko w razie tła gruźliczego śledzić za początkowymi objawami gruźlicy, gdyż gruźlica zwykła się przez ćwiczenia fizyczne zaostrzać.

Nadto, trzeba zwrócić szczególną uwagę na duszność występującą u tych chorych, gdyż nieraz trudno ją odróżnić od duszności chorych sercowych i duszności nerwowej. Dlatego też, w celu odróżnienia tego rodzaju niewyćwiczonego serca należy zwrócić uwagę, czy niema powiększenia serca i zmian na zastawkach, jakie występują w schorzeniach

organicznych serca. Również trzeba pamiętać, że duszność u tych chorych jest przemijająca a przede wszystkim u ludzi w średnim wieku nie może być żadnych objawów cierpienia sercowego, ani zmian w aorcie. Nie może być też żadnych objawów, wskazujących na choćby poczynającą się sklerozę.

Z tego też powodu konieczne jest badanie rentgenologiczne i elektrokardjograficzne. Odróżnienie od duszności nerwowej jest daleko łatwiejsze, gdyż duszność nerwowa występuje zwykle po wzruszeniu i nawet po ruchu nieraz się zmniejsza, a chorzy nerwowi mogą zatrzymać oddech 10 sekund i dłużej, bez późniejszej potrzeby głębszego, lub szybszego oddychania. Nerwowa duszność ustępuje też we śnie.

Występująca u ludzi nerwowych *tachykardja* czyli częstoskurcz może być albo zwykła, albo też napadowa (*tachycardia paroxysmalis*). Zwykły częstoskurcz jest następstwem przyspieszenia powstawania bodźców w węzle zatokowym przedsionka. Szybsza czynność serca może powstawać w warunkach fizjologicznych, przez zmianę w unerwieniu, a to pod wpływem przewagi nerwu sympatycznego, a zmniejszenia wpływu nerwu błędnego. Może także powstawać, gdy odczyn krwi zmieni się na kwaśny, lub ilość adrenaliny w niej się zwiększy. Częstoskurcz może również wystąpić pod wpływem podwyższenia ciepłoty otaczającej a zatem wskutek zmian fizycznych w otoczeniu; zatem zwykła tachykardja nie jest pochodzenia ściśle sercowego. Liczba tętna może się zwiększyć podczas pracy fizycznej (do 180), pod wpływem psychicznego podrażnienia i przy ogrzaniu ciała.

W gorączce jest ona stałym zjawiskiem, z wyjątkiem duru brzuszego i chorób ośrodkowego układu nerwowego. Występuje również przy spadku ciśnienia krwi, a więc po krwiotokach, lub podczas zapadu, albo też po uszkodzeniu nerwu błędnego, zwłaszcza prawego; zjawia się stale w przypadkach choroby Basedowa, jest zwykle stałym objawem zakażenia miejscowego jak np. w gruźlicy, ogniskach ropnych np. w migdałkach, jamie nosowo-gardlanej i w pyorrhoea alveolaris; tętno w tych cierpieniach może podnosić się do 130 nawet bez objawów gorączki. Częstoskurcz występuje też zazwyczaj po zatruciu atropiną, nitrogliceryną i alkoholem. Również przy wadach serca, a mianowicie zwężeniu zastawki dwudzielnej i niedomykalności aorty, zjawia się nieraz tachykardja wysokiego stopnia. Dalej, występuje u ludzi nerwowych pod wpływem każdego wzruszenia lub podniecenia i przejściowo, w rekonwalescencji, po ostrych chorobach.

Przy tachykardji uderzenie końca serca przesuwa się i rozszerza i wskutek tego mamy wrażenie, że serce się powiększa. Często też wy-

stępują przy niej skurczowe szmery, które czynią prawdopodobnem podejrzenie prawdziwego schorzenia serca. Jednak trzeba pamiętać, że jeżeli tylko serce silniej pracuje, mogą już wystąpić szmery czynnościowe a uderzenie końca serca może się rozszerzyć i mogą prowadzić te objawy do fałszywego przypuszczenia, że serce jest rozszerzone.

Naturalnie, że przy zwykłej tachykardji musimy wykluczyć organiczne choroby serca, lub też zatrucia, względnie choroby infekcyjne, a więc przedewszystkiem zapalenie śródsierdzia i gruźlicę.

Mogą być różne rodzaje tachykardji, począwszy od najlżejszej postaci tachykardji wzruszeniowej (T. emotionelle) Vaquez'a aż do częstoskurczu napadowego. Najczęściej pojawiają się tachykardje w wieku pokwitania na tle przewagi nerwu sympatycznego, a młodzi ludzie mogą mieć nawet objawy hipertyreotoksyczne. Te wszystkie postaci tachykardji są zwykle krótkotrwałe i nie prowadzą do zaburzeń w sercu. Przy objawach tarczycowych trzeba oznaczać przemianę podstawową w celu odróżnienia ich od choroby Basedowa.

Obok częstoskurczu zwykłego występuje u ludzi nerwowych często arytmia na tle skurczów dodatkowych. Z doświadczeń na zwierzętach wiemy, że skurcze dodatkowe mogą powstawać pod wpływem zaburzeń czynnościowych. I tak powstają one po podrażnieniu nerwów łuku aorty i sinus caroticus; także zmniejszanie ciśnienia w sinus caroticus wywołuje u królika skurcze dodatkowe. Mogą one jednak powstawać też na tle zmian w mięśniu sercowym, a więc w przypadkach myocarditis lub myodegeneratio.

W doświadczeniach powstają skurcze dodatkowe przez podrażnienie serca bodźcami: mechanicznymi, cieplnymi, elektrycznymi, albo przez wstrzykiwanie naparstnicy, kofeiny, adrenaliny oraz wlewania soli wapniowych; dalej powstają przy duszności, przy zmianach w tętnicach wieńcowych, również mogą powstać wskutek podniesienia ciśnienia krwi w wielkim krwiobiegu i przez podrażnienie nerwów, przyspieszających ruchy serca.

W klinice stwierdzamy, że wpływy nerwowe odgrywają w powstawaniu ekstrasistolji pewną rolę, i tak u ludzi nerwowych występują one pod wpływem psychicznym, zwłaszcza pod wpływem nieprzyjemnych wrażeń. Również pojawiają się one na tle mechanicznych przeszkód w akcji serca, jak np. przy wypełnieniu gazem żołądka, albo w pozycji leżącej na brzuchu. Występują one dalej przy hipertencji, w wadach serca, przedewszystkiem przy wadach aorty i przy sklerozie naczyń wieńcowych. W tych ostatnich wypadkach są one wynikiem uszkodzenia mięśnia sercowego. Występują one też pod wpływem za-

trucia naparstnicą i nikotyną. U ludzi nerwowych raz zauważona niemiarywość ruchów serca zwraca uwagę chorego a samoobserwacja i oczekiwanie nowych przerw jest powodem nieraz upartego utrzymywania się tej niemiarywości.

Chcąc więc na podstawie pojawienia się skurczów dodatkowych rozpoznawać nerwicę serca, trzeba chorego dokładnie zbadać i odróżnić ludzi, nie mających zmian w sercu od ludzi sercowo chorych, gdyż tylko u ludzi młodych i pozatem zupełnie zdrowych skurcze dodatkowe nie mają złego znaczenia prognostycznego.

Do dokładniejszej oceny arytmji ekstrasystolicznej potrzebne jest częste badanie elektrokardjograficzne. Jeżeli przytem krzywa elektrokardjograficzna wykazuje różne postacie skurczów dodatkowych, to wtedy są one napewno organicznego pochodzenia; to też nie można ich lekceważyć.

Etjologia. Bardzo trudno jest nieraz odkryć przyczynę powstawania nerwic sercowych, lecz w niejednym przypadku można przez dokładne rozpatrywanie przypadku znaleźć czynniki, wywołujące nerwicę serca. I tak: dziedziczna nadwrażliwość serca i naczyń, wadła budowa ciała, obniżenie przepony, zmiany w gruczołach dokrewnych, są podłożem do rozwijania się nerwic sercowych.

Niewątpliwie też nerwice sercowe powstają na tle psychicznem. Psychiczna jest już przyczyna odczuwania ruchów serca, jak i nieprawidłowej reakcji na nie. Ludzie, którzy są skłonni do hipochondrycznej samoobserwacji, zwracają przy najmniejszej drobnostce uwagę na serce. Odczuwają oni bóle, kłucia, kołatanie serca, i sądzą, że są na serce chorzy. Często przyczyną wywołującą jest obawa przed zachorowaniem. Jeżeli w rodzinie chorego zdarzy się przypadek choroby serca, w tej chwili powstaje u tych psychopatów obawa o serce. Często też medycy, a nawet lekarze podczas nauki lub obserwacji chorych sercowych dostają podobnych przypadłości.

Często u masturbantów, spowodu obawy czy samogwałt nie wywołuje uszkodzenia serca, powstają nerwice serca. Do psychicznie powstałych nerwic sercowych należy zaliczyć chorych z nerwicą urazową i ludzi, którzy starają się o zaopatrzenie spowodu choroby.

W tych wypadkach nie obawa przed chorobą wywołuje nerwicę, lecz kompleks psychiczny, połączony z walką o rentę. Tego samego pochodzenia są przypadłości sercowe po porażeniu prądem elektrycznym. Często także wspomnienie przebytej choroby, mogącej spowodować uszkodzenie serca, jak n. p. u ludzi, którzy przebyli kiłę, wywołać może nerwicę serca.

Nerwice serca mogą powstawać przy nerwicach przewodu pokarmowego, jako objaw równoległy z objawami dyspeptycznymi nerwicy trzewiowej. Przyczyną powstawania jest nadmierna wrażliwość układu nerwowego wegetacyjnego, która nie ogranicza się do samego serca, lecz dotyczy również żołądka i jelit. I tak zdarzają się u tych chorych, obok objawów sercowych, t. j. przyśpieszania tętna lub arytmji, zaburzenia dyspeptyczne, żołądkowe, zaparcia stolca, zaburzenia naczynioruchowe jak dermatografja, rumienie, powstające pod wpływem wzruszenia, zimne i wilgotne ręce. Również odruchy są wzmożone, a objawom tym towarzyszy lekka depresja. Ludzie ci należą przeważnie do typu astenicznego o małym sercu i hipoplazji naczyń.

Przyczyną nerwic sercowych mogą być też zatrucia i to przede wszystkim tytoniem. Już przy przyzwyczajaniu się do palenia występują często przypadłości sercowe, a nałogowi palacze skarżą się często na przypadłości sercowe, które można uważać za nerwowe, ponieważ znikają one po zaprzestaniu palenia. Znacznie rzadziej występują przypadłości sercowe po nadużywaniu kawy, herbaty, lub alkoholu. Niektórzy powiadają, że zatrucie ołowiem w początkowym okresie może wywoływać przypadłości sercowe nerwowe przed rozwinięciem się sklerozy naczyń; jest to jednak niepewne przypuszczenie.

Zatrucia endogeniczne odgrywają mniejszą rolę, z wyjątkiem zatrucia wydzieliną tarczycy, które to tyreotoksykozy stanowią osobną grupę chorobową. W okresie przekwitania i po wytrzebieniu operacyjnym lub radiologicznym, powstają zaburzenia w krążeniu z różnymi objawami podmiotowymi, które są objawami nerwowymi czynnościowymi. Poruszane niedawno w piśmiennictwie nerwowe przypadłości sercowe na tle włókniaków macicy, właściwie nie istnieją. Również występowanie przypadłości sercowych u mężczyzn po wycięciu gruczołu krokowego, jest nieprawdopodobne. Zaburzenia płciowe i coitus interruptus, może wywołać nerwowe objawy ze strony serca, chyba nie na tle zaburzeń dokrewnych, lecz przez podrażnienie układu nerwowego wegetacyjnego. Bardzo nieprawdopodobne jest, jak podałem, powstawanie nerwic sercowych odruchowych, pochodzących z żołądka i jelit, lecz prawdopodobnie zaburzenia jelitowe nie są przyczyną nerwicy serca, lecz objawem, zjawiającym się obok nerwicy przewodu pokarmowego na tle zaburzeń w układzie nerwowym wegetacyjnym.

Zespół sercowo-żołądkowy, opisany przez *Roemhelda* jest wrodzonym zбочeniem z poprzecznym ustawieniem serca i wysokim ustawieniem przepony i przesunięciem ku górze żołądka, przez co bańka

gazowa w żołądku, zwłaszcza po jedzeniu, przesuwa serce jeszcze więcej ku górze.

Należy tu zwrócić uwagę, że wszelkich zaburzeń czynnościowych serca po przejściu chorób zakaźnych nie należy uważać, bez zastrzeżenia, za przypadłości nerwowe, gdyż po tych chorobach łatwiej można przypuszczać organiczne uszkodzenie serca. Przy tak różnorodnych czynnikach etiologicznych nerwic sercowych musimy przypuścić, że patogeneza nerwic sercowych nie jest jednolita, lecz tej sprawy dokładnie nie znamy, nie możemy dziś odpowiedzieć z pewnością na pytanie, czy układ wegetacyjny jest tylko pośrednikiem nienormalnych wpływów na serce, czy też je wywołuje i czy tylko układ nerwowy śródsercowy bierze w nim udział czy też i mięsień sercowy jest włączony do tego zespołu nerwicy sercowej.

Ważniejsza pod względem klinicznym, od dotychczas omawianych zaburzeń nerwowych serca, jest tachykardja paroxysmalis, częstoskurcz napadowy, polegający na nagłym występowaniu bardzo przyspieszonej akcji serca, zupełnie regularnej, wynoszącej od 120 — 200 a nawet 300 uderzeń na 1'. U pewnej grupy chorych mających te objawy nawet najdokładniejsze badanie nie może wykryć żadnych zmian w sercu, a nawet w niektórych przypadkach badanie sekcyjne nie wykazało żadnych zmian anatomicznych. Atak taki może się skończyć po kilku minutach, godzinach, lub nawet dniach. W częstoskurczu napadowym musimy przyjąć zmianę czynnościową, albo w sercu, albo układzie nerwowym. Powody napadów mogą być najrozmaitsze, poczynszy od psychicznych, n. p. po silnym przestraszu, szczególnie u ludzi z wadami serca, którzy poprzednio o swem cierpieniu nic nie wiedzieli, pojawia się nagle atak sercowego częstoskurczu, który może się później powtarzać pod wpływem różnych przyczyn. Tego rodzaju spostrzeżenia poczyniłem nieraz w mej praktyce; część więc przypadków napadowego częstoskurczu zjawia się u ludzi z wadami serca, zwłaszcza na tle gośćcowem, dalej ze sklerozą tętnic wieńcowych lub zmianami degeneracyjnymi w mięśniu sercowym. A zatem musimy odróżnić tu dwie grupy chorych, ze zmianami organicznymi w sercu i bez nich. Atak zaczyna się nagle uczuciem ucisku w klatce piersiowej i nieznacznym lękiem, lecz na bóle sercowe zwykle się tacy chorzy nie skarżą. Podczas ataku często zjawia się nadmierne oddawanie moczu jasnego — *urina spastica*. Tętno jest bardzo szybkie, ciśnienie niższe, chory czuje trzepotanie w klatce piersiowej, jest nieco blady, poci się, drży i czuje się słaby. Nad sercem słychać embryjokardję, szmery są zwykle niewyraźne i pojawiają się w okresie skurczu serca. Jeżeli atak trwa dłużej, może przyjść do

rozszerzenia serca, nawet przedtem zupełnie prawidłowego i do obrzęku wątroby. Badanie elektrokardiograficzne wykazało, iż te bardzo liczne skurcze serca, są skurczami dodatkowymi, pochodzenia przedsionkowego, komorowego, lub pochodzącymi z węzła Tawary. Rzadko zaś powstają one w zatoce sercowej, a zatem skurcze te przeważnie są nieprawidłowego pochodzenia. Akcja jest zwykle prawidłowa, niemierności występują przedewszystkiem przy tachykardji przedsionkowej, przyczem pojawiają się zaburzenia przewodnictwa w mięśniu sercowym. Atak taki, tak szybko kończy się, jak szybko powstał i rzadko jest niebezpieczny dla życia. Jeżeli zdarzają się przypadki śmiertelne, to tylko po atakach, trwających długo, tydzień i dłużej, gdy przychodzi do wielkiego rozszerzenia serca i nagłej śmierci wskutek obrzęku płuc lub drżenia komór. W takich wypadkach zwykle można wykazać rozszerzenie serca i objawy zastoju tak, iż przez wstrzykiwanie przetworów naparstnicy i strofantyny można chorego na czas jeszcze uratować i uchronić od obrzęku płuc. A zatem rokowanie jest w tych przypadkach na ogół dobre; inaczej jednak przedstawia się sprawa, gdy zdarza się częstoskurcz napadowy w przebiegu organicznych schorzeń serca. Wtedy bowiem łatwiej przyjść może do końcowego osłabienia serca, a nawet drżenia komór.

Nadto w organicznych chorobach serca może częstoskurcz napadowy polegać na drzeniu lub trzepotaniu przedsionków, co można odróżnić od częstoskurczu ekstrasystolicznego. Trzepotanie bowiem polega na zmianach w samym mięśniu sercowym i to w przedsionku. Liczba skurczów przedsionka wynosi w tym wypadku od 260 — 320 na minutę. Liczba skurczów komory odpowiada połowie ilości skurczów przedsionka. Odróżnienie trzepotania przedsionków od skurczów dodatkowych, stanowiących podstawę częstoskurczu napadowego, nie zawsze jest łatwe. Praktycznie rzecz biorąc, jeżeli częstoskurcz trwa tydzień lub dłużej, a częstość tętna nie zmienia się w spoczynku i w ruchu, to mamy do czynienia zawsze z trzepotaniem przedsionków. Podczas trzepotania przedsionków może się liczba skurczów komorowych zbliżać do liczby skurczów przedsionków i przyjść może do zapadu sercowego (synkope). Ucisk na tętnicę dogłową zwalnia ruchy komory na kilka sekund. Oglądając żyły szyjne można na nich rozpoznać szybkie ruchy, odpowiadające trzepotaniu przedsionków. Przy trzepotaniu liczba skurczów komorowych jest zwykle połową skurczów przedsionka, przy migotaniu zaś przedsionków skurcze komorowe powstają w nieregularnych odstępach i przez to można te dwie postacie częstoskurczu od siebie oddzielić. Znając te cechy kliniczne można już przy

łożku chorego i bez przyrządów odróżnić od siebie te dwie postacie nieprawidłowej czynności przedsionków. Rozpoznanie zaś dokładne może być tylko postawione po zbadaniu elektrokardjograficznym chorego.

W ten sposób omówiłem najważniejsze postacie nerwic sercowych i sposoby wzajemnego odróżniania ich od schorzeń organicznych, jak i ich charakterystyczne cechy. Progностycznie są one przeważnie zaburzeniami, nie mającymi większego znaczenia, z wyjątkiem częstoskurczu napadowego, który w wyjątkowych również wypadkach może być zaburzeniem poważniejszym, a zwykle też po krótkim trwaniu ustępuje nagle bez śladu.

Lecząc nerwice sercowe trzeba pamiętać o tem, że najważniejszą rzeczą jest uspokojenie chorego i wytłumaczenie mu, że cierpienie jego nie jest właściwie pochodzenia sercowego, lecz nerwów sercowych i układu wegetacyjnego, a często ma podkład psychiczny. Chory nie powinien odnosić wrażenia z rozmowy z lekarzem, że jest na serce chory i nigdy nie powinien otrzymywać nasercowych środków, a zwłaszcza przetworów naparstnicy. Lekkomysłne i nieuzasadnione rozpoznanie rozszerzenia serca na podstawie rozlanego uderzenia końca serca, jest również szkodliwe dla takich chorych. Choremu należy zapisywać nervina i zabronić mu palenia tytoniu, używania kawy, a nawet mocnej herbaty. Również u takich chorych trzeba dbać o prawidłowe działanie przewodu pokarmowego, usuwać wzdęcia oraz podawać leki, regulujące czynność jelit.

Bardzo trudno natomiast jest leczyć nerwice, powstałe po wypadkach i u ludzi, ubiegających się o rentę wypadkową. Wszelkie wysiłki uspokojenia takiego chorego chybają celu. Dopiero po załatwieniu sprawy wypadkowej lub po wygraniu procesu i uspokojeniu się chorego, można liczyć na polepszenie się jego stanu. W nerwicach, których przyczynę stanowi tło psychiczne, ważne jest pozyskanie zaufania chorego, gdyż w ten sposób można rozprószyć jego hipochondryczne myśli. Trudno jest podawać szczegółowe wskazówki, wedle których lekarz ma postępować. Zależy to przede wszystkim od jego indywidualności a także od indywidualności chorego.

Chorem powinno się pozwolić na prowadzenie niezbyt skrupowanego życia, przede wszystkim używania w miarę ruchu, a nawet lekkich sportów, natomiast trzeba zabronić nadmiernego używania alkoholu, kawy etc. i zalecić prowadzenie umiarkowanego i higienicznego trybu życia.

W diecie należy unikać kawy i alkoholu, natomiast lekka herbata nie jest szkodliwa. Nadmierne picie płynów może być powodem żywej akcji serca, dlatego też tacy chorzy nerwowi nie powinni pić więcej, jak około 2 l. dziennie; płyny te powinny być rozdzielone równomiernie w ciągu dnia. Dietę należy stosować nie obfitującą w nadmierne ilości mięsa, lecz zawierającą obok węglowodanów także jarzyny, kompoty, owoce, przyczem należy unikać potraw, wywołujących wzdęcie.

W przypadkach nerwic sercowych, gdzie nie tyle wpływy psychiczne, lecz nerwowe, a więc zaburzenia w układzie nerwowym wegetacyjnym, występują na pierwszy plan, należy stosować leczenie ogólne wzmacniające i kąpielowe, względnie hydropatyczne. Wysyłanie więc chorych do takich uzdrowisk, jak Ciechocinek, jest dla nich bardzo wskazane. Tu bowiem możemy zastosować kąpiele letnie, półkąpiele, zmywania częściowe, tusze, kąpiele solankowe i kąpiele kwasowęglowe. Także masaże i gimnastyka lecznicza mogą być stosowane a szczególnie leczenie terenowe według zasad *Oertla*. Czasem wystarczają już tylko same kąpiele nożne lub okłady zimne na łydki. Z kąpielami kwasowęglowymi, trzeba być z początku bardzo ostrożnym i zaczynać od kilku-minutowych o ciepłocie 34° C. Kąpieli rzecznych i morskich należy unikać, zwłaszcza w okresie ostrzejszym nerwicy, niewolno również pozwalać na pływanie w zimnych basenach, lub w zimnym morzu. Kąpiele z kwasu węglowego uważano oddawna jako ćwiczenie serca i porównywano ich działanie z działaniem naparstnicy, ponieważ serce w kąpeli takiej musi wykonywać większą pracę, jak i naparstnica zmusza serce do wzmożonej pracy. Tymczasem nowsze badania wykazały, że w obojętnej letniej kąpeli ilość krwi wypchniętej w minucie niewiele się zwiększa, a dopiero w gorącej kąpeli zwiększa się ona znacznie wskutek wzmożonego przepływu krwi w skórze. W kąpeli letniej przychodzi właściwie do zwężenia naczyń skórnych, a krew pozostaje w naczyniach głębszych skóry w warstwie podbrodawkowej. Działanie kąpeli letniej, obojętnej, polega częściowo na wpływach cieplnych, częściowo na wpływie ucisku wody na naczynia włosowate i żyły i na ucisku na jamę brzuszną. Wskutek tego zwiększa się odpływ krwi z żyły próżnej dolnej i z żyły wrotnej. Kwas węglowy działa przede wszystkim na zakończenia nerwowe w skórze i na komórki nerwowe w skórze. W kąpeli obojętnej zmienia się również wentylacja płuc, zależnie od ciśnienia wody w kąpeli. Dlatego też przychodzi do zwiększenia się ciśnienia kwasu węglowego w powietrzu pęcherzyków płucnych. Kąpiele letnie działają na serce przez rozszerzenie naczyń włosowatych skórnych, powodując zmianę w krążeniu, która dopiero wpły-

wa pośrednio na pracę serca. W kąpielach mineralnych naturalnych małe ilości CO_2 , H_2S , emanacji radowej a także siarka, arsen, jod, rad, mogą ulec wessaniu i działają za pośrednictwem hormonów, witamin, glutatjonu na fermenty, które katalizują procesy przemiany materji.

Dzięki tym wielostronnym wpływom wymienionych kąpeli leczenie chorych w uzdrowiskach, takich jak Ciechocinek, jest bardzo skuteczne, gdyż wpływa nietylko na narząd krążenia, ale i na procesy życiowe połączone z przemianą materji i może przyspieszać sprawę zdrowienia. Do tego przyczyniają się również warunki klimatyczne i terenowe zdrojowiska, które mogą działać na nastrój psychiczny chorego. Również pobyt w górach może wpływać korzystnie na leczenie nerwic sercowych. Nie trzeba się zatem obawiać nawet wysokości do 1.000 m., gdyż tacy chorzy, odbywając spacer w górach, łatwiej nabierają zaufania we własne siły. Leczenie ogólne można połączyć z leczeniem farmakologicznem, można więc zapisywać arsen, chininę, strychninę, fosforany, obok walerjany, bromu, sedobrolu i innych środków uspokajających. Zapisujemy n. p. Rp. pillulae natr. arsen. \dot{a} 1 mg. 3 razy dziennie po 1-nej do 3-ch pigułek, albo Rp. acidi arsen. 0,1, Exstr. strychni 0,5, ferr. lactici, chinini muriat aa 2,5 mass. pill. q. s. ut. f. pill. Nr. 100 s. 2 — 3 pigułki po jedzeniu dziennie.

Przetwory fosforu można polecać w postaci fityny, fosfitu, przetwory żelaza w postaci ferrum reductum po 0,3—0,05 lub ferrum lacticum po 0,1 3 razy dziennie, pigułki Blauda i t. p. Valerjanę można zapisywać jako tinctura valerianae simplex lub intractum valerianae Klawe 3 razy dziennie po 15 kropel obok przetworu bromu, można dawać połączenia kwasu barbiturowego, a więc bromisovalerylurea po 0,3, — albo bromodiaethylacetylcarbamid po 0,5 na noc, albo mieszanke bromową Rp. natr. bromati 10,0 codeini phosphor. 0,3 natr. diaethylbarbitur. 1,0 aqua destill. 200,0 na noc łyżkę.

Leczenie specjalne musimy prowadzić przy leczeniu częstoskurczu napadowego, przedewszystkiem zaś leczenie, mające na celu przerwanie napadów. Pewnie działającego środka w tym kierunku, niestety, nie mamy, lecz czasem zmiana pozycji chorego, n. p. schylenie głowy aż do kolan, albo podrażnienie gardła aż do wywołania nudności przerywa atak. Również ucisk na nerw błędny w okolicy kąta szczęki, zwłaszcza po prawej stronie, przez 10—20 sekund może przerwać atak przez odruch wywołany we wrażliwej ścianie tętnicy w sinus caroticus. Odruch ten przechodzi przez n. glossopharyngeus do rdzenia przedłużonego, a stamtąd do nerwu błędnego. Zabieg ten jest nieprzyjemny, ale nie niebezpieczny. Nie można jednak równocześnie uciskać obu tętnic do-

głowych. Również zabieg Valsalvy, t. zn. wykonanie wydechu i wdechu przy zamkniętej głośni może wpłynąć na przerwanie tachycardia paroxysmalis. Jednak tylko w rzadkich przypadkach zabiegi te mają wpływ. Dlatego też chinidyna jest właściwie jedynym lekarstwem, które może usunąć tachykardję. Usuwa ona bowiem nie tylko napady częstoskurczu, ale i migotanie przedsionków. Jednak z używaniem chinidyny trzeba być ostrożnym, nie wolno jej podawać przy krwiopłuciu, lub przy objawach zastoju i przy większem rozszerzeniu serca. Trzeba też pamiętać, że wielu chorych nie znosi chinidyny i dostaje po zażyciu zapadu lub syncope, a wówczas serce nie jest w stanie przesunąć krwi. Dlatego zawsze trzeba podać na próbę 0,15 lub 0,20 chinid. sulfurici i wyczekać, czy niema działania trującego. Później można podawać 3 razy dziennie po 0,2, a nawet i większe dawki. Również, jeśli się przekonamy, że podawanie wewnętrzne nie wpływa na przerwanie ataku, można spróbować wstrzyknięcia śródżylnego lecz bardzo powolnego, w roztworze b. rozcieńczonym 0,1 do 0,2 chinid. sulfur. Zwykle też zostawiamy chorego przy atakach w spokoju, dieta musi być bardzo ograniczona, ilość kaloryj nie powinna przekraczać 800. I tak n. p. można podać na śniadanie 180 gr. herbaty, 50 gr. sucharka z miodem lub jamem, marmoladę, albo też jajko rozbite w mleku z cukrem (180 gr.), na obiad zaś 60 gr. drobiu, lub 90 gr. ryby, 50 gr. chleba, albo 60 gr. szpinaku. Na kolację, najpóźniej o godz. 19, 150 gr. omletu lub 120 gr. mleka, 30 gr. chleba, albo 120 gr. kaszki. Między temi posiłkami małe ilości płynów, których liczba ogólna nie powinna przekraczać 600 gr.; płyny te powinny być chłodzone. Na serce można położyć worek z lodem, czasem zastosować synapizmy. Przy większych bólach można zastosować morfinę, jednak zwykle jest ona niepotrzebna. Do sprowadzenia snu potrzebne są nieraz leki nasenne jak luminal, medinal, soneryl i t. d. Przy objawach zastoju większego stopnia musimy się nieraz uciekać do upustu krwi 250—350 ccm. W okresie między atakami trzeba starać się wybadać przyczynę ataku, śledzić za ogniskami septycznymi w ustroju, trzeba usuwać objawy dyspeptyczne, wzdęcia, należy zabronić zupełnie palenia tytoniu. Dla zapobieżenia powtarzaniu się napadów przeprowadza się kurację chinidynową i podaje się przez dłuższy czas 3 razy dziennie nawet przez 2 i 3 miesiące chinidynę po 0,2 do 0,3 2—3 razy dziennie. W przypadkach, w których nastąpiło osłabienie mięśnia sercowego, podaje się chinidynę z naparstnicą, a mianowicie: Rp. pulveris fol. digit. 1,5, chinidini sulf. 3,0 mass. pill. q. s. ut. f. pill. Nr. 30 s. 3 razy w ciągu dnia 1 pigułka. Również można podawać przez dłuższy czas Gynergen 2 — 3 pastylek po 1 mg. Gy-

nergen jest solą kwasu winowego ergotaminy i działa na nerw sympatyczny, tak jak atropina na nerw błędny, zmniejszając ilość ruchów serca; działanie Gynergeny nie jest jednak pewne. Okazało się również, że czasem także atropina może powstrzymać wystąpienie ataku. Z tego przedstawienia rzeczy widać, że przy częstoskurczu napadowym leczenie jest jeszcze niepewne i nigdy nie trzeba zapominać o udzielaniu przestróg chorym, aby zachowywali bezwzględny spokój i ściśle wypełniali polecenia lekarza, dotyczące umiarkowanego trybu ich życia.

Doc. Dr. GUSTAW SZULC (Warszawa).

METABOLIZM WZROSTU I STARZENIA.

Zarówno wzrost, ten widomy wyraz rozwoju i dojrzewanie ustroju, jak i starzenie się jest zjawiskiem tak naturalnem, tak ściśle związanem z istotą życia, że lekarz nie może pominąć rozważenia tych spraw w żadnym wypadku, stanowiącym przedmiot jego zainteresowań. Każdy człowiek znajduje się albo w okresie wzrostu, albo w okresie starzenia, i mechanizm tych procesów jest ściśle związany ze wszystkimi funkcjami ustroju, a przede wszystkim z najważniejszą dla gatunku funkcją rozrodczą, stanowiącą istotny cel życia indywidualnego dla zapewnienia nieśmiertelności gatunkowi.

Okres wzrostu i starzenia się oraz związana z tem długość życia stanowią cechę dziedziczną, są zależne ściśle od koncepcji życia i nie ulegają naogół dużym zmianom, przynajmniej na tym odcinku czasu, jaki jest dostępny dla poszukiwań historycznych. Podania o Matuzalowych latach nie znajdują teraz wiary w świetle dokładnych badań historycznych i musimy się zgodzić na to, że dążność do przedłużania życia poza normalną długość, wynoszącą około 80—100 lat, jest sprzeczną z intencjami przyrody, jest niezgodna z zasadniczą koncepcją ustroju ludzkiego, która przewiduje taką właśnie długość. Inna sprawa, że tylko w wyjątkowych wypadkach długość ta zostaje osiągnięta i zwykle życie ulega znacznemu skróceniu przez szereg czynników zewnętrznych (nazwijmy je klimatycznymi, rozumiejąc przez to i klimat społeczny), które mogą wpłynąć zarówno na procesy życiowe w okresie wzrostu, jak i starzenia się i zmodyfikować cykl życiowy w znacznym stopniu, uniemożliwiając nieraz osobnikowi wykonanie roli wskazanej mu przez przyrodę. W tej dziedzinie higjena i medycyna mają nieograniczone i wdzięczne pole do działalności. Interwencja lekarska jest tu wskazana nietylko w interesie jednostki, ale i w interesie społeczeństwa i gatunku. Interwencja taka jest możliwa o tyle, o ile lekarz pozna mechanizm tych procesów i o ile będzie miał do dyspozycji środki zaradcze i lecznicze.

Pod pojęciem wzrostu należałoby rozumieć, ściśle biorąc, wszystkie zjawiska rozwoju organizmu, poprzedzające dojrzewanie płciowe i obejmujące częściowo i ten okres. Poszczególne narządy rosną i rozwijają się w niejednakowym tempie i, podczas kiedy w jednym z narządów można obserwować okres dzieciństwa, w innym rozpoczyna się już okres starzenia, a nawet całkowitego zaniku. Przykładem tego może być grasica, zanikająca dość wcześnie po spełnieniu swej roli.

W każdym z narządów istnieje pewna kolejność bodźców rozwojowych. O szybkości rozwoju można sądzić na podstawie porównywania wagi narządów w stosunku do wagi ciała w poszczególnych okresach wieku człowieka. Według Vierordta mózg człowieka zwiększa wagę o połowę po upływie 1 roku, wątroba po 8—9 latach, serce, nerki i śledziona po 10, a płuca po 11 latach. Szczególnie gruczoły dokrewne posiadają różne tempo ewolucyjne, zależnie od roli, jaką w danym okresie życia odgrywają. Tak np. stosunek wagi nadnercza do wagi nerki wynosi u noworodka 1 : 3. U dorosłego człowieka stosunek ten kształtuje się, jak 1 : 28. Budowa histologiczna nadnercza u noworodka wykazuje wyraźną przytem różnicę w porównaniu z nadnerczem dorosłego. Dopiero w drugim roku następuje przekształcenie wewnętrznej części warstwy korowej w sposób podobny do tego, co się widzi u dorosłego. Można zgóry przewidywać, że ten inny obraz histologiczny odpowiada innej funkcji tego narządu w pierwszym roku życia i ma związek zapewne z czynnością ożywioną innych narządów, biorących udział w skomplikowanym mechanizmie wzrostu całego ciała.

Niestety mechanizm wzrostu nie jest jeszcze dostatecznie poznany, aby można było stworzyć podstawy nieomyłne dla postępowania lekarskiego. Niewyjaśniona jest nawet sprawa, czy istnieją różnice w szybkości wzrostu u różnych typów rasowych, choć wiele faktów za tem przemawia. Sprawa ta ma o tyle znaczenie praktyczne, że znajomość szybkości przyrostu długości ciała, zależnej od wrodzonych właściwości rasowych, pozwala lekarzowi na postawienie diagnozy, czy wzrost odbywa się normalnie, nadmiernie lub też wskutek jakichś czynników zewnętrznych uległ zahamowaniu.

Z czynników zewnętrznych największe znaczenie ma żywienie. W doświadczeniach na zwierzętach łatwo jest zahamować całkowicie wzrost młodego zwierzęcia przez odpowiednią, a raczej nieodpowiednią dietę. Mniejsza o to, co odejmiemy w diecie; jeśli tylko składnik diety jest potrzebny do budowy ciała, to zwierzę przestanie rosnać przy braku tego składnika, choćby miało pozatem pożywienia w nadmiarze.

Z tych czynników ważnych dla wzrostu wymienić należy w pierwszym rzędzie białko. Musi ono być zapewnione w dostatecznej ilości w pożywieniu, aby przyrost ciała odbywał się normalnie. Doświadczenie wielkiej wojny wykazało, że niedostateczna ilość białka w pożywieniu prowadzi do obniżenia przeciętnego wzrostu całej ludności. W krajach, gdzie ludność używa mało białka w pożywieniu, wzrost średni jest niższy, niż w krajach o dużym spożyciu białka. Jako przykład mogą służyć Japończycy, którzy po przesiedleniu do Ameryki i zmianie sposobu żywienia na amerykański, stają się więksi już w następnym pokoleniu. Przeciętny wzrost poborowych we wszystkich krajach uległ w ostatnim stuleciu wyraźnemu zwiększeniu wskutek lepszego żywienia warstw biedniejszych, a zwłaszcza większego spożycia mięsa i mleka.

Zbyteczne byłoby powtarzać tu jeszcze raz dyskusję na temat, jakie powinno być minimum białkowe dla zapewnienia normalnego rozwoju organizmowi i utrzymania w równowadze bilansu przemiany azotowej. Spór ten bynajmniej nie został zakończony. Jeszcze w zeszłym roku (Münch. Med. Wchschr. 1934) wywiązała się polemika w prasie lekarskiej między prof. *Hindhede*, który jest zwolennikiem ograniczenia dziennej ilości białka w pożywieniu, a przeciwnikami tej zasady *W. Süskindem* i Panią *W. Christiansen*. Prof. *Hindhede* ma obecnie 72 lata i twierdzi, że od 29 lat nie spożywa więcej białka niż 50—60 g. dziennie, przytem jest to białko przeważnie roślinne. *Süskind* przytacza natomiast przykład biednych rodzin jaroszów we Włoszech, które poprawiają się szybko, kiedy zwiększa im się rację białkową. Tak samo przeciwniczką zbyt małej ilości białka jest *Christiansen*.

W każdym razie większość fizjologów uważa, że obniżanie dziennej racji białkowej do poziomu, jaki został ustalony w doświadczeniach w pracowniach, jest połączone z ryzykiem niedoboru azotowego. Przy niedostatecznej ilości białka trudniej jest zapewnić w pożywieniu dowóz wszystkich aminokwasów, niezbędnych do budowy ciała, zwłaszcza jeśli przeważa pokarm roślinny, zawierający białko niedoborowe, pozbawione niektórych aminokwasów.

Najbezpieczniej jest, jeśli dzienna ilość białka w pożywieniu jest niewiele mniejsza niż 100 g., a w tem około 45 g. białka zwierzęcego.

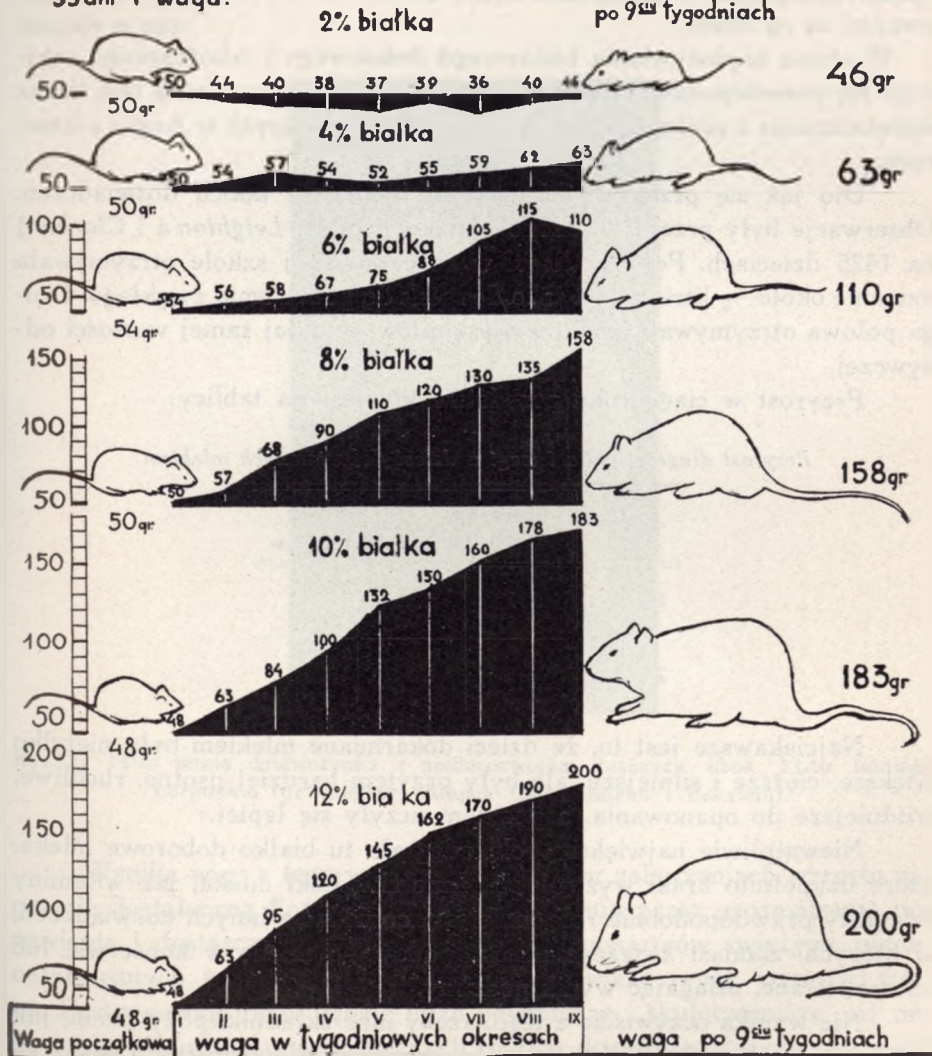
Jeśli białko znajduje się w zbyt małej koncentracji w pożywieniu, wówczas następuje zatrzymanie wzrostu nawet wtedy, kiedy pożywienia jest dużo. W doświadczeniach na zwierzętach rzecz ta może być przedstawiona w sposób bardzo efektowny. Jeśli szczurowi damy dietę, zawierającą 2% białka, to szczur nie będzie zwiększał swej wagi ani wzrostu,

WPŁYW BIAŁKA NA WZROST WAGĘ I ROZWÓJ USTROJU

POŻYWIENIE Z RÓŻNĄ ZAWARTOŚCIĄ BIAŁKA

Początkowy wiek szczura
35 dni i waga:

Wzrost
po 9^{ty} tygodniach



Doświadczenie przeprowadzono na szczurach jednego wieku /35 dni/ i prawie jednakowej początkowej wagi, przy jednakowym odżywianiu lecz z różnoprocentową zawartością białka w ciągu 9^{ty} tygodni

Panstwowa Szkoła Higieny

Oddział Biochemji

choćby miał pożywienia poddostatkiem. Na rys. 1 przedstawiony jest wynik doświadczenia, przeprowadzonego w Państwowym Zakładzie Higjenu. W doświadczeniu tem podawano szczurom z jednego miotu różne diety o rozmaitej koncentracji białka, przytem szczury otrzymywały pożywienia ad libitum. Jak widać z rysunku największy wzrost osiągnęły szczury, otrzymujące w diecie 10—12% białka, co możnaby uważać za optimum.

W stanie niedożywiania białkowego ilościowego i jakościowego znajduje się prawdopodobnie bardzo wiele dzieci. Przemawiają za tem liczne doświadczenia z próbnem dokarmianiem dzieci szkolnych w Anglii i Ameryce.

Oto jak się przedstawiają wyniki jednego z takich doświadczeń. Obserwacje były przeprowadzone w Szkocii przez *Leighton'a* i *Clarka* ¹⁾ na 1425 dzieciach. Połowa dzieci w obserwowanej szkole otrzymywała dziennie około $\frac{1}{2}$ litra mleka jako dodatek do pożywienia zwykłego. Druga połowa otrzymywała dodatek biszkoptów, o takiej samej wartości odżywczej.

Przyrost w ciągu roku przedstawiony jest na tablicy:

Przyrost długości ciała i wagi u dzieci dokarmianych mlekiem.

	liczba dzieci	przybyło	
		ca li	funtów
1 grupa	567	1.45	3.57
2 grupa	526	1.18	2.46

Najciekawsze jest to, że dzieci dokarmiane mlekiem były nietylko większe, cięższe i silniejsze, ale były przytem bardziej psotne, ruchliwe, trudniejsze do opanowania, a pozatem uczyły się lepiej.

Niewątpliwie największą rolę odegrało tu białko doborowe mleka, które uzupełniło braki wyżywienia. Inne składniki mleka, jak witaminy odegrały prawdopodobnie rolę mniejszą, co widać z innych doświadczeń, w których, zamiast świeżego mleka, podawano mleko w konserwie lub sproszkowane, osiągając wynik podobny.

Nie wynika oczywiście z tego, ażeby inne składniki pożywienia, jak witaminy i sole mineralne nie miały znaczenia dla wzrostu. Zwłaszcza witamina A, pochodząca z karotynu barwnika roślin, odgrywa w tym procesie dużą rolę. *Toverund* ²⁾ na podstawie badań przeprowadzonych na 4954 niemowlętach w Oslo w okresie od 1920 do 1931 stwierdził, że naj-

większy przyrost wagi i długości ciała niemowląt przypada na miesiąc sierpień, najmniejszy zaś na styczeń i grudzień. Jeśli uprzytomnimy sobie, że właśnie w zimowych miesiącach najmniej jest witamin w pożywieniu, zwłaszcza witaminy A i C, to obserwacje te nabierają szczególnego znaczenia. Znany jest również wpływ niedoboru witaminy D, czego następstwem może być karłowatość krzywicza, jedna z najczęściej spotykanych u nas.



Rys. 2. 14-to letnia dziewczynka z niedorozwojem tarczycy obok 13-to letniego normalnie rozwiniętego chłopca (Schlossmann i Eckstein).

Wynika więc z tego wskazanie, aby przy zaburzeniach wzrostu zapewnić dostateczną ilość witamin w pożywieniu przez urozmaicenie pożywienia i dostarczenie, zwłaszcza w lecie, pokarmów świeżych, niedenaturowanych, zawierających witaminy, jak świeże owoce, jarzyny i mleko. Postępowanie takie będzie dużo pewniejsze i skuteczniejsze, niż podawanie witamin skoncentrowanych, jakich dostarcza obecnie tak wiele przemysł farmaceutyczny w zupełnie czystej postaci.

Najbardziej typowym przykładem zahamowania wzrostu wskutek braku jakiegoś składnika w pożywieniu jest wole endemiczne w miejsco-

wościach takich, gdzie zarówno w glebie, jak i w wodzie niema dostatecznej ilości jodu. W takich okolicach dzieci często przychodzą już na świat z niedostatecznie rozwiniętym gruczołem tarczycowym wskutek braku jodu w ustroju matki. Mamy wtedy najczęściej obraz obrzęku śluzowatego (myxoedema), kończącego się bez leczenia nieuchronnie kretynizmem. Najważniejszą cechą rzucającą się w oczy jest wybitne zahamowanie wzrostu. Tak samo zahamowanie wzrostu daje się obserwować



Rys. 3. Dziecko z obrzękiem śluzowatym przed i po leczeniu preparatami tarczycy w/g Biedl'a.

w przebiegu wola endemicznego, jeśli objawy wola wystąpiły we wczesnym wieku i osiągnęły znaczny stopień rozwoju. Zahamowanie to jest następstwem braku hormonu tarczycy (tyroksyny), czego dowodem jest szybka poprawa, jaka następuje po podawaniu preparatów tarczycowych takim chorym. Na rys. 2 i 3 uwidocznione jest zahamowanie wzrostu przy braku hormonu tarczycowego oraz skutki leczenia preparatami tarczycowymi.

Zagadnienie wola endemicznego i kretynizmu zasługuje u nas z wielu względów na szczególne zainteresowanie. Przedewszystkiem podkreślić należy, że wola należy u nas do częstych chorób. Ostatnie bada-

nia, przeprowadzone w Państwowym Zakładzie Higieny na podstawie materiału zebranego przez płk. Wagę^{3) 4)} z komisji poborowych wykazują, że wole spotyka się u nas na terenie całego kraju, a w niektórych miejscowościach podgórskich jest ono tak częste, że więcej niż 20% poborowych wykazuje go w stopniu wybitnym i staje się niezdadnymi do służby w szeregach. W niektórych okolicach województwa Krakowskiego cierpienie to przybiera wyraźnie rozmiary klęski społecznej i Ministerstwo Opieki Społecznej zmuszone było zarządzić specjalne środki zaradcze, polegające na jodowaniu soli sprzedażnej na terenie tego województwa (5 mg jodu na 1 kg soli).

Zaburzenia wzrostu w związku z wypadnięciem czynności lub niedomogą tarczycy zasługują na szczególną uwagę lekarza, gdyż w żadnej może dziedzinie lekarz nie osiąga tak efektownego skutku, jak przy leczeniu preparatami tarczycy.

Tarczyca wydziela czynnik pobudzający wzrost. Zwierzęta, którym usunięto tarczycę, przestają rosnąć. Łatwo stwierdzić u takich zwierząt brak kostnienia normalnego, zwłaszcza w obrębie kości długich. Z chwilą kiedy zwierzęciu, pozbawionemu tarczycy, poczniemy podawać tyroksynę, zaczyna się ponowne kostnienie i prawidłowy wzrost. Mechanizm pobudzania wzrostu przez hormon tarczycy nie jest jeszcze wyjaśniony. Tyroksyna sama nie działa bezpośrednio na wzrost tkanek izolowanych. Jednak osocze krwi zwierząt pozbawionych tarczycy działa mniej pobudzająco na wzrost tkanek, niż osocze krwi zwierząt zdrowych, zawierające hormon tarczycy. Przypuszczać należy, iż pobudzenie wzrostu odbywa się przynajmniej częściowo za pośrednictwem przysadki mózgowej, wytwarzającej swoisty hormon wzrostowy, zbadany dokładniej w ostatnich latach przez *Evansa* i jego współpracowników. Jednak nie jest to zdaje się jedyny mechanizm, gdyż hormon, a właściwie hormony tarczycy wywierają na rosnący organizm wpływ wielostronny. Niema takiego narządu, ani takiego gruczołu wydzielania wewnętrznego, którego rozwój lub czynność nie byłaby w pewnej zależności od tarczycy. A więc wszystko to, co ma związek z mechanizmem rozwoju i wzrostu, jest wyraźnie zależne od tarczycy. Przemiana białkowa, węglowodanowa i tłuszczowa nie może odbywać się normalnie przy wypadnięciu czynności tarczycy. Brak hormonów tarczycy powoduje zahamowanie wszystkich czynności życiowych i prowadzi nieuchronnie do zakończenia życia, najczęściej przy objawach cachexia strumipriva.

Normalny proces zamierania ustroju, fizjologiczne starzenie się jest w ścisłej zależności od stopniowego zaniku czynności gruczołu tarczycowego.

Horsley i *Vermehren* twierdzą, że starość jest to zwyrodnienie gruczołu tarczycowego, tak jak obrzęk śluzowaty należy uważać za przedczesną starość. *Gilford*, *Rummo* i *Ferranini*, a wreszcie *Lorand* podzielają to zdanie i wskazują na wyraźne podobieństwo zmian starczych w obrzęku śluzowatym, zwłaszcza w obrębie skóry, w przemianie materji i w narządach płciowych.

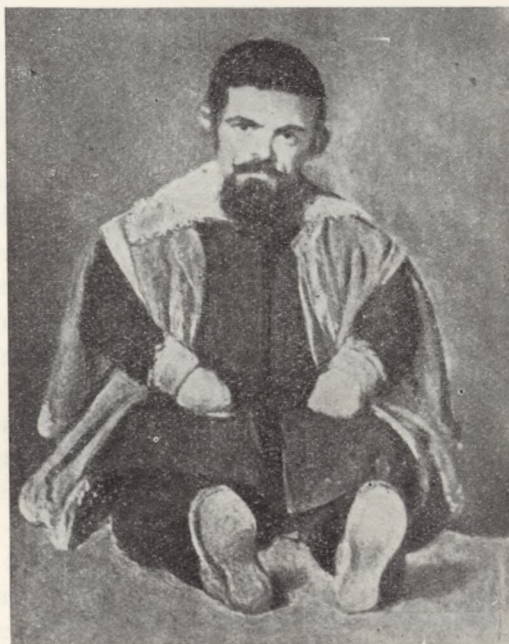


Rys. 4. Achondroplazja.

Na podobieństwo atyreozmu do starości wskazuje również *Biedl*. Po usunięciu tarczycy u młodych zwierząt stwierdzono powstawanie wyraźnych zmian ateromatycznych w aorcje. Intima pokrywa się licznymi białymi blaszkami, w których przy badaniu mikroskopowym można stwierdzić tłuszczowate zwyrodnienie i zwapnienie. W jednym przypadku *Pick* i *Pineles* znaleźli u kozy po tyreoidektomji wybitną sklerozę pomimo leczenia tyreojodyną.

Tarczyca jest najważniejszym narządem umożliwiającym szybkie dopasowanie się do warunków zewnętrznych, i reaguje żywo na wszystkie czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Żywnienie, klimat, wzruszenia psy-

chiczne, zatrucia i t. p. wszystko to może się odbić na tarczycy, może zwiększyć lub zmniejszyć wydzielanie hormonów i być pośrednią przyczyną zarówno zaburzeń wzrostu i rozwoju, jak i przedwczesnego zamierania organizmu. Rodzaj pożywienia, zawartość białka i tłuszczu w pokarmach, może wpłynąć na przemianę materji, wykazując działanie specyficzno-dynamiczne, co jest całkowicie uzależnione od tarczycy. W czasie głodu czynność wydzielnicza tarczycy zmniejsza się wyraźnie, po je-



Rys. 5. Karłowatość achondroplastyczna w obrazach Velasquez'a.

dzeniu czynność się wzmacnia (*Jackson*⁵⁾, *Nicholson*⁶⁾, *Vogt*⁷⁾). Nadmierne podawanie tłuszczu przy braku witamin powoduje znaczne zwiększenie gruczołu i to samo nadmierne podawanie białka (*Mellanby*⁸⁾).

Niektóre pokarmy działają swoiście na gruczoł tarczycowy. *Webster*⁹⁾ i współpracownicy stwierdzili, że żywienie zwierząt kapustą prowadzi do przerostu tarczycy. Równoczesne podawanie niewielkich ilości jodu powodowało wybitne wychudzenie i śmierć tych zwierząt. Wobec tego, że niektóre gatunki kapusty zawierają izotiocyjanki, próbowano zbadać, jaki wpływ mają cyjanki na czynność tarczycy. Okazało się, że

organiczne cyjanki prowadzą do wyraźnego zwiększenia czynności tarczycy z trzeszczem gałek ocznych i z niepokojem, jak przy chorobie Basedowa (*Marine* i inni¹⁰).

Klimat odgrywa poważną rolę w czynnościach tarczycy. Niska temperatura zwiększa wydzielanie tyroksyny i podwyższa przemianę spoczynkową (*Stoland* i *Kinney*¹¹), wysoka temperatura natomiast zmniejsza tę czynność.



Rys. 6. Karłowatość achondroplastyczna w obrazach Velasquez'a.

U zwierząt zasypiających na zimę dzieje się inaczej. Podczas snu zimowego czynność tarczycy ulega wybitnemu zmniejszeniu, po obudzeniu czynność ta ożywia się ponownie.

Nawet czynnik geograficzny może mieć wpływ na wydzielanie tarczycy, czego dowodem jest wole endemiczne, o czym była mowa już poprzednio. Wole jest ściśle związane z pewnymi terenami. Nie wiemy dotąd napewno, czy przyczyną wola jest brak jodu w pokarmach i wodzie tych okolic, czy jest to czynnik zakaźny, związany z daną okolicą, czy są to wreszcie jakieś tajemnicze promieniowania, jak tego chcą niektórzy badacze, — sprawa ta narazie niema większego praktycznego znaczenia.

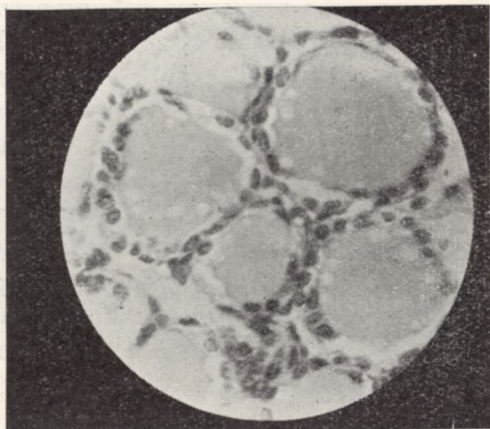
Wiemy napewno, że podawanie niewielkich ilości jodu w pożywieniu wpływa korzystnie i usuwa objawy wola, jeśli nie posunęły się one zbyt daleko. Tak samo działa wybitnie leczniczo przesiedlanie osób z niedomogą tarczycy do miejscowości, gdzie w terenie znajduje się więcej jodu. Pod tym względem okolice Ciechocinka i Inowrocławia zasługują na szczególną uwagę, gdyż wody z tych okolic zawierają stosunkowo najwięcej jodu, jak to wykazały badania przeprowadzone w Państwowym Zakładzie Higieny przez *Szniolisa* i *Marcinkowską*¹²⁾.

Niedomoga tarczycy, jako przyczyna zaburzeń wzrostu zdarza się stosunkowo częściej, niż inne postacie tych zaburzeń. Dla leczenia tych zaburzeń ważną jest rzeczą ustalenie, czy istotnie mamy tu do czynienia z niedomogą tarczycy i odróżnienie od innych zaburzeń, powstających np. na tle niedomogi przysadki mózgowej. Charakterystyczną cechą karłowatości na tle hipotyreoidyizmu jest krótkość kończyn przy stosunkowo dobrze rozwiniętym tułowi. Nie należy jednak mieszać karłowatości tarczycowej z achondroplazją, powstającą wskutek nieznanych jeszcze przyczyn w życiu płodowym. Ten typ karłów o dużej „kanciastej” głowie, o nadmiernie krótkich kończynach z normalnym tułowiem i narządami rodnymi, spotyka się dość często i został uwieczniony w sztuce na obrazach Velasqueza. W tej postaci karłowatości leczenie preparatami tarczycy nie pomaga zupełnie (rys. 4, 5 i 6).

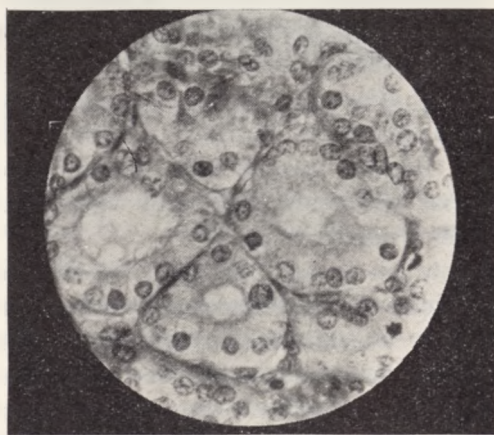
Niedomoga tarczycy, występująca w młodym wieku, powoduje zahamowanie wzrostu. Jeśli natomiast tarczycza usunięta zostanie u osobnika dorosłego, u którego procesy rośnięcia są już zakończone, to nie obserwuje się żadnych zmian wzrostu. Zahamowanie wzrostu na tle tarczycowem może się utrwalić przez proces kostnienia i karłowatość pozostaje wówczas na stałe, choćby nawet czynność tarczycy została przywrócona. Leczenie wówczas jest już bezcelowe. A więc przed rozpoczęciem leczenia preparatami tarczycy należy ustalić, czy obok zahamowania wzrostu istnieją jeszcze inne objawy niedomogi tarczycy, jak zmiany na skórze, obniżenie przemiany spoczynkowej, zaburzenia w gospodarce wodnej i solnej i t. p.

Leczenie swoiste niedomogi tarczycy i związanego z tem zahamowania wzrostu należy do najwciążniejszych w medycynie. Warunek najważniejszy, aby leczenie to odbywało się pod nieustannym nadzorem lekarza, gdyż zarówno niedostateczne podawanie preparatu, jak i przeholowanie dawki może spowodować niepożądane szkody ustrojowi. Słusznie twierdzi *Hoskins*¹³⁾, że troszeczkę zamało tyroksyny w ustroju czyni z człowieka idjotę, a troszeczkę za dużo może doprowadzić go do stanu nieopanowego szaleństwa. Zastosowanie więc

właściwej dawki jest rzeczą niezmiernej wagi. W porównaniu z innymi preparatami hormonalnymi tarczycy ma tę zaletę, że może być podawana doustnie, a tę wadę, że dokładne dozowanie jej jest dość trudne, gdyż nieustalony został dotąd wzorzec międzynarodowy tego preparatu. Stąd mogą zachodzić duże wahania w czynności preparatów, pochodzących z rozmaitych wytwórni i tembardziej konieczna jest wielka ostrożność w ich stosowaniu.

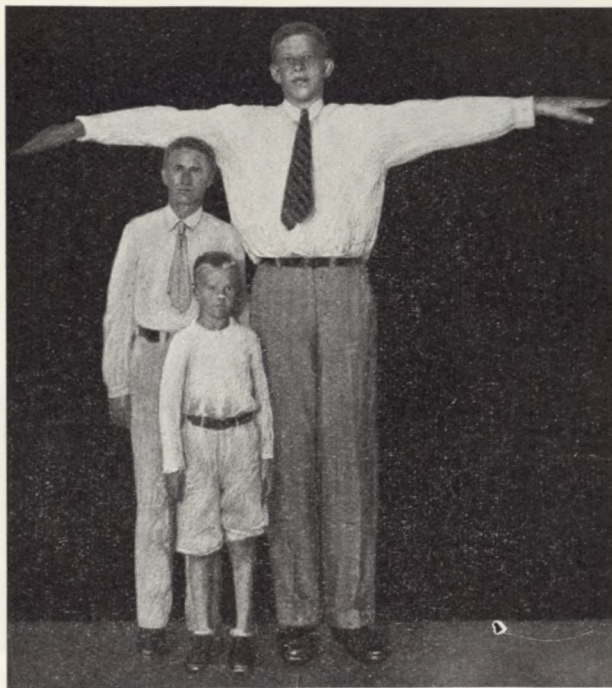


Rys. 7. Preparat tarczycy świnki morskiej (kontrola).



Rys. 8. Tarczycy świnki morskiej po 3-ach dniach zastrzykiwania hormonu tyreotropowego.

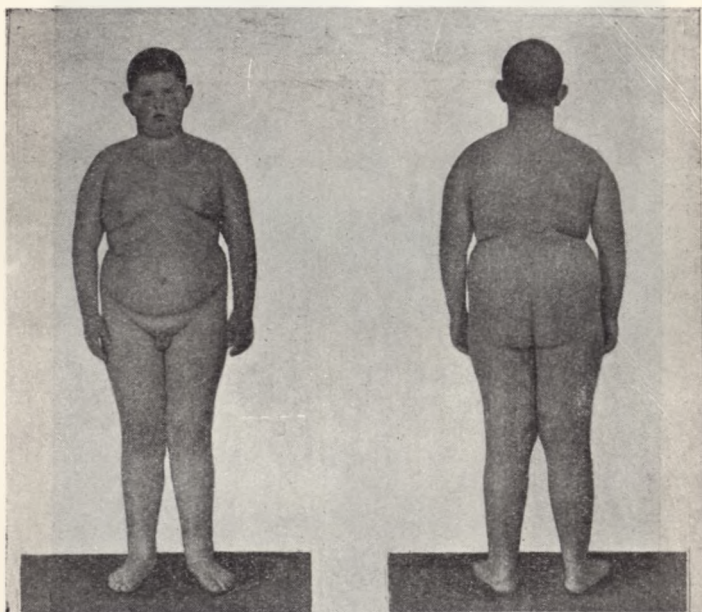
W ostatnich czasach zwrócona została uwaga na hormon tyreotropowy, pobudzający czynność tarczycy, a wydzielany przez przednią część przysadki mózgowej. Po zastrzyknięciu tego hormonu następuje znaczne pobudzenie czynności tarczycy i zwiększone wydzielanie tyroksyny do krwi. Wskutek tego zawartość tyroksyny w gruczole ulega zmniejszeniu, natomiast zwiększa się znacznie ilość tego hormonu we krwi.



Rys. 9. Olbrzymi wzrost u chłopca 13-letniego (obok człowiek dorosły normalnego wzrostu 1.72 m. i chłopiec 13-letni normalny) wg Hoskins'a.

Siłę hormonu tyreotropowego oznacza się na młodych świnkach morskich wagi 100—150 g. Za jednostkę uważają *Junkmann* i *Schöller* najmniejszą ilość preparatu, która po 3—4 dniach powoduje przynajmniej u jednego z dwóch badanych zwierząt zmiany w gruczole tarczowym, polegające na wybitnej wakuolizacji koloidu i zmianie kształtu nabłonka wyściełającego zraziki. Zamiast nabłonka przyplaszczonego z ciemnym jądrem o niewyraźnych zarysach, z małą ilością protoplazmy, występuje nabłonek wysoki z jądrem jasno zarysowanym, zżywioną mitozą i z dużą ilością protoplazmy (patrz rysunek 7 i 8).

W handlu znajdują się już preparaty hormonu tyreotropowego. Należy postępować jednak bardzo ostrożnie, gdyż dotąd niema w piśmiennictwie wiele danych o skutkach stosowania tego preparatu. Można trafić przytem na preparaty znacznie silniejsze niż wskazuje ich miano. Mieliliśmy przykłady, że siła preparatu była przynajmniej 10 razy większa, niż to było oznaczone na etykiecie i trudno winić o to wytwórnę, gdyż metody oznaczenia nie są dotąd ustalone, a wytwarzanie połączone jest z dużemi trudnościami.



Rys. 10. Dystrophia adiposogenitalis.

Należy się spodziewać, że w najbliższym czasie kliniki przeprowadzą badania nad tym ciekawym preparatem i lekarz praktyk otrzyma do swej dyspozycji jeden z najsilniej działających środków leczniczych, mogących wpłynąć skutecznie na zaburzenia wzrostu.

Na drugim miejscu pod względem częstości należy umieścić przypadki zaburzeń wzrostu w związku z naruszoną czynnością przysadki mózgowej, a ściślej mówiąc z czynnością jej przedniej części. Przysadka mózgowa w ostatnich czasach jest przedmiotem największego zainteresowania fizjologów, gdyż uzależnia od siebie jeszcze więcej narządów i gruczołów wewnętrznych, niż to czyni tarczyca.

Zbyt dużo zajęłoby czasu rozwodzenie się nad różnorodną czynnością i linizjami biochemizmu przysadki, musimy się przeto ograniczyć do omówienia czynności pobudzania wzrostu.

Przysadka nie jest konieczna do utrzymania życia. Po wycięciu przysadki zwierzęta mogą pozostawać przy życiu nawet przez dość długi przeciąg czasu, jednak wzrost tych zwierząt ulega całkowitemu zahamowaniu. Równocześnie następuje zupełne zatrzymanie rozwoju narządów płciowych. Jeśli zwierzęciu, pozbawionemu przysadki, zastrzykiwać wyciąg z przedniego płata przysadki, wówczas mimo braku gruczołu, wzrost może odbywać się normalnie, a nawet zwierzę takie może osiągnąć wzrost większy, niż zwierzęta kontrolne. Jeśli zwierzęciu usunięto przysadkę w tym czasie, kiedy proces wzrostu został już zakończony, wówczas wzrost zwierzęcia pozostaje normalny, choć inne objawy niedomogi przysadki mogą się ujawniać w całej pełni.

U człowieka możemy się spotkać albo z całkowitem zniszczeniem przysadki wskutek procesów chorobowych (najczęściej nowotwór), albo mamy do czynienia tylko z czynnościową niedomogą z różnych przyczyn, bez wyraźnych zmian organicznych. W pierwszym przypadku najczęściej mamy do czynienia początkowo ze wzmożeniem czynności pobudzającej wzrost i zamiast zahamowania, możemy mieć do czynienia ze wzrostem olbrzymim, dochodzącym do nieprawdopodobnych rozmiarów. W jednym przypadku *Hoskinsa* 13-to letni chłopiec osiągnął wzrost 216 cm i ważył 139 kg. (rys. 9). Wszystkie przypadki wzrostu olbrzymiego najczęściej są następstwem podrażnienia przysadki mózgowej i nadmiernego wydzielania hormonu wzrostowego.

Jeśli spotęgowanie czynności przysadki wystąpiło w tym czasie, kiedy proces wzrostu już został zakończony, wówczas powstają zmiany pod postacią akromegalji, powiększenie niektórych kości twarzy, rąk i stóp z charakterystycznymi zmianami części miękkich na twarzy, która wskutek tego przybiera zwykle odrażający zwierzęcy wygląd. Towarzyszą temu najczęściej zmiany w obrębie narządów rodnych (powiększenie kształtów) z całkowitym zahamowaniem czynności.

Brak hormonu wzrostowego we wczesnym wieku prowadzi do karłowatości przysadkowej (nanosomia pituitaria). Karłowatość ta różni się wyraźnie od karłowatości tarczycowej. Podczas kiedy niedomoga tarczycy daje przedewszystkiem zahamowanie wzrostu kończyn, a tułów staje się przez to nieproporcjonalnie duży, to w przypadku niedomogi przysadki zahamowanie jest zupełnie równomierne, a nawet kończyny są jakby mniej dotknięte. Wskutek tego kształty są proporcjonalne i raczej smukłe, jeśli przytem niema równocześnie zaburzeń w przemianie tłu-

szczowej, co daje nadmierną otyłość (dystrophia adiposo-genitalis) (rys. 10). W odróżnieniu od karłów tarczycowych nie widzi się tu najczęściej zaburzeń psychicznych. Inteligencja jest zwykle całkowicie zachowana. Narządy płciowe są niedorozwinięte, podczas gdy przy niedomodrze tarczycy są one zwykle normalnie rozwinięte. Skóra jest delikatna, gładka, włosy miękkie, zęby prawidłowe, co również wyróżnia ten rodzaj karłowatości od tarczycowego.

Niedostateczny wzrost na tle przysadkowym wymaga leczenia przyczynowego. Niestety nie posiadamy w handlu dotąd preparatu przysadki, zawierającego czynny hormon wzrostu. Powodem tego jest nadzwyczajna niestałość otrzymywanych w pracowniach preparatów tego hormonu. Należy się jednak spodziewać, że w najbliższym czasie przemysł farmaceutyczny dostarczy nam pożądany preparat o niezawodnym działaniu. Teoretycznie sprawa została już dostatecznie opracowana.

Największe zdobycze w tej dziedzinie zawdzięczać należy *Evansowi*¹⁴) i jego współpracownikom. *Evans* zastrzykiwał zwierzętom młodocianym zdrowym lub pozbawionym przysadki hormon wzrostu, poczem zwierzęta rosły znacznie szybciej i osiągały większy wzrost niż zwierzęta kontrolne. Często powstawały u tych zwierząt charakterystyczne zmiany na skórze, przypominające to, co się widzi u człowieka w przebiegu akromegalji. U zwierząt pozbawionych przysadki, u których nastąpiło zatrzymanie wzrostu i które pozostały pod tym względem znacznie w tyle poza swemi rówieśnikami, *Evans* otrzymywał ponowne rozpoczęcie wzrostu, po zastrzykiwaniu wyciągów z przysadki, przyczem zwierzęta takie nie tylko doganiały kontrolne, ale nawet stawały się większe.

Mechanizm wzrostu pod wpływem przysadki mózgowej nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniony. Zdaje się, że hormon wzrostu jest potrzebny do wykorzystania białka z pożywienia dla celów budowlanych. Z przyswojonego białka pod wpływem tego hormonu idzie znacznie więcej na budowę, niż na produkcję energii, wskutek czego przy wzmożonej czynności przysadki nie otrzymuje się działania specyficzno-dynamicznego po spożyciu pokarmów białkowych.

Hormon wzrostowy przysadki mózgowej działa niezależnie od obecności witaminy A i niezależnie od żywienia, choć, rzecz prosta, zahamowanie całkowite dowozu składników pożywienia uniemożliwia wzrost, a nawet wytwarzanie się samego hormonu wzrostowego, do którego budowy ustrój musi mieć do dyspozycji substancje zawarte w pożywieniu. (*Bryan i Gaiser*¹⁵), *Lee i Schaffer*¹⁶)).

Równocześnie z pobudzeniem wzrostu całego ciała zaznacza się wyraźnie zmiana w narządach płciowych. Następuje ich normalny rozwój

i rozpoczyna się ich funkcja, na co mają wpływ zresztą inne hormony, zawarte w przednim płacie przysadki (hormony gonadotropowe).

Na podkreślenie zasługuje fakt, że istnieje pewien antagonizm między hormonem wzrostu a hormonem pobudzającym rozwój czynności gruczołu płciowego (gonadotropowy). Z chwilą wystąpienia dojrzałości płciowej wpływ pobudzający hormonu wzrostowego ustaje, a przynajmniej zmniejsza się znacznie. Tym antagonizmem tłumaczymy wzrost



Rys. 11. Pies z usuniętą przysadką i zahamowaniem wzrostu obok psa normalnego (w/g Ewans'a).

olbrzymi, występujący często u osobników kastrowanych, lub wykazujących niedomogę czynnościową gruczołów płciowych.

Leczenie hormonem wzrostowym było stosowane w nielicznych dotąd przypadkach przez autorów Amerykańskich. Używano do tego celu bądź preparatów przygotowanych według metody Evansa, bądź preparatu wyrabianego przez firmę Parke-Davis pod nazwą Antuitrin G. Preparatu tego dotąd niema w handlu. Do leczenia nadają się dzieci, u których nie rozpoczęła się jeszcze czynność gruczołów rozrodczych, choć niezłe wyniki otrzymano nawet przy leczeniu 17—18-letnich.

Antagonistyczne działanie hormonów płciowych i hormonu wzrostowego skierowały uwagę badaczy na możliwość istnienia innych czynników hamujących wzrost, antagonistycznych w stosunku do bodźca wzrostowego. Gdyby udało się wyodrębnić takie czynniki, to sprawa leczenia nowotworów, niedostępnych dla zabiegu operacyjnego, byłaby rozwiązana. Hormon wzrostowy w rozwoju nowotworów odgrywa prawdopodobnie pewną rolę, jak odgrywają rolę również inne bodźce wzro-

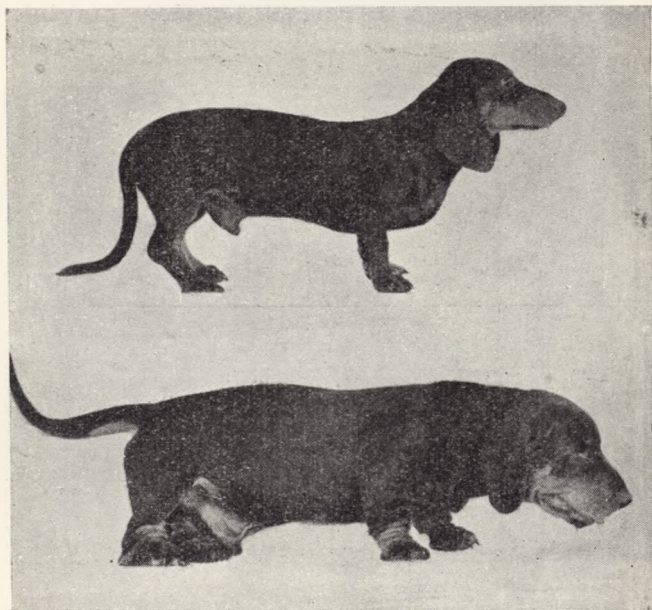


Rys. 12. Pies z rysunku Nr. 11 po zastrzykaniu hormonu wzrostowego (w/g Ewans'a).

stowe. Skoro stwierdzony został antagonizm między czynnikiem wzrostu i czynnością gruczołów płciowych nasuwa się myśl, czy ten fakt, że nowotwory złośliwe zdarzają się najczęściej w tym wieku, kiedy czynność płciowa ustaje, nie jest w związku z brakiem czynnika hamującego wzrost, wydzielanego przez gruczoł płciowy. Istotnie w ostatnich czasach stwierdzono, że wyciąg jąder zwierzęcych, zmieszany z komórkami nowotworu króliczego Brown-Pearce'a, hamuje rozwój nowotworu. Wprawdzie nie we wszystkich nowotworach wyciąg ten okazał się skuteczny, ale w niektórych wypadkach działanie hamujące jest zupełnie wyraźne (Du-

*ran-Reynals*¹⁷⁾, *Tanzer*¹⁸⁾). W innych narządach znaleziono również czynniki hamujące wzrost. *Mc. Junkin* i *Yuskis*¹⁹⁾ znajdowali w gruczole mlecznym krowy czynnik hamujący rozwój samoistnego raka gruczołu mlecznego myszy. *Boyd, Latter* i *Robson*²⁰⁾ otrzymali z mięśni kręgowców substancję hamującą wzrost.

Niewyjaśniona jest dotąd sprawa, czy znajdowane przez różnych autorów substancje, pobudzające wzrost komórek, wyciągane z różnych



Rys. 13. Pies (jamnik) traktowany hormonem wzrostowym obok psa normalnego (w/g Evans'a).

narządów, działają samoistnie, czy też łącznie z hormonem przysadki. Do czynników pobudzających wzrost należy między innymi wątroba. *Smith*²¹⁾ stwierdził, że wątroba, podawana dziennie szczurom w ilości 1,5 g. dziennie, powodowała zwiększenie wzrostu i wpływała korzystnie na rozród i na laktację. *Haddow*²²⁾ również przekonał się o wybitnym działaniu wątroby, pobudzającym wzrost. Nietylko następuje zwiększenie liczby erytrocytów, ale również inne komórki rozmnażają się szybciej. Także na rozwój komórek nowotworowych podawana per os wątroba wpływa pobudzająco. Istota tego czynnika nie jest dotąd znana. *Johnson* i *Palmer*²³⁾ wyrażają wątpliwość co do swoistości tego czynnika,

a poprawę wzrostu przypisują lepszemu apetytowi pacjentów, jaki występuje przy żywieniu wątrobą.

Hormon wzrostowy jest bardzo rozpowszechniony zarówno w świecie zwierzęcym, jak i roślinnym. Z wielkim prawdopodobieństwem można powiedzieć, że hormonów takich jest więcej, niż jeden i że mechanizm działania każdego z nich jest różny. Najciekawsze jednak jest to, że pewne czynniki mogą pobudzać w równej mierze wzrost komórek tak zwierzęcych, jak roślinnych. *Wildiers* (1901) nazwał ten czynnik pobudzający „Bios”. Wobec tego, że czynnik ten może przyspieszać rozwój



Rys. 14. Para jamników, z których jeden traktowany był hormonem wzrostowym (w/g Evans'a).

komórek roślinnych np. drożdży, staje się przez to możliwe wykrywanie obecności tego czynnika, a nawet oznaczanie ilościowe *in vitro* z wyłączeniem przykrych prób na zwierzętach. W bieżącym roku wykonał szereg takich oznaczeń *Dittmar*²⁴⁾ i stwierdził, że czynnik pobudzający wzrost komórek nie znajduje się w jednakowej ilości w narządach zwierzęcych. Najsilniejsze działanie wykazywał wyciąg z nerek i nadnerczy, później wątroba i śledziona. Najstańsze działanie posiadała krew. Czynnik ten znajduje się w dużej ilości w guzach nowotworowych. Gdyby dalsze badania potwierdzały podobieństwo działania hormonu wzrostowego z przysadki i tych czynników pobudzających wzrost, to mielibyśmy doskonałą i łatwą metodę do biologicznego oznaczania siły preparatów hor-

monu wzrostowego, przez oznaczanie wpływu tego czynnika na szybkość rozmnażania się drożdży.

Czynnika pobudzającego wzrost doszukiwano się oddawna w grasicy. Zanik grasicy w okresie dojrzewania daje prawo mniemać, że spełnia ona jakąś rolę przejściową, związaną z dojrzewaniem ustroju i że czyn-



Rys. 15. 2 pary psów z jednego miotu. U dwóch usunięta została przysadka mózgową (w'g Evans'a).

ność ta odbywa się prawdopodobnie na drodze wydzielania wewnętrznego. Jednak badania dotychczasowe niewiele rzuciły światła na ten ciekawy narząd. Wynika z tych badań, że grasicca nie jest konieczna do życia i może być usunięta operacyjnie bez poważniejszych zaburzeń ustroju. Nieznaczne zahamowanie wzrostu po operacji przypisywane jest same-mu zabiegowi chirurgicznemu, który jest bardzo ciężki ze względu na umiejscowienie grasicy.

W ostatnich czasach *Ascher*²⁵⁾ w Bernie starał się dowieść, że zwierzęta z usuniętą grasicą rosą znacznie gorzej w porównaniu z kontrolnymi, jeśli przytem dowóz witamin jest niedostateczny. Wzrost ulega szybkiej poprawie przez zastrzykiwanie tymokrescyny, wyciągu z grasicy. Dotąd jednak tymokrescyna nie zyskała zaufania i nie znalazła praktycznego zastosowania w leczeniu.

Znacznie większe znaczenie praktyczne w patologji i terapii posiada nadnercze. Po urodzeniu nadnercze ulega stopniowemu zmniej-



Rys. 16. Przedwczesny rozwój u 4-letniego dziecka (w/g Hoskins'a).

szeniu, co wskazuje, że odgrywa ono znaczną rolę rozwojową już w najwcześniejszym okresie życia. Możemy tu pominąć narazie omówienie różnorodnych funkcji nadnercza, jego części rdzeniowej i korowej, a ograniczyć się tylko do ciekawych zaburzeń rozwojowych w związku z nadmierną czynnością kory, co może być cechą wrodzoną albo może powstać w następstwie sprawy nowotworowej. Daje to niezmiernie ciekawy obraz zaburzeń wzrostu i rozwoju, spotykany zresztą dość rzadko. Wygląda to tak, jakby kora nadnercza wydzieliała pewne czynniki, decydujące o męskości (*virilismus*). Przy nadmiarze funkcji kory nadnercza, ta męskość zostaje nadmiernie podkreślona nawet u osobników żeńskich (*virago*).

Hoskins cytuje przypadek takiego pseudohermafrodytyzmu, gdzie osobnik taki z cechami męskimi ożenił się mając lat 27 w przekonaniu, że jest mężczyzną i dopiero na stole sekcyjnym po 59 letnim żywocie ustalono, że była to kobieta z wyraźnie rozwiniętymi narządami rodными ko-biecemi.

Nadmierna funkcja kory nadnercza w wieku dziecięcym może doprowadzić do potwornego rozwoju cech dojrzałości męskiej we wczesnem dzieciństwie. *Linzer* przytacza opis przypadku, gdzie chłopiec 5-cioletni z guzem nadnercza musiał być przeniesiony na oddział męski, gdyż zarówno wzrost jego (138 cm.), jak rozwój narządów płciowych był taki, że pozostawienie go na oddziale dziecięcym było zbyt krępujące. Na rys. 16 przedstawiony jest przypadek *Hoskinsa*, w którym chłopiec 4-letni zamiast 99 cm. miał wzrost 121 cm., a waga zamiast 14 kg. wynosiła 34 kg. Jak widać na rysunku rozwój narządów rodnych, jak i owłosienie świadczą o całkowitej dojrzałości. Podobne zupełnie objawy występują przy guzach szyszynki (glandula pinealis). Dziwna rzecz, że zdarzają się one prawie wyłącznie u osobników męskich.

Nadczynność kory nadnercza nie da się usunąć leczeniem hormonopreparatami. Dotąd nie znamy antagonisty tej czynności, którego można by przeciwstawić dla usunięcia tych niepożądanych objawów. W przypadku guza nadnercza leczenie chirurgiczne może dać nadzwyczajny efekt, zatrzymując odrazu po zabiegu nadmierny wzrost i rozwój narządów płciowych, lub usuwając objawy wirylizmu u osobników żeńskich.

Z drugiej strony hormon kory nadnercza (kortyna) zasługuje na uwagę w związku z drugą częścią naszego tematu, mianowicie ze starzeniem się ustroju. Skoro zanalizuje się objaw starzenia i poszuka się analogji w różnych zaburzeniach w następstwie wykluczenia funkcji różnych gruczołów wewnętrznego wydzielania, to trzeba dojść do wniosku, że w starzeniu wiele należy położyć na karb osłabienia czynności nadnercza, a zwłaszcza jego kory. Dotąd niesłusznie zwracano uwagę na zanik czynności gruczołów płciowych, które były niejako symbolem starości i wszelkie próby odmładzania polegały na usiłowaniu wzmożenia czynności tych gruczołów (operacja *Woronowa* lub *Steinacha*) albo też zastąpienia ich czynności przez dowóz hormonów płciowych. Takie postępowanie jest o tyle niesłuszne, że zanik funkcji płciowej nie jest przecież przyczyną starzenia się, jest jednym z jego objawów. Oczywiście można ożywić tę czynność, stworzyć pozory odmłodzenia, co może odbić się korzystnie na psychice osobnika, ale to w niczem nie zmieni jego losu, nie podniesie sprawności ustroju, gdyż metabolizm pozostaje zawsze ten sam, dopóki nie ożywi się czynności gruczołów znacznie ważniejszych dla

życia osobnika, niż gruczoły płciowe. Przedewszystkiem zaś ożywić należy wydzielanie kory nadnercza, bez której życie jest niemożliwe do utrzymania.

Kortyna — hormon kory nadnercza — dopiero w ostatnich czasach wchodzi do arsenału leczniczego. Nazwę tę zawdzięczamy amerykańskiemu badaczom *Swingle* i *Pfiffner'owi*, którym udało się otrzymać hormon ten w stanie oczyszczonym. Ostatnio Kendall otrzymał go w postaci krystalicznej.

Oznacza się siłą preparatu na psach lub myszach, którym usunięto dwuczasowo oba nadnercza. Za jednostkę hormonu uważa się taką ilość preparatu, która zastrzykiwana codziennie utrzymuje przy życiu operowanego psa bez żadnych chorobowych objawów. 1 mg. hormonu krystalicznego zawiera od 10 do 100 jednostek psich.

Poza tą zdolnością utrzymywania przy życiu zwierząt pozbawionych nadnercza, należy odnotować następujące własności biologiczne kortyny: a) wzmoczenie hiperglicemji z równoczesnym zwiększeniem zapasu glikogenu w wątrobie; b) hipercholesterynemja, polegająca na wzmoczonej produkcji cholesterolu, a bynajmniej nie na zatrzymaniu go we krwi, gdyż równocześnie następuje wzmoczone wydzielanie go z żółcią (*Maranon*); c) zmiana zawartości siarki we krwi: już w godzinę po zastrzyku kortyny siarka ogólna zmniejsza się znacznie (*Winter* i *Reiss*) i dotyczy to głównie siarczanów obojętnych, podczas, gdy zawartość glutationu oraz cysteiny ulega zwiększeniu. Glutation odgrywa bardzo poważną rolę w przemianie materji mięśnia przy pracy i dlatego zaburzenia w tworzeniu się glutationu w przebiegu niedomogi kory nadnercza wysuwają się na czoło objawów, dając tak charakterystyczny obraz zupełnej niemocy mięśniowej; d) czynność antytoksyczna, polegająca na zwiększeniu odporności przeciw truciznom i jadam, i wreszcie e) czynność pobudzająca rozwój gruczołów płciowych. Skoro się rozpatrzy wszystkie tego rodzaju czynności kortyny, łatwo można dojść do wniosku, że niedostateczna jej produkcja w ustroju odgrywa poważną rolę w procesie starzenia się. Osłabienie mięśniowe można przypisać zaburzeniom przemiany węglowodanowej, tak często spotykanej w wieku starym, jak i zaburzeniom przemiany siarkowej, a zwłaszcza zmniejszeniu glutationu. Zaburzenia w przemianie cholesterynowej tak częste w przebiegu chorób starych, zależą prawdopodobnie od niedostatecznej czynności kory nadnercza. Ostatnio *Eck* i *Deshordes*²⁶⁾ znaleźli, że surowica krwi osób cierpiących na ateromatozę traci zdolność rozpuszczania cholesterolu. Wreszcie własność antytoksyczna kortyny zapobiega destrukcyjnym wpływom różnych czynników toksycznych ego i endo-

genicznych, odgrywających poważną rolę w procesie starzenia się, na co tak wielki nacisk kładł w swoim czasie Miecznikow.

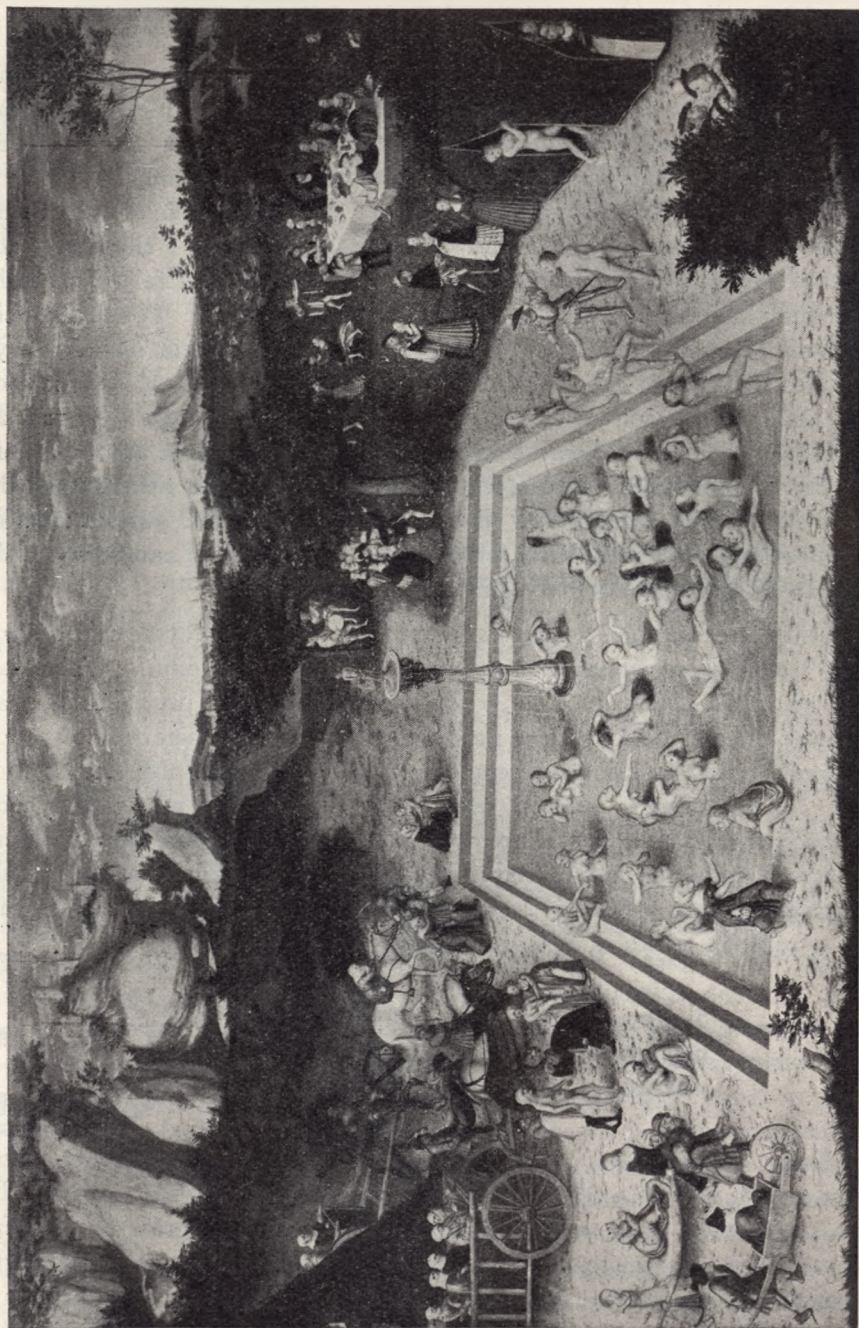
Podkreślić należy jeszcze ciekawą właściwość kory nadnercza, zdolność magazynowania witaminy C. Jak wiadomo witamina ta, zabezpieczająca od gnilca, potrzebna jest człowiekowi w dość dużej ilości. Prawdopodobnie odgrywa ona rolę we wszystkich procesach oksydacyjnych i redukcyjnych ustroju. Im żywsza jest przemiana materji, tem większe są potrzeby tej witaminy. Własności fizyczne i chemiczne tej witaminy zostały już dokładnie poznane i obecnie wiemy, że jest to ciało o budowie stosunkowo prostej, t. zw. kwas askorbinowy. Posiłkując się odczynem Tillmanns'a z 2,6, dwuchlorofenolo-indofenolem możemy wykryć obecność kwasu askorbinowego nie tylko w produktach żywnościowych, ale i w tkankach zwierzęcych. Można przytem łatwo wykazać, że najbardziej bogatym w kwas askorbinowy narządem jest kora nadnercza. Prawdopodobnie nadnercze jest stacją rozdzielczą kwasu askorbinowego dla innych narządów. Na dziecie bez witaminy C świnka morska już w przeciągu tygodnia traci ten czynnik w nadnerczu, zanim wystąpią jakiegokolwiek widoczne objawy gnilca.

Człowiek, narówni z morską świnką nie może syntetyzować tej witaminy i musi ją otrzymać w stanie gotowym w pożywieniu. Wobec tego, że witamina C znajduje się w ograniczonej ilości w produktach żywnościowych, a przytem tylko w pewnych porach roku (świeżych owocach i jarzynach), ważną okolicznością dla zdrowia jest zdolność magazynowania tej witaminy w ustroju wogóle, a w nadnerczu w szczególności. Zdolność przyswajania tej witaminy z pokarmów zmniejsza się z wiekiem i dlatego w tkankach ludzi starych witaminy tej jest znacznie mniej, niż u młodych. *Plaut i Bülow*²⁷⁾ znaleźli taki stosunek zawartości witaminy C w różnym wieku w mózgu ludzkim:

5-ciomiesięczny płód	0,4 mg. na 1 g.
noworodek	0,21
starzec	0,05

Kwas askorbinowy zmniejsza się w płynie mózgowordzeniowym stopniowo między 10 a 35 rokiem, poczem następuje szybki spadek. To zmniejszenie musi mieć wpływ na przebieg rozmaitych spraw fizjologicznych w ustroju i w następstwie można się spodziewać w wieku starszym częstszego występowania, jeśli nie typowych postaci gnilca, to przynajmniej niektórych jego objawów. *Yavorsky, Almaden i King*²⁸⁾ z Pitt-





Rys. 17. Źródło młodości. Obraz Lucasa Cranacha (1472 — 1553).

sburga znaleźli w 20% sekcjonowanych zwłok (67 przypadków) objawy skrytego gnilca, co wskazuje na słusność tego przypuszczenia.

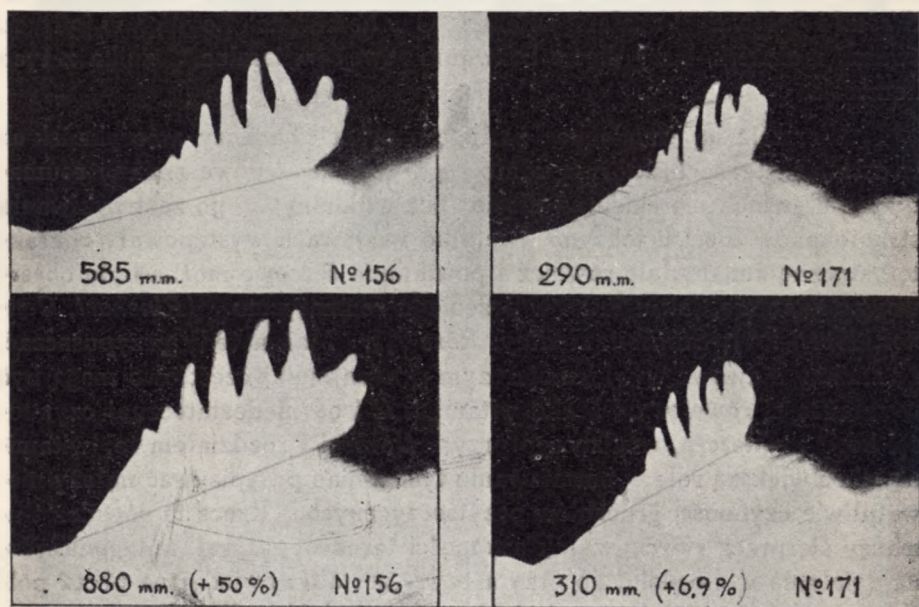
Ciekawa rzecz, iż stosunkowo dużo kwasu askorbinowego znajduje się w soczewce oka. Czy zmniejszenie zawartości tego składnika niema wpływu na powstawanie katarakty starczej, tego w tej chwili rozstrzygnąć nie możemy, choć jest to wielce prawdopodobne. Być może, iż odgrywa tu również pewną rolę nadmierna czynność przytarczyczek, powodująca zwapnienie soczewki, tak jak odgrywa rolę przy innych procesach zwapnienia w wieku starczym. Dla całości obrazu wspomnieć należy, że *Giroud i Leblond*²⁹⁾ znaleźli witaminę C w komórkach Leydiga w jądrach świnek morskich. Przy diecie bezwitaminowej witamina C znika z tych komórek.

Wreszcie na wzmiankę zasługują prace badaczy amerykańskich w ostatnich czasach, którym udało się wywołać typowe zmiany reumatyczne u świnek morskich na diecie bez witaminy C po zastrzykiwaniu streptokoków lub ich toksyn. Nietylko w stawach występowały charakterystyczne zmiany, ale również i powikłania sercowe można było obserwować zupełnie, jak u ludzi w przebiegu reumatyzmu. (*Rinehart, Connor, Mettier*³⁰⁾, *Stimson, Hedley, Rose*³¹⁾). Można tedy przypuszczać, że zmiany stawowe w wieku starczym przynajmniej częściowo mogą być w zależności również od braku witaminy C i od niedostatecznej czynności kory nadnercza, rządzącego przyswajaniem i rozdziałem tej witaminy, choć większą rolę w powstawaniu tych zmian przypisywać należy niewątpliwie czynności gruczołów przytarczycznych. Rzecz ta również tłumaczy się przez starczy zanik czynności tarczycy, której antagonistyczne działanie w stosunku do przytarczycy zostało dowiedzione przez polskich badaczy prof. *Prawocheńskiego i Sliżyńskiego*³²⁾.

Z powyższego zestawienia przemian w starzeniu się można wytworzyć sobie pojęcie o tem, jak dalece są tu stosunki powikłane i jak na procesy starzenia ma wpływ nietylko niedomoga czynności nadnercza, ale również braki w wyżywieniu, a wreszcie związane z tem zakłócenia czynności innych gruczołów, przedewszystkiem tarczycy i przytarczyczek.

Nie bez znaczenia jest również przemiana mineralna będąca następstwem niedomogi nadnercza. Przy usunięciu czynności nadnercza, tak jak w chorobie Adissona, zwraca uwagę wybitne zmniejszenie chlorku sodu we krwi. Stan zwierząt pozbawionych nadnercza ulega poprawie, jeśli podawać zwierzęciu duże ilości soli kuchennej. To spostrzeżenie posłużyło prof. *Achardowi i Rivoire* za podstawę do stworzenia metody leczenia choroby Adissona. Autorzy podają duże ilości soli kuchennej w po-

trawach, wlewaniach i proszkach, otrzymując znaczną poprawę nawet bez podawania kortyny. Jedyne przeciwwskazaniem jest niedomoga nerek, która zresztą zdarza się rzadko w przebiegu choroby Adissona, może się jednak zdarzyć w starczej niedomodze nadnercza i dlatego metoda powyższa będzie miała, prawdopodobnie, dość ograniczone zastosowanie. Na podstawie powyższych spostrzeżeń możnaby wytłumaczyć sobie korzystny wpływ solanki u osób starszych. Niedomoga kory nad-



Rys. 18. Sylwetka grzebienia kapłona po zastrzykiwaniu preparatów hormonu męskiego (po stronie prawej odczyn dodatni, po lewej ujemny).

nercza zdarza się dość często w wieku starczym i zwiększenie koncentracji soli kuchennej w ustroju przez picie solanki i przez kąpiele solankowe może okazać niekiedy istotną korzyść. Ta odmładzająca własność kąpiei mineralnych znana była oddawna. Dowodem tego może być obraz mistrza Cranacha z XVI wieku, który przedstawia takie „źródło młodości” podobne zupełnie do współczesnego basenu Ciechocińskiego.

Jednym z najbardziej dotkliwych objawów starzenia się jest wypadnięcie czynności gruczołów płciowych. Wypadnięcie tej funkcji u kobiet daje bardziej burzliwe objawy w postaci uciążliwego okresu prze-

kwitania. Czy istnieją analogiczne zaburzenia u mężczyzn, trudno orzec. W każdym razie zaburzenia te nie przebiegają tak gwałtownie i nie wytrącają ustroju tak dalece z równowagi, jak to się dzieje u kobiet. Jak to już zaznaczyłem poprzednio, czynności gruczołów płciowych w wieku starszym przypisuje się zbyt wielką rolę i oczekuje się znacznych zmian po zastosowaniu leczenia organoterapeutycznego. Ani zabiegi operacyjne Steinacha, ani przeszczepianie gruczołów zwierzęcych metodą Woronowa, ani wreszcie podawanie wyciągu z gruczołów lub hormonu uzyskanego z moczu nie zasługują na nazwę leczenia przyczynowego, gdyż nie prowadzą do usunięcia, ani zapobiegania tym zmianom, jakie wiek starczy sprowadza w narządach wewnętrznych. Jednak lekarz nie może się wyrzec z wielu względów i tego środka leczniczego, nawet gdyby efekt polegał jedynie na zmianie nastroju pacjenta i na lepszym jego samopoczuciu. Leczenie takie może okazać się zbawienne w skutkach przez to, że pacjent nabiera znów wiary w siebie, zyskuje równowagę duchową i może jeszcze przez pewien czas wydajnie pracować. Nie do pogardzenia jest również korzystny wpływ hormonu męskiego na układ krążenia, choć sprawa ta wymaga jeszcze dalszych studjów.

Hormon męski, androsteron, możemy obecnie otrzymać już w dość dużych koncentracjach. Trudno narazie odpowiedzieć, czy istnieje tylko jeden hormon jądrowy, czy więcej. Na przeszkodzie do bliższego poznania tych hormonów stoi brak odpowiedniego testu czynności tych hormonów. Dla ujawnienia czynności hormonu męskiego używa się najczęściej zwierząt kastrowanych, którym po zastrzyknięciu hormonu wracają cechy płciowe wtórne, zanikające po kastracji. Odczyny te występują niezbyt szybko i w postaci takiej, która nie pozwala na niezawodną ocenę siły hormonu. Z pośród licznych metod najbardziej dogodna jest metoda *Laqueura* z Amsterdamu, polegająca na zastrzykiwaniu preparatu kogutowi kastrowanemu z rasy Leghorn i mierzeniu przyrostu grzebienia. Za jednostkę kogucią uważa się czwartą część tej ilości hormonu, która podzielona na 8 zastrzyków kolejnych daje na 5-ty dzień przyrost grzebienia koguciego, wynoszący 15% conajmniej u 3-ch kogutów z liczby 4-ch używanych do doświadczenia. Ten sposób oznaczania został przyjęty jako oficjalny w Państwowym Zakładzie Higjeny i wszelkie preparaty tego hormonu muszą być w taki sposób oznaczane. Zdajemy sobie oczywiście jasno sprawę, że badanie wpływu hormonu na grzebień koguci nie charakteryzuje w zupełności fizjologicznej roli tego hormonu. Lecz niema na to rady, w braku innej prostej metody określania tego hormonu musimy się posiłkować choćby tym niedoskonałym sposobem, żeby wy-

kluczyć z obrotu preparaty zupełnie bezwartościowe. Dotyczy to wszystkich preparatów, t. zw. hormonalnych, których namnożyło się coniemiarra. Trudno się temu dziwić, gdyż prawdopodobnie żadna produkcja nie daje tyle dochodu, co produkcja organopreparatów. Za drogie pieniądze w pięknym opakowaniu sprzedaje się bezwartościowe rosoły z różnych narządów albo proszki wysuszone z mięsa, otrzymywane w warunkach, urągających nieraz wszelkim najskromniejszym postulatom higieny. Pacjent w naiwnej wierze w skuteczność takiego środka rujnuje się na leczenie, podczas gdy wydatek tych pieniędzy na poprawę diety, lub pobyt w uzdrowisku klimatycznym przyniósłby mu istotną korzyść. Dlatego kontrola organopreparatów, wprowadzona ostatnio przez Ministerstwo Opieki Społecznej, jest jednym z najbardziej doniosłych dla zdrowia publicznego zarządzeń, a przytem stanowi ochronę poważnych i sumiennych wytwórni przed nieuczciwą konkurencją niefachowej i nienaukowej produkcji w tej dziedzinie.

PISMIENICTWO.

1. *Leighton i Clark*. Lancet 1929. L. 40.
2. *Toverud*. Amer. J. Dis. Child. 1933, 46, 954.
3. *Waga Fr.* Lekarz Wojsk. 1934. T. XXIII, 407, 480, 542.
4. *Tubiasz St.* Lekarz Wojsk. 1932. T. XX, Nr. 11.
5. *Jackson*. Amer. J. Anatom. 1916, 19, 305.
6. *Nicholson*. J. Exper. Med. 1924, 39, 63.
7. *Vogt*. Arch. f. Pharm. u. Path. 1931, 162, 129.
8. *Mellanby i Mellanby*. J. Physiol. 1921, VII, 55.
9. *Webster i Chesney*. Amer. J. of Pathol. 1930, 6, 275.
10. *Marine* i inni. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1932, 29, 772, 822.
11. *Stoland i Kinney*. Amer. J. Physiol. 1919, 49, 135.
12. *Szniolis i Marcinkowska-Łopieńska*. Zdrowie 1933, 19, 20.
13. *Hoskins R. G.* Die Hormone (niemieckie tłumaczenie) 1934.
14. *Evans* i inni. Memoirs of the University of California 1933, V, 11.
15. *Bryan i Gaiser*. Amer. J. Physiol. 1932, 99, 379.
16. *Milton O. Lee i Norwood K. Schaffer*. Ohio J. Sc. 1934, 34, 1—2.
17. *Duran-Reynals*. J. Exp. Med. 1931, 54, 493.
18. *Tanzer*. J. Exp. Med. 1932, 55, 455.
19. *Mc. Junkin i Yuskis*. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1933, 31, 105.
20. *Boyd, Latter i Robson*. Nature 1931, 127, 308.
21. *Smith*. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1932, 29, 669.
22. *Haddow*. Amer. J. Cancer. 1934, 22, 308.
23. *Johnson i Palmer*. J. Nutrition. 1934, 8, 285.
24. *Dittmar*. Biochem. Z. 1935, 279, 99. (W końcu pracy literatura).
25. *Ascher*. Endokrinol. 1930, 7, 321.
26. *Eck i Desbordes*. C. R. Soc. Biol. 1934, 117, 428.
27. *Plaut i Bülow*. Klin. Wschr. 1934, 49, 1744.

28. *Yavorsky, Almaden i King. J. Biol. Chem. 1934, 106, 525.*
29. *Giroud i Leblond. C. R. Soc. Biol. 1934, 115, 841.*
30. *Rinchart, Connor i Mettier. J. Exper. Med. 1934, 59, 97.*
31. *Stimson, Hedley i Rose. Publ. Health Rep. U. S. Treasury Dpt. 1934, 49, 361.*
32. *Prawocheński i Sliżyński. Rocznik. Nauk. Roln. 1934, 33, 216.*
33. *Biedl. Innere Sekretion 1916.*
34. *M. Reiss. Die Hormonforschung u. ihre Methoden 1934. Berlin.*
35. *Rivoire. Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie 1935. Paris.*

STRESZCZENIE.

Każdy ustrój żywy znajduje się albo w okresie wzrostu, albo w okresie starzenia się i dlatego rozważenie tych procesów jest konieczne w każdym przypadku chorobowym. Oba te procesy są w ścisłej zależności od czynników wewnętrznych i zewnętrznych (klimatycznych).

Na pierwszym miejscu postawić należy wpływ żywienia. Brak poszczególnych składników pożywienia: białka, soli mineralnych i witamin może wpłynąć hamująco na proces wzrostu i przyspieszyć proces starzenia. Nietylko brak białka ale i pewnych aminokwasów, wchodzących w skład białka rozmaitego gatunku, może zdecydować o zatrzymaniu wzrostu.

Ze składników mineralnych na szczególną uwagę zasługuje jod. Autor wskazuje na znaczny rozmiar szkód na terenie Polski spowodu braku jodu i klęski wola endemicznego.

Z czynników wewnętrznych autor rozpatrzył zaburzenia wzrostu zależne od zmian w czynności gruczołów dokrewnych; tarczycy, przysadki mózgowej, grasicy, nadnercza i gruczołów płciowych, wskazując przytem jaką rolę odgrywają te zmiany w procesie starzenia się ustroju, oraz w jakim stopniu czynniki klimatyczne i lecznicze mogą wpłynąć na kształtowane się tych zmian.

Dr. GUSTAVE SZULC.

METABOLISME DE LA CROISSANCE ET DE LA SENILITE.

(*Les réactions chimique dans l'organisme et l'influence du climat*).

R É S U M É.

Tout organisme vivant est en stade de la croissance ou bien du vieillissement, pour cette raison il est nécessaire de prendre en considération ces deux processus dans chaque cas de maladie. Ces deux processus sont

dans la stricte dépendance des agents endogènes et exogènes (climatériques).

Au premier plan il faut placer l'influence de l'alimentation. Le manque de certains éléments dans l'alimentation: albumine, sels minéraux, vitamines, peut entraver l'accroissement du corps et hâter le vieillissement. Non seulement le défaut d'albumine mais de même de certains amino-acides qui entrent dans la composition d'albumine de toute sorte, peut amener l'entravement de la croissance.

De tous les éléments minéraux c'est l'iode qui est surtout digne d'attention. L'auteur fait remarquer la grande étendue de dégâts causés par le manque d'iode, notamment le désastre du goitre endémique sur le territoire de la Pologne.

Comme agents endogènes l'auteur a examiné les troubles de la croissance amenés par les changements de l'activité fonctionnelle des glandes endocrines: de la thyroïde, de l'hypophyse, du thymus, de la glande surrénale et des glandes sexuelles, indiquant en même temps le rôle de ces changements dans le processus du vieillissement de l'organisme ainsi que le rôle des agents thérapeutiques, du climat et de l'alimentation dans la formation de ces troubles.

Doc. Dr. med. JAKÓB WĘGIERKO (Warszawa).

ZNACZENIE DIETETYKI W CHOROBYCH PRZEMIANY MATERJI.

1. Uwagi ogólne.

Dietetyka zdobywa z każdym dniem wybitniejsze stanowisko w lecznictwie. Wiadomo, że dziś leczenie dietetyczne nie tylko przypada w udziale internistom, że zarówno chirurg, jak i dermatolog, neurolog i inni specjaliści zwracają się ku temu sposobowi leczenia. Prawda, że już oddawna żywienie „dostateczne i prawidłowe” było jedną z głównych zasad leczenia, jednak, podkreślić należy, że dietetyka dawna zgola inną kroczyła drogą niż dzisiejsza. Podczas gdy dotąd leczenie dietetyczne rozwijało się przeważnie na gruncie czystej empirji, a doświadczenie, zdobywane przez szereg lat, było drogowskazem takiego lub innego postępowania, to dziś przesłanki naukowe kierować zaczynają myślą lekarza i zmuszają go do stosowania teoryj i systemów w dietetyce.

Trzeba jednak przyznać, że jeszcze dzisiaj odnosi się nielada sukces w lecznictwie, sukces, którego narazie nie umiemy dostatecznie uzasadnić i wytłumaczyć. Wślad więc za empirją kroczy nieraz i obecnie ściśle i na prawach wiedzy oparte rozważanie naukowe. Przykładem może tu być leczenie niedokrewności złośliwej wątroby, które powstało na gruncie empirji, a nie zostało jeszcze dostatecznie wytłumaczone.

Jednakże dziś, w okresie rozwoju nauki o witaminach, w okresie posiłkowania się prawami fizycznochemicznymi w celu wyjaśniania zjawisk, zachodzących w cieczech ustroju, dietetyka wkracza na drogę nauki ściślej. Zaczynamy rozumieć, dlaczego pewna dieta powinna mieć zastosowanie w danej chorobie, albowiem wiemy, jak ogromny wpływ może wyrzucić pożywienie na kwasotę ustroju, na ustosunkowanie się poszczególnych katjonów, na pracę gruczołów dokrewnych, a temsamem na napięcie układu wegetatywnego. W tych warunkach dopiero dietetyka jako nauka, może się rozwijać prawidłowo, gdyż obecnie

przystępując do tego tak ważnego sposobu leczenia, zdajemy sobie przeważnie sprawę, w jakim kierunku pragniemy zmienić stosunki fizykochemiczne w ustroju, a nawet niekiedy wpłynąć na jego warunki konstytucjonalne.

Według badań Loeba, Krausa, Zondeka, Arnoldiego i innych, życie ustroju oraz czynność komórek i tkanek zależy od jakości i ilości rozmaitych jonów zawartych w ustroju. Stan koloidów komórkowych, mianowicie rozpuszczalność oraz wypadanie białka, jego uwodnienie, odwodnienie i pęcznienie, napięcie powierzchniowe, lepkość, ciśnienie onkotyczne, a temsamem i stosunek poszczególnych frakcji białkowych (albumin, globulin, euglobulin, pseudoglobulin, fibrynogeny), wszystko to zależy od ilości, wzajemnego stosunku i jakości jonów, zawartych w komórce. W rozmaitych chorobach zachodzić muszą wybitne przegrupowania w układzie elektrolitów, wywierających wpływ na czynność narządów.

Nie ulega wątpliwości, że również i odpowiednie pożywienie wywrzeć może wpływ na układ elektrolitów ustroju. Badania w tym kierunku prowadzili liczni autorzy, którzy stwierdzili niezbicie, że zależnie od pożywienia jakość i ilość poszczególnych katjonów w skórze zwierząt ulega wyraźnej zmianie. Wrazie żywienia np. owsianką stwierdzono w skórze więcej potasu, a mniej wapnia, magnu i sodu, karmienie zaś jarzynami zielonemi wiodło do zatrzymania w ustroju zasad, związanych przeważnie z wapniem i magnezem. Dowóz kwasów zmniejszał znowu zawartość w ustroju sodu i potasu, a zwiększał ilość wapnia i magnu.

Badania *Luithlena* dowiodły, że pod wpływem odpowiedniego żywienia może ulec zmianie wrażliwość skóry. Okazało się, że króliki, żywione owsianką, o wiele silniej reagowały na smarowanie skóry olejem krotonowym, niż żywione jarzynami zielonemi. W pierwszym przypadku pojawiło się zaczerwienienie i obrzęk skóry oraz zjawiały się pęcherzyki, w drugim nie stwierdzono żadnych zmian w powłokach zewnętrznych. Badania powyższe stały się bodźcem do leczenia dietetycznego chorób skóry. Stwierdzono, że na wszelkie wypryski zapadają przeważnie osoby o skórze nadwrażliwej, skłonne do łatwo pojawiających się zapaleń oraz, że wystarczy ową nadwrażliwość zmniejszyć odpowiedniemi żywnościami i stany zapalne skóry uspokajają się w krótkim czasie. *Luithlen* podaje takim chorym obficie jarzyny zielone, bogate w składniki mineralne, usuwając zupełnie z ich pożywienia sól kuchenną, sądzi bowiem, że chlorek sodu jest pod względem swego działania antagonistą innych soli mineralnych oraz zakwasza ustrój, gdyż

zawiera silny anion chlorowy. Widzimy więc, że na zasadzie wyników prac Luithlena, dochodzimy łatwo do wniosku, że odpowiednie żywienie wywiera wybitny wpływ na przemianę materji ustroju, a temsamem zmienia w kierunku pożądanym czynność komórek i tkanek.

Przechodząc obecnie do omawiania znaczenia dietetyki wyłącznie w chorobach przemiany materji, ustalić przedewszystkiem musimy, jakie właściwie stany patologiczne należy tu zaliczyć. Wiadomo bowiem, że we wszystkich bez wyjątku chorobach mamy do czynienia z wadliwą przemianą materji i że jest ona przyczyną lub skutkiem rozmaitych stanów patologicznych. Wystarczy wspomnieć, że w chorobach układu krążenia, narządów oddychania i wydzielania, również w chorobach zakaźnych i innych, może ulec wybitnej zmianie spalanie, przyswajanie, wydzielanie, mogą pojawić się nieprawidłowe produkty pośredniej przemiany materji, ulec zmianie waga ciała oraz swoisto-dynamiczny wpływ pokarmów, a zwłaszcza białka. Nie ulega więc wątpliwości, że wszelkie podziały stanów patologicznych, oraz ujmowanie ich w oddzielne grupy, nie jest bynajmniej ściśle, a skoro jest celowe, to jedynie z punktu widzenia dydaktycznego. Dlatego też czyniąc zadość pewnej koniecznej schematyzacji, do chorób przemiany materji zaliczyć musimy jedynie te stany patologiczne, w których wadliwa przemiana materji wyłania się na pierwszy plan. Jednak i tutaj spotykamy się z trudnościami, gdyż opierając się na dopiero co wyłuszczonej zasadzie, powinny w dziale tym być uwzględnione również wszystkie choroby gruczołów dokrewnych, jak choroba Basedowa, Addisona, moczówka prosta i t. d. Należać tu powinny też t. zw. awitaminozy i inne stany pokrewne. Podobne ujęcie sprawy nie byłoby jednak celowe, gdyż ramy niniejszej pracy nie pozwalają na podobne traktowanie tematu i dlatego uwzględnimy jedynie trzy choroby przemiany materji: otyłość, dnę i cukrzycę.

2. Otyłość.

Już na samym wstępie podkreślić należy, że w rozmaitych postaciach otyłości występuje osłabiona przemiana materji, wskutek czego nagromadza się tłuszcz w tkance podskórnej i narządach. Nieprawidłowym ruchem materji kieruje ośrodkowy, a głównie wegetatywny układ nerwowy, który w działaniu swem jest ściśle związany z układem dokrewnym. Układ dokrewno-wegetatywny odgrywa jednak wybitną rolę tylko w otyłości pochodzenia wewnętrznego (endogenicznego), w otyłości zaś pochodzenia zewnętrznego (egzogonicznego) rola jego jest ograniczona.

Do otyłości endogenicznej, w której mamy do czynienia z nieprawidłową czynnością rozmaitych gruczołów dokrewnych, zaliczamy głównie takie choroby, jak dystrophia adiposo-genitalis, eunuchoidismus, adipositas climacterica i adipositas thyreogenetica.

Otyłość z przyczyn zewnętrznych (egzogeniczna) powstaje wskutek obfitego żywienia i skąpej pracy fizycznej. Ten rodzaj otyłości różni się wybitnie od otyłości endogenicznej, w której ani dieta mało-ciepłostkowa, ani używanie ruchu i pracy fizycznej nie zmniejsza wyraźnie wagi ciała, jak to ma miejsce w otyłości pochodzenia zewnętrznego.

Nietylko nieprawidłowa dynamika tłuszczu, powstająca wskutek wadliwej czynności układu dokrewno-vegetatywnego, prowadzi do otyłości, gdyż również do tego samego wiodzie nieprawidłowy chemizm. Trudno jest jednak odosobnić wspomniane dwa mechanizmy powstawania otyłości, bowiem nieprawidłowy ruch materji może zależeć od nieprawidłowego jej chemizmu i odwrotnie. Nie można np. twierdzić, że nagromadzenie tłuszczu w dystrophia adiposo-genitalis występuje jedynie dzięki osłabionemu uruchomianiu tłuszczu, bo nie wyłączone jest, że w chorobie tej mamy też do czynienia ze wzmożeniem przetwarzaniem się węglowodanów lub nawet białka w tłuszcz.

Zasadniczym motywem leczenia dietetycznego otyłości jest wprowadzenie zmiany w bilansie przybytku i ubytku materji ustroju. Dążyć więc należy do bilansu ujemnego, t. j. aby proces dysymilacji przewyższał proces asymilacji, czyli wyrażając się inaczej, aby wywóz materji przewyższał jej wwóz. Do osiągnięcia tego celu nie należy jednak zbyt-
nio ograniczać białka i węglowodanów.

Co się tyczy podawania białka, to trzeba zawsze mieć na względzie, że dieta ochudzająca musi zawierać go tyle, by nie doszło do rozpadu białka ustroju. Dlatego też nie wolno zmniejszać racji białka ponad pewne minimum, które wynosi około 0,6—0,8 na kg. wagi. Nieprzestrzeżenie tego ważnego postulatu, szczególnie przez czas dłuższy, doprowadzić może do wyczerpania ważnych narządów, a przedewszystkiem serca. Aby wiedzieć, czy nie mamy do czynienia z rozpadem białka ustroju, trzeba od czasu do czasu obliczać t. zw. orjentacyjny bilans azotowy (dokładne obliczanie bilansu azotowego wymaga dużej znajomości techniki oraz odpowiednio urządzonej pracowni chemicznej). Jeżeli stwierdzimy, że ilość azotu, wydzielonego przez dobę z moczem i kałem (badania kału można zaniechać ze względu na trudności techniczne), przewyższa jego ilość wprowadzoną z pożywieniem (obliczoną

według odnośnych tablic), czyli, że mamy do czynienia z ujemnym bilansem azotowym, to dieta ułożona jest wadliwie. Gdy jednak dieta zawiera owe minimum, a nawet nieco ponad minimum białka i pomimo to mamy do czynienia z ujemnym bilansem azotu, to najprawdopodobniej dieta ta zawiera zamało ciepłostek, niewystarczających do pokrycia potrzebnej energii i dopiero białko ustroju musi służyć jako materiał pędny. W podobnych przypadkach należy zwiększyć ogólną ilość ciepłostek, a najlepiej to uczynić przez dodanie do pożywienia węglowodanów, jako materiału łatwopalnego. Wiadomo bowiem, że zwiększone podawanie węglowodanów łatwiej chroni białko ustroju od rozpadu, niż zwiększone podawanie samego białka. W tym względzie węglowodany posiadają też większą wartość niż tłuszcze, gdyż lepiej chronią one od rozpadu białka ustroju, niż czyni to tłuszcze.

Widzimy więc, że węglowodany odgrywają w żywieniu rolę pierwszorzędną, gdyż: 1) chronią białko ustroju od rozpadu; 2) są łatwopalnym, a więc pierwszorzędnym materiałem pędnym; 3) w miarę potrzeby mogą zamieniać się w tłuszcz i tworzyć potrzebne zapasy energii. Niepodawanie wystarczającej ilości węglowodanów wywołuje nie tylko rozpad białka ustroju, ale też nadmierny i szybki rozpad tłuszczu ustroju, wiodąc do zakwaszenia. Wreszcie niedostateczne żywienie węglowodanami pociąga za sobą, według wszelkiego prawdopodobieństwa, bardzo ciężkie następstwa, jak rozmaite zwyrodnienia tkanek, które często spotykamy w cukrzycy, a więc chorobie, odznaczającej się przede wszystkim głodem węglowodanowym.

Z powiedzianego dotychczas wynika, że jedynie tylko tłuszcz nie jest nieodzownym składnikiem pożywienia, gdyż jako materiał pędny doskonale może być zastąpiony węglowodanami, a wrazie potrzeby nawet powstawać z węglowodanów. Możemy więc twierdzić, że podawanie tłuszczu, w przeciwieństwie do węglowodanów i białka, może być jaknajlepiej ograniczone, a nawet w wielu przypadkach na czas pewien zupełnie przerwane bez widocznej szkody dla ustroju.

Ogólnie mówiąc w leczeniu odchudzającym należy uwzględnić następujące postulaty:

- 1) pożywienie powinno być obfite pod względem objętościowym, czyli musi zaspokajać głód;

- 2) ilość białka nie może być mniejsza niż 0,6—0,8 g. na 1 kg. wagi należnej (t. j. tej, jaką chory, sądząc ze wzrostu, mieć powinien, a nie według tej, jaką obecnie ma, jako człowiek otyły);

3) pożywienie powinno być ubogociępkostkowe, a składać się z większej ilości węglowodanów niż tłuszczu. Można więc stosować diety, zawierające wyłącznie węglowodany i białko, nigdy zaś wyłącznie białko i tłuszcz;

4) ilość płynów powinna być ograniczona (nadmierne uwodnienie chorych jest wynikiem ich skłonności do osłabionego ruchu materji i wzmożonego tworzenia zapasów nietylko tłuszczu, lecz i wody).

Opierając się na wyżej opisanych zasadach ogólnych, które powinny być drogowskazem przy układaniu rozmaitych diet, możemy posługiwać się różnemi wzorami dietetycznemi. Zależnie więc od obrazu klinicznego otyłości, powikłań tej choroby oraz upodobań smakowych chorych, zalecać można rozmaite diety, których wzory znajdzie czytelnik w każdym podręczniku dietetyki (między innymi Dietetyka pod redakcją prof. Parnasa i innych).

Układając odpowiednie jadłospisy należy pamiętać, że pożywienie musi być urozmaicone i codziennie w miarę możliwości chory powinien otrzymywać inne potrawy. Jednak nie wolno zapominać, aby ogólna ilość ciepłostek, przeznaczona choremu, była możliwie ta sama oraz, aby był zachowany stosunek pomiędzy węglowodanami, białkiem i tłuszczem mniej więcej jak 6 : 2 : 1. Główną bowiem, jak wiadomo, zasadą leczenia odchudzającego jest ograniczenie ogólnej ilości wprowadzonych ciepłostek. Zależnie więc od rodzaju stosowanego leczenia (łagodnego, średniego natężenia i intensywnego) należy odpowiednio ograniczać ciepłostki. Wobec tego, prowadząc leczenie odchudzające łagodne, zmniejszamy podawaną ilość ciepłostek przez dobę o $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$; przy leczeniu średniego natężenia o $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$; przy leczeniu zaś intensywnem o $\frac{1}{2}$ należnych choremu ciepłostek.

Przykład: Człowiek lekko pracujący o wadze należnej 80 kg. powinien otrzymywać (przyjmując 30 — 40 ciepłostek na 1 kg. wagi należnej) około $30 \times 80 = 2400$ ciepł. Jeżeli więc temu człowiekowi będziemy stosować leczenie odchudzające łagodne, to podamy mu zamiast 2400 ciepł. tylko 1800 ciepł., czyli zmniejszymy mu podawanie ciepłostek o $\frac{1}{4}$. Jeżeli zastosujemy leczenie średniego natężenia to podamy zamiast 2400 tylko 1600 ciepł., jeżeli zaś intensywnem, to zamiast 2400 zaledwie 1200 ciepłostek.

Przekonałem się niejednokrotnie, że częste podawanie skąpych posiłków zmniejsza wybitnie uczucie głodu i dlatego też zalecam podawanie posiłków co 2 godziny. Jest to oczywiście możliwe wyłącznie w warunkach leczenia sanatoryjnego.

Oto wzór, stosowanej przezemnie, diety ubogocięplotkowej:

godz.	Rodzaj pożywienia	białko	tłuszcze	węglowodany	cieplotki
8	250 g. owoców	—	—	35,0	143
	250 cm. herbaty	—	—	—	—
10	50 g. chleba	3,0	0,25	25,0	105
	50 g. miodu	—	—	16,0	65,6
12	150 g. mięsa	30,0	3,0	—	151
	200 g. jarzyn	4,0	—	8,0	49
	20 g. masła	0,2	16,8	—	157
14	100 cm. mleka	3,1	2,7	4,5	66
	100 cm. kawy	—	—	—	—
16	300 g. jarzyn	6,0	—	12,0	74
	250 g. owoców	—	—	35,0	143
18	100 g. mięsa	20,0	2,0	—	100
	10 g. masła	0,1	8,4	—	75
	100 g. kartofli	2,1	—	21,0	94
20	250 cm. herbaty	—	—	—	—
	50 g. chleba	3,0	0,25	25,0	106
	50 g. miodu	—	—	16,0	65
R a z e m		71,5	33,4	197,5	1394,6

Nieprzekroczenie należnych choremu ilości węglowodanów i białka nie przedstawia naogół żadnej trudności. Chory ma przeznaczoną największą ilość węglowodanów i wybór potraw jest tu łatwy: pieczywo, miód, jarzyny i t. d. Dbać jednak trzeba, aby chory otrzymywał węglowodany objętościowe (jarzyny, owoce, chleb), natomiast unikać należy węglowodanów stężonych, jak cukier, konfitury i t. d. Białko również powinno, w miarę możliwości, być podawane w postaci mniej stężonej, jak np. ryba, wszelkie jarzyny z ograniczeniem strączkowych, zawierających do 26% białka, pieczywo i t. d. Największe trudności nasuwa podawanie tłuszczu, gdyż rozporządzamy małą jego ilością, a wyznaczając mięso, mleko, jaja i t. d. wprowadzamy już pewną ilość tłuszczu, tak, że na czysty tłuszcz, jak masło, oliwa i t. p. pozostaje nam zaledwie 25 — 30 g. Tymczasem najbardziej objętościowe pożywienie, jak jarzyny, wymagają najwięcej tłuszczu i chcąc je podawać w dużej ilości, możemy łatwo przekroczyć rację tłuszczu. Dlatego też zmuszeni jesteśmy podawać jarzyny surowe, do których wystarczy zaled-

wie trochę oliwy (do 10 g.) lub też jarzyny gotowane na parze, które można spożywać z minimalną ilością tłuszczu. Stosunkowo dużo tłuszczu zużywa się również na smażenie, pieczenie i duszenie mięsa. Aby nie podawać ciągle mięsa gotowanego, które się bardzo szybko naprzykrza, przyrządzamy mięso na ruszcie. Do upieczenia w ten sposób 150 — 200 g. mięsa, potrzeba zaledwie 5 — 3 i mniej gramów tłuszczu, a mięso w ten sposób przyrządzone nie tylko nie traci, lecz nawet zyskuje w smaku.

Mając na względzie jadłospis wyżej podany oraz niektóre uwagi, dotyczące przyrządzenia potraw, będziemy mogli z łatwością podawać chorym objętościowe pożywienie o małej zawartości ciepłostek. Uwzględniając również żywienie chorych co dwie godziny, uchronimy ich od męczącego uczucia głodu, które jest najpoważniejszą przeszkodą w dietetycznym leczeniu otyłości. Duże w tym względzie znaczenie posiada też spożywanie owoców surowych naczcho. Doświadczenie bowiem uczy, że w ten sposób osłabia się uczucie głodu, nie tylko tuż po spożyciu owoców, lecz i na czas dłuższy.

W przypadkach uporczywych (trudno poddających się leczeniu wyłącznie dietetycznemu) należy od czasu do czasu wprowadzać dni półgłodowe, czyli diety jednostronne — małowielopostkowe. A więc kilkodniowe kuracje mleczne, owocowe, jarzynowe (surówki), kartoflane, cukrowe i t. d., w których przypada nie więcej jak 5 — 10 ciepłostek na kg. wagi. Diety jednostronne — małowielopostkowe, podobnie jak głodówki, przy dłuższem ich stosowaniu prowadzą z reguły do rozpadu białka ustroju (ujemnego bilansu azotowego), dlatego też głodówki nie powinny być stosowane zupełnie, a diety jednostronne najwyżej 7 — 10 dni. Diety wybitnie małowielopostkowe (8 — 10 ciepłostek na kg. wagi) mogą być przestrzegane przez czas dłuższy (do 2 tygodni) jedynie wówczas, gdy ilość białka nie będzie w tej diecie mniejsza niż 0,6 g., a węglowodanów niż 1,8 g. na kg. wagi; tłuszczu w dietach podobnych można nie podawać wcale. Doświadczenie uczy, że przy takich dietach ustrój jest mniej narażony na utratę własnego białka, niż przy dietach jednostronnych (surówki lub mleko lub kartofle i t. d.), w których przeważnie nie jest uwzględnione minimum białka (0,6 na kg. wagi) i węglowodanów (1,8 g. na kg. wagi).

W warunkach niesanatoryjnych najmniej trudu nastęrcza stosowanie diety prawie beztłuszczowej, którą zalecam od szeregu lat chorym otyłym, a która może być stosowana bez przerwy 1 — 2 i więcej miesięcy.

Oto jej wzór:

Naczczo: $\frac{1}{4}$ kg. wszelkich owoców surowych.

Pierwsze śniadanie: 1 bułka (około 50 g.) z miodem, horówkami, lub innym przetworem owocowym, herbata z 5 g. (1 łyżeczka) cukru.

Drugie śniadanie: $\frac{1}{4}$ kg. wszelkich owoców surowych.

Obiad: zupa jarzynowa, gęsta, gotowana na mięsie lub kościach (można dodać ekstraktu Maggi). W skład tej zupy wchodzi wszelkie jarzyny, również 3 — 4 kartofle lub łyżka stołowa jakiegokolwiek kaszy. Tłuszczu do zupy tej dodawać nie należy. Mięso (150 — 200 g.) gotowane lub pieczone bez tłuszczu na ruszcie. Zamiast mięsa można podać około 300 g. gotowanej chudej ryby. Wszelkie jarzyny surowe bez ograniczenia: pomidory, ogórki, kapusta kwaszona, wszelkie sałaty wyłącznie z cytryną i z niewielką ilością cukru, natomiast bez dodawania oliwy. Kompot lub jeszcze lepiej około $\frac{1}{4}$ kg. wszelkich owoców surowych.

Podwieczorek: $\frac{1}{4}$ kg. wszelkich owoców surowych.

Kolacja: 1 bułka (około 50 g.), miód, powidła lub inny przetwór owocowy, herbata z 5 g. cukru, jarzyny surowe, owoce, kompot. Można też podać mięso gotowane lub zupę jarzynową, podobnie jak na obiad.

Ogółem dieta taka składa się:

	Białko	Tłuszcz	Węglowodany
100 g. pieczywa	7,0	—	56,0
30 g. wszelkiej kaszy, najlep. w zupie .	2,0	—	22,0
50 g. miodu lub przetworu owoc. . . .	—	—	48,0
około 200 g. kartofli	4,0	—	42,0
200—250 g. chudego mięsa lub ryby .	60,0	10,15	—
1 kg. owoców	—	—	100,0
10 g cukru (w herbacie)	—	—	10,0
wszelkie jarzyny	—	—	—
Razem	83,0	10,15	278,0

Dieta podobna, nie licząc jarzyn, zawiera około 1700 ciepłostek. Dla osoby zatem ważącej 80 kg. przypada około 22 ciepłostek na kg. wagi. Dla osób ważących mniej ogólna ilość ciepłostek powinna być odpowiednio zmniejszona.

Jeżeli mamy do czynienia z otyłością zwykłą lub mieszaną, należy stosować spoczątku leczenie wyłącznie dietetyczne. Jeżeli nie osiągniemy w ten sposób żadnego lub zbyt nikły wynik, stosujemy kilkodniową lub dłuższą dietę wybitnie małowartościową (10 ciepł. na kg. wagi) lub też dietę jednostronną. Zawsze jednak, uwzględniamy niezmiernie ważną okoliczność, t. j. aby nie podawać mniej niż 0,6 g. białka oraz 1,8 g. węglowodanów na kg. wagi chorego. Wrazie wyniku niedostatecznego stosujemy obok diety przetwory gruczołowe (tarczyca, przetwory wielogruczołowe).

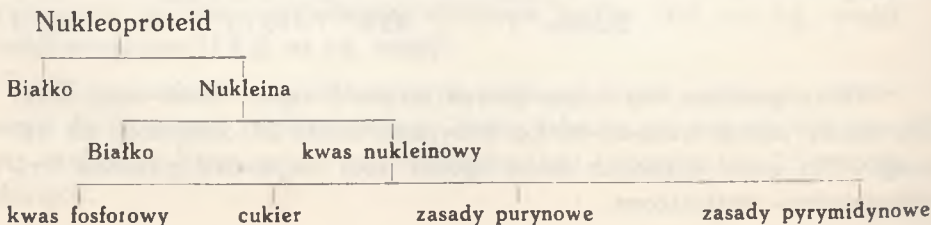
W przypadkach otyłości pochodzenia wyłącznie gruczołowego podajemy już na początku leczenia, obok diety, preparaty gruczołowe.

Jak widzimy wyłącznie leczenie dietetyczne w wielu przypadkach otyłości jest niewystarczające i musimy obok tego stosować przetwory gruczołów dokrewnych, środki moczopędne, pracę fizyczną i t. d.

3. Dna, skaza moczanowa (*Arthritis urica, Diatesis urica*).

Zatrzymywanie w ustroju i odkładanie się w tkankach moczanów (soli kwasu moczowego) jest właściwością zasadniczą chorych na dnę. Kwas moczowy powstaje ze złożonych ciał białkowych, zwanych nukleoproteidami, które w przeważającej ilości wchodzi w skład jądra komórek. Nukleoproteidy pod wpływem trawienia (przy pomocy kwasu solnego i pepsyny) rozpadają się na białko oraz część nierozpuszczalną, zwaną nukleina. Nukleina zaś pod wpływem pepsyny oraz hydrolizy z udziałem zasad, rozpada się znów na białko i kwas nukleinowy. Przez wielogodzinne gotowanie w 2 — 5% kwasie siarczanym kwas nukleinowy zostaje rozłożony na poszczególne składniki, a mianowicie: kwas fosforowy, cukier, zasady purynowe i zasady pyrimidynowe.

Rozpad nukleoproteidów może być schematycznie podstawiony w sposób następujący:



Kwas moczowy powstaje z zasad purynowych. Jako ciała purynowe, wchodzące w skład kwasu nukleinowego wymienić należy przede wszystkim adeninę i guaninę. Kwas moczowy powstaje z tych ciał przez utlenianie.

Kwas moczowy, przy prawidłowo odbywających się procesach przemiany materji, powstaje przeważnie z dwu źródeł, a mianowicie: z pokarmów składających się z jąder komórek oraz z substancji jądrowej tkanek ustroju. W ten sposób odróżniamy kwas moczowy, który powstał z pożywienia (egzogoniczny) oraz ten, który wytworzył się z rozpadającego białka ustroju (endogoniczny).

Endogoniczny kwas moczowy wytwarza się w ustroju z rozpadającego białka (nukleoproteidu) nawet w czasie zupełnego głodzenia. Powstawanie jednak kwasu moczowego podczas głodzenia jest mniejsze, niż podczas żywienia się produktami, niezawierającymi ciał purynowych (masło, jaja, mleko, owoce). Sądzić z tego należałoby, że pożywienie, niezawierające nawet ciał purynowych, sprzyja wytwarzaniu się endogonicznego kwasu moczowego.

Wspominaliśmy już, że przyczyną powstawania dny jest niedostateczne wydzielanie z ustroju kwasu moczowego. Pozostaje jednak nierozstrzygnięta kwestja, co właściwie powoduje owe zatrzymywanie tego związku. Dawne stanowisko *Garooda*, według którego kwas moczowy nie mógł być w dostatecznej mierze usuwany przez nerki, upadło. Obecnie bardziej prawdopodobne jest stanowisko tych badaczy, którzy uważają, że w skazie moczanowej mamy do czynienia ze wzmożonym zatrzymywaniem soli kwasu moczowego przez tkanki chorego ustroju. Wskazują oni przede wszystkim na tkankę łączną pochodzenia mezenchymalnego. Udział nerek w zatrzymywaniu kwasu moczowego nie może być brany pod uwagę, gdyż nawet osoby chore na nerki, a cierpiące na skazę moczanową, lepiej wydzielają sole kwasu moczowego wprowadzone dożylnie, niż chorzy na dnę ze zdrowymi nerkami.

Wytlumaczenie istoty ostrego napadu (ataku) dny nie jest łatwe. Istnieje tu wiele najrozmaitszych przypuszczeń. Niektórzy uważają, że mamy do czynienia z obumieraniem (nekrozą) tkanki (stawowej lub innej) spowodowanego podrażnienia jej przez płynne moczniki zasadowe, które później krystalizują się na tkance obumarłej w postaci kwaśnych soli kwasu moczowego. Ogromnie popularna jest w dobie obecnej teoria, według której istotą ataków, a także samej dny, jest alergiczny odczyn ustroju na nieznane ciała uczulające. Za alergicznym pochodzeniem ataku dny przemawia nie tylko nagły jego początek, lecz i zwiększona ilość krwinek eozynochłonnych we krwi w czasie ataku. Kwas moczowy

wy, zdaniem wielu badaczy, nie może być jedyną przyczyną ataku, gdyż w chorobach, w których wytwarzają się złogi moczanowe w tkankach i krew jest przeładowana kwasem moczowym np. w białaczce, proces ten może odbywać się bez ataków. Z tego wynikałoby, że kwas moczowy jest biernym świadkiem ataku, a nie jego przyczyną. Istotną przyczyną ataku powinny być czynniki, które wiedą do zwiększonego stężenia moczanów w tkankach i do powstania odczynu zapalnego.

Słowem ten sam czynnik, który zatrzymuje w tkankach moczniki przed atakiem dny, drogą zmian fizycznochemicznych i zaburzeń nerwowych parasympatycznych, może wpływać na rozpuszczalność moczanów i wywoływać ich wypadanie i tworzenie złogów. Te same ciała uczulające, które są przyczyną stanu nadwrażliwości i towarzyszących mu objawów stawowych, wpływają i na stan narządów wewnętrznych, działając szkodliwie na naczynia krwionośne. Zastanawiając się nad naturą i charakterem jadu, wywołającego odczyn alergiczny i towarzyszące mu objawy u chorych na skazę moczanową, sądzi *Goudzent*, że są nim pewne składniki pokarmów lub też wytwory, powstające przy ich odbudowie w przewodzie pokarmowym.

Umyslnie zatrzymaliśmy się nieco dłużej nad istotą dny, aby łatwiej było pojąć jej leczenie dietetyczne. Leczenie dny polegać zatem powinno na przeciwdziałaniu nagromadzenia się soli kwasu moczowego we krwi i w tkankach, na ograniczaniu ich powstawania zarówno z pokarmów, jak i tkanek ustroju oraz na stwarzaniu w miarę możliwości najdogodniejszych warunków do lepszego wydalania z ustroju wytworzonego już kwasu moczowego. Jeżeliby wypełnienie tych postulatów okazało się możliwe, leczenie dietetyczne dny stałoby na bardzo wysokim poziomie i możnaby było z całą stanowczością twierdzić, że każdy przypadek może być wyleczony. Podawanie wyłącznie pokarmów, niezawierających zupełnie ciał purynowych, nie może być przez czas dłuższy stosowane, bowiem nawet jarzyny, jak szpinak, kapusta brukselska, groch, fasola, sałata, kartofle oraz chleb czarny, zawierają pewną ilość zasad purynowych. W każdym bądź razie te produkty, które zawierają dużo ciał purynowych, muszą być skreślone z jadłospisu chorych na dnę. Do pokarmów takich należą przede wszystkim: grasicca, wątroba, nerki, mózdzek i t. d. Są to narządy mięsne, zawierające bardzo dużo jąder komórkowych, a tem samem i nukleoproteidów. Znane są przypadki, w których przez spożycie większej ilości grasicy, wywołany był napad dny. Napady dny pojawiają się też często po spożyciu większej ilości produktów o dużej zawartości nukleoproteidów w czasie zmniejszonego wydalania z moczem kwasu moczowego, t. j. w krótkim czasie po na-

padzie lub po dłuższym okresie przestrzegania diety ubogopurynowej.

Inne gatunki mięsa, jak mięśnie, zawierające stosunkowo niewiele ciał purynowych, wpływają również na powstawanie w ustroju kwasu moczowego. Najprawdopodobniej w tym wypadku mięso posiada wpływ bodźcowy, uruchamiając endogeniczny kwas moczowy.

Mięso gotowane zawiera mniej ciał purynowych, które przechodzą do buljonu, niż mięso pieczone, w którym ciała purynowe pozostają. Co się tyczy mięsa białego i czarnego, to *Umber* sądzi, że oba te gatunki nie różnią się wcale pod względem zawartości w nich ciał purynowych. *W. Orłowski* jednak jest zdania, że empirycznie ustalono, iż w naszym klimacie mięso czarne szkodzi chorym na dnę bardziej niż białe. Ryby mają działanie takie same jak i mięso, a ryba gotowana zawiera, podobnie jak mięso, mniej ciał purynowych niż smażona lub pieczona. Kawior natomiast nie zawiera wcale ciał purynowych.

W razie napadu dny i w 2—3 tygodnie po napadzie, t. j. w okresie, kiedy kwas moczowy wydziela się z ustroju źle, chorzy nie powinni otrzymywać mięsa nawet gotowanego i niezawierającego wiele ciał purynowych, a to z tego względu, że wszelkie mięso, jak wspominaliśmy, sprzyja endogenicznemu rozpadowi kwasu moczowego. W czasie wolnym od napadu, chorzy mogą otrzymywać niedużo mięsa (150—200 g. na dobę) i to przeważnie gotowanego. Od czasu do czasu można też pozwolić na mięso pieczone lub smażone, ale narządy mięszone (mózg, nerki, wątroba) powinny być na bardzo długo zupełnie usunięte z jadłospisu.

Co się tyczy podawania węglowodanów i tłuszczów, to zaznaczyć należy, że ciała te nie mają prawie żadnego wpływu na uruchomienie endogenicznego kwasu moczowego. Z doświadczeń *Hirschsteina* wiadomo, że przy diecie mięsnej bezpurynowej wydziela się z moczem przez dobę 0,450 g. kwasu moczowego, przy diecie wyłącznie tłuszczowej — 0,221 g. a przy diecie wyłącznie węglowodanowej zaledwie — 0,165 g. Z liczb tych widzimy, że węglowodany sprzyjają najmniej wydalaniu endogenicznego kwasu moczowego. Dlatego też należy podobnym chorym podawać przedewszystkiem bardzo dużo węglowodanów, które nadto oszczędzają białko ustrojowe i przy obficie węglowodanowej diecie możemy podawanie białka ograniczyć do minimum, nie doprowadzając do ujemnego bilansu azotowego.

Zastanawiano się nad kwestją, czy podawanie kawy i herbaty wpływa ujemnie na chorych, cierpiących na dnę. Wiadomo bowiem, że zarówno kawa, jak i herbata zawierają zasady purynowe w postaci trymetyl i dimetylsantyny, a więc kofeinę, tebrominę i teofylinę. Stwier-

dzono, że ciała te zwiększają zawartość kwasu moczowego w ustroju, nie ustalono tylko, czy spowodu tego, że zawierają ciała purynowe, czy też spowodu ich działania uruchamiającego endogeniczny kwas moczowy. W każdym bądź razie należy ograniczyć ich podawanie chorym na dnę.

Wysok sprzyja zatrzymywaniu w ustroju kwasu moczowego, jest przez chorych na dnę znoszony źle, może być przyczyną powstawania ataków i dlatego powinien być, szczególnie w okresie ataków, zakazany.

Owoce i jarzyny bardzo ułatwiają przestrzeganie diety bezpurynowej, gdyż odbierają apetyt i czynią pożywienie objętościowem. Nadto zawierają dużo wody, która sprzyja wydalaniu kwasu moczowego, przepłukując ustrój. Owoce i jarzyny zawierają też dużo soli alkalicznych, które utrzymują kwas moczowy w roztworze obojętnym, tworząc w ten sposób łatwo rozpuszczalną koloidową postać kwasu moczowego.

Wprowadzanie do ustroju większej ilości płynów wpływa dodatnio na wydalanie kwasu moczowego. Dowiedziono, że podanie 400 g. grasicy, wraz z większą ilością wody, doprowadza do szybszego wydalania wytworzonego kwasu moczowego, niż podawanie tej ilości grasicy bez większej ilości wody.

Z dotychczas powiedzianego wynika, że chorych na dnę należy żywić przeważnie węglowodanami, przyczem podawać pożywienie zawierające dużo owoców i jarzyn. Unikać należy produktów, bogatych w ciała purynowe, nie podawać wysokoku i pokarmów drażniących. W miarę możliwości wprowadzać dużo płynów. Ilość białka nie powinna przekraczać 0,6 — 0,8 g. na kg. wagi.

Dużo stosunkowo związków purynowych znajduje się w niektórych jarzynach, przedewszystkiem strączkowych (groch, fasola, soczewica i t. d.) oraz w szpinaku i grzybach. Dlatego potrawy te ograniczamy lub nie podajemy ich zupełnie. Zaleca się natomiast spożywanie pomidorów, szparagów, selerów, cebuli, szczypiorku, czosnku i t. d.

Jeżeli mamy do czynienia z chorymi otyłymi, zalecamy im przedewszystkiem pożywienie małociępkowe. Daje się to łatwo uskutecznić przez ograniczenie lub zupełne niepodawanie tłuszczu. Zupełne niepodawanie tłuszczu daje nam możność wprowadzenia większej ilości węglowodanów, nie narażając chorych na zbyt obfite żywienie. Dieta małociępkowa wpływa bardzo dobrze na ogólny stan chorych i sprowadza ulgę w cierpieniu. W podobnych przypadkach zasada nieprzejadania się odgrywa rolę dominującą. Chorym szczupłym (z niedoborem wagowym) należy podawać pożywienie pełnościępkowe (35 — 40 i więcej ciepłostek na kg. wagi), lecz trzeba unikać zbyt obfitego przekarmiania tłuszczem.

czami i lepiej zalecać im pożywienie obficie węglowodanowe. W przypadkach cięższych, u ludzi otyłych, można zalecać 2 — 5 dni jarzynowo-owocowych. Można również wprowadzić kilka dni mlecznych lub surowkowych, które polegają na podawaniu wyłącznie surowych jarzyn i owoców. Jako tani owoc, zwłaszcza w zimie, zalecić można cytryny lub sok cytrynowy z cukrem.

Ponieważ stwierdzono, że w nocy następuje fizjologiczne zatrzymywanie ciał purynowych, najkorzystniej jest podawać potrawy, zawierające te ciała, jednorazowo w godzinach rannych lub południowych.

Nie we wszystkich jednak przypadkach dny wystarcza leczenie wyłącznie dietetyczne. Wówczas stosować należy prócz leczenia farmakologicznego, leczenie uzdrowiskowe, polegające na piciu wód kruszcowych, kąpielach i wypoczynku. Wskazane są więc kąpiele solankowe i szlamowe (Ciechocinek, Busk, Truskawiec i t. d.).

4. Cukrzyca.

Cukrzyca jak wiadomo jest chorobą, w której mamy przedewszystkiem do czynienia ze złem przyswajaniem węglowodanów. Objaw ten pociąga za sobą inne, doprowadzając wreszcie do wielce złożonego i barwnego obrazu cukrzycy. Wskutek złego przyswajania węglowodanów, wiodącego do przecukrzenia krwi i cukromoczu, dojść może wreszcie do utraty substancji ustrojowej. Wydalający się bowiem cukier z moczem powstawać może nie tylko z pokarmów (węglowodanów, białka i tłuszczu), lecz także z substancji ustrojowej, a wchodzi tu w grę poza węglowodanami (glikogen), również białko i tłuszcze. Podobna konsumpcja ustroju w ciężkiej postaci cukrzycy nie należy do rzadkości. Wskutek rozpadu białka i tłuszczu, zarówno pokarmowego jak i ustrojowego oraz przechodzenia ciał tych w cukier, powstają związki ketonowe. Ciała te, jak wiadomo, nagromadzone we krwi, doprowadzić mogą do ciężkiego zatrucia ustroju i wreszcie do śpiączki cukrzyczej.

Ponieważ złe przyswajanie węglowodanów jest główną przyczyną powstawania cukrzycy, leczenie tej choroby powinno polegać przede wszystkim na dążeniu do poprawy przyswajania węglowodanów. Wówczas i wszystkie inne objawy cukrzycy, które są następstwem złego przyswajania węglowodanów, ustąpią i w ten sposób przemiana materji chorych na cukrzycę będzie skierowana na tory właściwe. Dlatego, przystępując do leczenia cukrzycy, należy pamiętać, że przyswajanie węglowodanów zależy przede wszystkim od ilości pożywienia, podanego cho-

remu jednocześnie z węglowodanami, czyli wyrażając się inaczej, przyswajanie węglowodanów zależy od ilości ciepłostek, wprowadzonych wraz z węglowodanami. Jeżeli np. choremu podamy wyłącznie 100 g. cukru, to może on go całkowicie przyswoić, a więc nie stwierdzimy u niego cukromoczu, a przecukrzenie krwi będzie zaledwie przejściowe i niezbyt duże. Natomiast, gdy równocześnie ze 100 g. cukru podamy temu samemu choremu 100 g. tłuszczu i 50 g. białka (razem około 1135 ciepłostek), to przyswajanie węglowodanów będzie gorsze i chory może wydzielić 30, 40 a nawet 50 i więcej gramów cukru, a przecukrzenie krwi będzie trwać dłużej i sięgać liczb znacznie wyższych. Przytoczony przykład świadczy wymownie, że ograniczenie ciepłostek w dążeniu do wzmożenia przyswajania węglowodanów, a więc w leczeniu cukrzycy, odgrywa rolę niepoślednią.

Niestety nie we wszystkich przypadkach cukrzycy można posiłkować się tym skutecznym sposobem leczenia. Ograniczenie ciepłostek stosować możemy jedynie w przypadkach cukrzycy, które nie wymagają dostatecznego, ani nadmiernego żywienia, t. j. u ludzi dobrze odżywionych, nieosłabionych, o wadze prawidłowej lub nadmiernej. Osoby wspomniane znoszą bardzo dobrze żywienie skąpe i często jest ono dla nich nawet pożyteczne. Zalecać przedewszystkiem należy żywienie skąpe otyłym chorym na cukrzycę, cierpiącym jednocześnie na skazę moczanową, niektóre choroby serca, zwłaszcza w okresie niewydolności krążenia, dusznicę bolesną, stwardnienie tętnic i t. d. Nie wolno natomiast zalecać żywienia skąpego osobom wyniszczonym (z niedoborem wagowym), dzieciom, a także chorym, którzy prócz cukrzycy, cierpią na inne choroby, wymagające dostatecznego, pełnociepłostkowego żywienia. Wszystkich tych chorych, dla których nie jest wskazane żywienie ubogociepłostkowe, musimy leczyć insuliną, aby w ten sposób podane im węglowodany zostały przyswojone. Widzimy więc, że w leczeniu cukrzycy, dążąc do wzmożenia przyswajania węglowodanów, posiłkujemy się głównie: ograniczeniem ciepłostek oraz stosowaniem insuliny, która do pewnego stopnia działa podobnie, jak ograniczenie ciepłostek. Istnieją też przypadki, w których stosujemy jednocześnie oba wspomniane sposoby leczenia, t. j. ograniczenie ciepłostek i insulinę.

Przystępując do leczenia należy dokładnie ustalić, na czym ma polegać poprawa stanu chorych oraz jak mamy odnieść się do cukromoczu i przecukrzenia krwi w poszczególnych przypadkach. Odpowiedź na to pytanie musimy ująć na zasadzie doświadczenia klinicznego w sposób następujący: należy dążyć do ustąpienia:

1) objawów podmiotowych (niesmak i wysychanie w ustach, pragnienie, zmęczenie, swędzenie ciała, swędzenie sromu u kobiet, bóle mięśniowe, nadmierny apetyt i t. d.);

2) objawów podmiotowych (wielomocz, obniżanie się wagi u chorych bez nadmiaru wagowego, objawy związane przeważnie z powikłaniami cukrzycy i t. d.);

3) objawów zakwaszenia (ciała ketonowe w moczu, zwiększone wydalanie amoniaku, zwiększone wydalanie azotu, czyli ujemny bilans azotowy, obniżenie prężności CO_2 w wydychanym powietrzu i we krwi tętniczej, zmniejszenie zasobu zasad we krwi, bezsenność lub senność, mdłości, wymioty, jadłowstręt i t. p.).

Należy również dążyć do możliwie najmniejszego cukromoczu oraz do prawidłowego poziomu cukru we krwi naczczu, ale jedynie pod warunkiem, że nie narazimy chorych na przewlekłe niedożywianie węglowodanami. Zmniejszenie bowiem lub nawet całkowite ustąpienie cukromoczu i przecukrzenia krwi naczczu, bez wybitnej poprawy stanu przedmiotowego i podmiotowego chorych, oraz bez osiągnięcia zwiększenia przyswajania węglowodanów (zwiększenia bilansu węglowodanowego), nie należy uważać za wynik dodatni leczenia.

Już przy pierwszym zetknięciu się z chorym musimy obliczyć przeznaczoną mu na kg. wagi ilość ciepłostek, przyjmując pod uwagę nie wagę rzeczywistą, lecz należną, t. j. tę, jaką chory mieć powinien. Obliczając niezbędną ilość przeznaczanego białka (0,6 — 0,8 g. na kg. wagi), posiłkować się należy również tą samą zasadą, uwzględniając wagę należną chorego. Aby uzyskać wagę należną w gramach, mnożymy liczbę, wyrażającą wzrost chorego w centymetrach przez t. zw. wskaźnik Noordena, który wynosi 455. Jeżeli na przykład wzrost wynosi 173 cm., to waga należna równać się będzie $173 \times 455 = 78,7$ kg. Można obliczenie to wykonać jeszcze prościej, przyjmując jako wagę należną dwie ostatnie cyfry liczby, wyrażającej wzrost w centymetrach. Według tego obliczenia, jeżeli wzrost wynosi 173 cm., waga należna będzie równa tylko 73 kg.

a) *Leczenie chorych wazących dostatecznie.*

Chorych tej grupy leczymy przede wszystkim dietą, podając im ubogociępkowe pożywienie, celem zwiększenia przyswajania węglowodanów. W przypadkach podobnych stosujemy dietę, wynoszącą nie więcej jak 25 — 30 ciepłostek na kg. należnej wagi. Dieta podobna, za-

wierająca wystarczającą ilość białka (0,6 — 0,8 g. na kg. należnej wagi) i węglowodanów 100 — 150 g., może być przestrzegana czas dłuższy, lub zawsze. Można ją również uważać za dietę próbną i po pewnym czasie jej przestrzegania w większości przypadków można orzec, z jak ciężką postacią cukrzycy mamy do czynienia. W ten sposób przekonamy się, jakie jeszcze zabiegi dietetyczne będą pożądane, aby doprowadzić chorego do dobrego stanu ogólnego i do możliwości największego przyswajania węglowodanów przy najmniejszym cukromoczu i najniższym poziomie cukru we krwi naczczo.

Przybliżony skład tej diety jest następujący: ciepłostek nie więcej jak 25 — 30 na kg. należnej wagi, węglowodanów 100 — 150 g., białka nie więcej jak 0,6—0,8 g. na kg. należnej wagi, tłuszczów tyle ile potrzeba do pokrycia pozostałej z przeznaczanej na dobę ilości ciepłostek.

Przy wadze należnej 70 kg. chory otrzyma $30 \times 70 = 2100$ ciepłostek. Węglowodanów 150 g. Białka około 70 g. Tłuszczów 130 g.

	Węglowodanów	Białka	Tłuszczu
100 g. pieczywa	60	6	ślad
500 g. owoców	50	—	—
100 g. kartofli	20	2	—
2 jaja	—	12	11
150 g. mięsa	—	30	3
1/2 litra mleka	22	17	17
120 g. masła	—	—	96
Jarzyny wszelkie bez ograniczenia z wyjątkiem strączkowych, za- wierających około 50% węglo- wodanów i około 25% białka .	—	—	—
Razem	152	67	127

Gdyby podobna dieta okazała się dla tego rodzaju chorych nieodpowiednia, bowiem nie doprowadziłaby do znacznego przyswajania węglowodanów (wydzielanie cukru z moczem byłoby znaczne), należałoby zastosować pożywienie jeszcze bardziej ubogociepłostkowe, przeznaczając 20 — 15 a nawet i mniej ciepłostek na kg. wagi. Zmniejszając w ten sposób ilość ciepłostek, pamiętać zawsze należy o dostatecznym podawaniu węglowodanów i dlatego powinniśmy obniżać przedewszystkiem ilość tłuszczu. W przypadkach bardzo opornych, zmuszeni jeste-

my podawać pożywienie jeszcze uboższe w ciepłostki (półgłodowe), co staje się możliwe wówczas, gdy zupełnie zaniechamy podawania tłuszczu, uwzględniając jedynie minimum białka, a gros ciepłostek stanowić będą węglowodany. Rzecz jasna, że podobne diety nie mogą być podawane zbyt długo, gdyż doprowadzić mogą do znacznego rozpadu białka ustrojowego i dlatego też służą jedynie jako diety lecznicze, prowadzące do wzmożenia przyswajania węglowodanów. Do tego rodzaju diet zaliczamy również diety: owsiankową Noordena, kartoflaną Mossè, ryżową Düringa, bananową Noordena, cukrową Klemperera i t. d. Diety te zawierają zazwyczaj niedostateczną ilość białka albo też nie zawierają go zupełnie. Co się tyczy swoistego działania diety owsiankowej Noordena, to zaznaczyć należy, że skuteczność jej opiera się na tem, iż zawiera ona mało ciepłostek, a dużo węglowodanów, które dzięki małowęglowodanowemu pożywieniu dobrze się przyswajają. Nic więc dziwnego, że dieta ta wpływa dodatnio na stan chorych, tembardziej gdy jest stosowana po dniach jarzynowych. Nie może więc ulegać wątpliwości, że przypisywanie przez Noordena szczególnych właściwości leczniczych owsiance nie wytrzymuje krytyki. Zdołaliśmy się bowiem przekonać, że wszystkie bez wyjątku węglowodany wywierają takie same działanie jak owsianka, byleby nie były podawane równocześnie z dużą ilością ciepłostek. Można zatem, zamiast owsianki, stosować równie dobrze chleb, ziemniaki, ryż, owoce i t. p., na co już wskazywał przed laty *Witold Orłowski*.

b) Leczenie chorych z niedoborem wagowym.

Chorym tej grupy podajemy dietę obficieciepłostkową, oraz insulinę. Być może, że chorzy podobni po pewnym czasie, kiedy ich stan przedmiotowy i podmiotowy poprawi się (zwiększy się waga ciała), będą mogli obyć się bez insuliny, w większości jednak przypadków chorzy tej grupy zazwyczaj otrzymują insulinę stale.

Przybliżony skład tej diety jest następujący: ciepłostek 40—50 na kg. wagi należnej, węglowodanów około 400 g., białka 1,5—2 g. na kg. wagi należnej (obfitość białka usprawiedliwiona jest w podobnych przypadkach znacznem wyniszczeniem chorych). Tłuszczów tyle, aby pokryć pozostałą z przeznaczonych na dobę ilość ciepłostek.

Przy wadze należnej 70 kg. chory otrzyma $50 \times 70 = 3500$ ciepł.: węglowodanów 400, białka 140 g., tłuszczów 149 g.

	Węglowodanów	Białka	Tłuszczów
300 g. pieczywa	180	18	ślad
1 kg. owoców	100	—	—
300 g. kartofli	60	6	—
4 jaja	—	24	22
250 g. mięsa	—	50	5
1 litr mleka	45	35	35
100 g. masła	—	—	80
50 g. kaszy wszelkiej	35	2	ślad
Jarzyny wszelkie bez ograniczenia z wyjątkiem strączkowych	—	—	—
Razem	420	135	142

Insulinę podajemy w dawkach następujących: 30—60 minut przed śniadaniem 30 jednostek, 30—60 minut przed obiadem 20 jednostek, i 30—60 minut przed kolacją 10 jednostek.

Należy podkreślić, że dobór pokarmów może być odpowiednio zmieniany, zależnie od upodobań smakowych chorych, z tem zastrzeżeniem jedynie, że ogólna ilość ciepłostek, węglowodanów, białka i tłuszczu będzie zachowana. Dawki insuliny, zależnie od przypadku, muszą być również albo zwiększane albo też zmniejszane. Po pewnym czasie stosowania wspomnianej obficie ciepłostkowej diety możemy przejść do diety uboższej, zarówno pod względem ciepłostkowym, jak i węglowodanowym, oraz do mniejszych dawek insuliny.

Postępowanie lecznicze w przypadkach zarówno z niedoborem wagowym, jak i z wagą prawidłową lub nadmierną, nie może być schematyczne, lecz podlegać musi wybitnej indywidualizacji. Wobec tego przytoczone dwa schematy diet służyć mogą jedynie do orjentacji przy stosowaniu leczenia dietetycznego, które powinno być ściśle przystosowane do poszczególnych przypadków cukrzycy.

c) Rola głodówek.

Dziś, kiedy posiadamy insulinę, stosowanie dni głodowych straciło zupełnie na aktualności. Żaden bowiem klinicysta nie będzie się już zastanawiał nad kwestją, czy ma wstrzyknąć insulinę i natychmiast wprowadzić większą ilość węglowodanów choremu, „obdartemu z ostatnich zapasów węglowodanowych”, wydzielającemu dużo cukru i ciał ketonowych z moczem, czy też ma go poddać kilkodniowemu głodzeniu, by dopiero po tej męczącej próbie wprowadzić pewną niewielką ilość węglowodanów do jego ustroju w nadziei, że będą one przyswojone. Wobec tego, kwestja

stosowania głódówek u chorych na cukrzycę, będących w stanie dużego wyczerpania zdolności przyswajania węglowodanów, co zazwyczaj idzie w parze z wybitnem charłactwem, jest całkowicie rozstrzygnięta. Nie może podlegać dyskusji, że chorych tych należy bezsprzecznie insulino-
wać i jednocześnie podawać im węglowodany, a żadną miarą nie głó-
dzić.

Istnieje i inny rodzaj chorych na cukrzycę, których leczenie dietą półgłodową jest pożyteczne. Mamy na myśli osoby o wadze prawidłowej lub nadmiernej z dodatnim bilansem węglowodanowym, które, obok zupełnie dobrego stanu podmiotowego, wydzielają na dobę około 30—40 g. cukru. W obawie, aby ich cukromocz nie zwiększał się i nie doszło wreszcie do ujemnego bilansu węglowodanowego z jego ciężkimi następstwami, zmuszeni jesteśmy od czasu do czasu stosować odpowiednie leczenie, zmierzające do zmniejszenia cukromoczu. W tych przypadkach żywienie ubogociępkostkowe, zawierające pewną (zależnie od przypadku) ilość węglowodanów, jest najodpowiedniejszym zarządzeniem. Jednakże zdarza się często, że tą drogą nie daje się zmniejszyć cukromoczu, że nawet przy tego rodzaju postępowaniu stale on wzrasta, grożąc zbyt dużą utratą ciepłostek i wystąpieniem ujemnego bilansu węglowodanowego. W podobnej sytuacji wprowadzenie 2—3, a nawet 4-ch dni półgłodowych wybitnie poprawia ich stan, nie przyczyniając przytem najmniejszej szkody choremu, gdyż pewien ubytek na wadze u tych dobrze odżywionych chorych, może być raczej pożyteczny. Do wspomnianego rodzaju chorych na cukrzycę należą osoby w wieku starszym, otyli, nadmiernie uwodnieni (plethora), mający, prócz cukrzycy, najrozmaitsze inne dolegliwości, związane z nieprawidłową przemianą materji. Chorzy ci cierpią na różne bóle mięśniowe i stawowe (dna), często nawiedzają ich kolki nerkowe lub wątrobowe, dokuczają im uporczywe wzdęcia brzucha, zaparcie stolca, wreszcie zadyszki i bóle w okolicy serca, niekiedy o typie ataków duszniczy bolesnej, uzupełniają ten częsty i dobrze znany zespół objawów. Pod względem konstytucjonalnym i objawowym zasadniczo różnią się oni od chorych na cukrzycę typu charłaczego, którzy, w przeciwieństwie do otyłych, skłonni są do ketonurji i wysuszenia ustroju; najważniejszym objawem, wspólnym dla tych obu rodzajów cukrzycy, jest właściwie tylko cukromocz. Cukromocz ten jest jednak niewielkim epizodem w barwnym zespole najrozmaitszych objawów, jakie spostrzega się u otyłych chorych na cukrzycę. Podczas gdy chorym na cukrzycę typu charłaczego grożą przedewszystkiem takie powikłania, jak śpiączka, gruźlica płuc oraz wszelkie choroby, związane z wyniszczeniem ustroju, to chorym typu otyłego grożą przeważnie wszelkiego rodzaju ropienia,

martwice (zgorzel palców) zaćma oczna, jaskra i t. d. W leczeniu chorych typu charłaczego, jak wiadomo, głównym motywem jest bogato-ciepłostkowe żywienie i stosowanie insuliny, a w leczeniu chorych typu otyłego na pierwszy plan wysuwa się żywienie małowielkościkowe bez stosowania insuliny. Co się tyczy głodówek, które mogłyby mieć zastosowanie wyłącznie w leczeniu otyłych chorych na cukrzycę, to mogą być one pożyteczne nietylko ze względu na zmniejszenie cukromoczu, ile głównie dlatego, że wpływają dodatnio na ogólny stan tych chorych. Zachodzi jednak pytanie, czy chorym, o których mowa, należy stosować dni głodowe, czy też pożyteczniejsze byłoby podawanie przez czas dłuższy pożywienia małowielkościkowego, składającego się głównie z jarzyn i owoców oraz małej ilości tłuszczu i mięsa. Pożywienie podobne również zmniejsza cukromocz i wpływa dodatnio na stan ogólny, a co najważniejsze, prowadzone być może przez czas dłuższy, gdyż nie jest dla chorych tak męczące, jak głodówki. Efekt głodówek dwu, trzydniowych, a nawet dłuższych jest krótkotrwały. W czasie głodówek, aczkolwiek cukromocz ginie zupełnie, to często już po upływie 2 dni podawania niewielkiej ilości węglowodanów zjawia się nanowo, a często nawet nasila się bardziej, niż przed zastosowaniem głodówek. Dlatego też, zamiast głodówek, pożyteczniejsze jest stosowanie przez czas dłuższy żywienia małowielkościkowego (półgłodowego), w którego skład wchodzi przede wszystkim węglowodany w postaci owoców i jarzyn.

Jeżeli u chorych na cukrzycę typu charłaczego przewlekłe niedożywienie prowadzi do najrozmaitszych powikłań, to śmiało możemy rzec, że u takich chorych typu otyłego prowadzić będzie do powikłań przekarmianie, szczególnie potrawami bogatymi w tłuszcz i ciała tłuszczowate; jedni i drudzy chorzy muszą jednak otrzymywać możliwie najkorzystniejszą ilość węglowodanów.

Podkreślić raz jeszcze muszę, że dla celów całkowitego odcukrzenia głodówki stanowczo się nie nadają, gdyż efekt ich jest zbyt krótkotrwały, zresztą zupełne odcukrzenie chorych nie jest nawet zawsze konieczne. W celu zaś poprawienia stanu chorych, cierpiących oprócz cukrzycy na inne zaburzenia, związane z nieprawidłową przemianą materji, okresowe stosowanie diet półgłodowych (owocowo-jarzynowych) daje o wiele lepsze wyniki, niż męczące dni głodowe.

d) Kilka słów o leczeniu dzieci.

Przed odkryciem insuliny leczenie cukrzycy wieku dziecięcego było niemal bezskuteczne. Dążenie do normoglikemji i odcukrzenia moczu prowadziło w tych przypadkach z konieczności do przewlekłego

niedożywiania, szczególnie węglowodanami, a było to niezawodną przyczyną rozmaitych powikłań. W wieku niedojrzałym przewlekłe niedożywianie przynosi, jak wiadomo, więcej szkody niż w wieku dojrzałym. Dlatego też daleko idące ograniczenie ciepłostek i węglowodanów w tym wieku, aczkolwiek wiedzie do zmniejszenia cukromoczu, a nawet ketonurji, to jednak mija się z celem zasadniczym. Jedynie tylko insulina może zapewnić w przypadkach podobnych prawidłowy rozwój kształtującego się ustroju. Przypadki zaś cukrzycy dziecięcej, w których podawanie insuliny nie jest konieczne, należą do wyjątkowej rzadkości. Wchodzą tu przedewszystkiem w grę dzieci nadmiernie otyłe, z zaburzeniami wielogrucozowemi, u których na plan pierwszy wysuwają się raczej objawy, świadczące bardziej o zaburzeniu czynności przysadki mózgowej, niż wysepek Langerhansa. W przypadkach takich wskazane jest wyłącznie skąpe żywienie, które bez pomocy insuliny prowadzi do poprawy stanu ogólnego i ustępowania cukromoczu.

Do cukrzycy dziecięcej zaliczamy zazwyczaj przypadki, w których choroba objawia się przed 16-ym rokiem życia, jednak i osoby starsze (w 18—19-ym roku życia) skoro stwierdza się u nich upośledzony rozwój fizyczny, muszą być żywione dostatecznie i otrzymywać insulinę.

Wahania cukru we krwi u dzieci są bardzo duże i pojawiają się zarówno pod wpływem bodźców pokarmowych jak i insuliny. Duże i szybko po sobie następujące wahania cukru we krwi (hiperglikemja znienacka przechodzi w hipoglikemję) sprzyjają powstawaniu zespołu hipoglikemicznego. Wobec tego czas wstrzyknięcia insuliny odgrywa u dzieci stokroć ważniejszą rolę niż u dorosłych. Błędy, dotyczące samej dawki insuliny, nie są tak ważne, jak błędne stosowanie insuliny w czasie niewłaściwym. Wobec tego, że równoważnik węglowodanowy insuliny u dzieci jest wysoki, otrzymuje się wyniki zadowalające przy stosowaniu dawek małych (10—15 jedn.), ale w odpowiednim czasie podanych. Z tego też względu stosowanie 4-ch wstrzykiwań na dobę nie należy u dzieci do rzadkości.

Na szczególną uwagę zasługuje t. zw. dieta wolna (*Freie Kost*) wprowadzona przez *Stoltego*, *Hirsch-Kaufmanna* i *Schödricha*. Polega ona na podawaniu zwykłego pożywienia bez ograniczeń (również cukru) oraz na wstrzykiwaniu insuliny. Zawartość cukru w moczu tuż przed posiłkiem jest wskazówką, wiele należy podać insuliny. Jeżeli mocz nie zawiera cukru, wstrzykuje się o 2—4 jednostki insuliny mniej, niż dnia poprzedniego. Jeżeli zaś stwierdza się w moczu cukier, zwiększa się odpowiednio dawki insuliny. Dieta wolna jest niewątpliwie bardzo cenną metodą, gdyż zapewnia dzieciom żywienie prawidłowe, jednak koniecz-

ne tu jest dokładne dawkowanie insuliny, co jest znowu rzeczą niełatwą. Należy wogóle podkreślić, że leczenie cukrzyicy dziecięcej jest bardzo trudne i wymaga ogromnej umiejętności i wielkiego doświadczenia.

Co się tyczy rokowania, to podkreślić należy, że dawny pogląd, mówiący o niebezpieczeństwie cukrzyicy dziecięcej, powinien raz na zawsze być zapomniany, gdyż chorym dzieciom nietylko nie grozi śmierć, ale mogą one rozwijać się zupełnie prawidłowo. Przypadki zaś śpiączki są wynikiem jedynie tylko niedopatrzenia.

e) *Kilka uwag dotyczących składu diet.*

We wszystkich dietach można zastąpić jedne produkty drugimi (np. pieczywo — mąką, kartoflami, jarzynami strączkowymi i t. d.), nie zmniejszając jednak zbyt ogólnie zawartości ciepłostek, węglowodanów, białka i tłuszczów.

Stosując wszelkie diety, nie powinniśmy kłaść szczególnego nacisku na to, czy chory ma spożywać chleb biały, czy czarny, nie należy też określać rodzaju (gatunku) podawanej kaszy oraz uwzględniać wagi jarzyn, ograniczać chorym ich ilość i przyjmować pod uwagę zawartość w nich węglowodanów, białka, tłuszczów i ciepłostek. Co się tyczy owoców, to również nie należy odróżniać rodzaju owoców, spożywanych przez chorych.

Wszystkie te kwestje, jak nauczyło mnie doświadczenie, nie posiadają zasadniczego znaczenia i nie wywierają widocznego wpływu na przebieg leczenia.

Zawartość węglowodanów i białka w chlebie białym i czarnym jest prawie jednakowa (w pszennym węglowodanów 56,6%, białka 7% — w czarnym węglowodanów 50%, białka 6%), a jeżeli przyjąć pod uwagę lepsze przyswajanie chleba pszennego niż razowego, to różnica ta również nie wiele zaważy na szali.

Wszelkie jarzyny, prócz kartofli i jarzyn strączkowych, zawierają mniej więcej od 2—11% węglowodanów (kalafior 4,6, sałata 2,3, kalarepa 8,2, marchewka 8,9, szpinak 4,4, buraczki 4,5, rzodkiewka 3,18, szparagi 1,15, kapusta 11,6% i t. d.), białka mniej więcej od 0,6—3,9% (kalafior 2,48, sałata 1,5, kalarepa 1,54, marchewka 0,7, szpinak 3,5, buraki 0,6, rzodkiewka 0,89, szparagi 0,82, kapusta 3,99% i t. d.).

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że we wszystkich jarzynach, prócz strączkowych i ziemniaków, znajduje się średnio 5,5% węglowodanów,

a chory spożyje $\frac{1}{4}$ kg. jarzyn, ważonych w stanie surowym, to ilość spożytych przez niego węglowodanów wyniesie zaledwie 13 g. Obliczając w ten sam sposób ilość białka, zawartego w $\frac{1}{4}$ kg. jarzyn, przekonamy się, że nie przekroczy ona 4,5 g. Uwzględniając przy tem, że $\frac{1}{4}$ kg. jarzyn (jako ilość duża) rzadko kiedy bywa spożyta przez chorych oraz że przyswajanie węglowodanów jarzynowych i białka jarzynowego jest niewielkie, dojdziemy do wniosku, że chory otrzyma składników tych tak mało, że mogą one przy obliczaniu całkowicie nie być brane w rachubę.

Co się tyczy wszelkich gatunków kaszy, to zważywszy, że różnica zawartości w nich węglowodanów i białka nie jest znaczna (ryż — węglowodanów 76,8%, białka 6,5%; manna — węglowodanów 76%, białka 11,1%; jaglana — węglowodanów 71,2, białka 11,3; perłowa — węglowodanów 76,2, białka 7,2%; krakowska — węglowodanów 74,2, białka 8,8%; owsiana — węglowodanów 65%, białka 13,5% i t. d.), nie wymieniamy w jadłospisie gatunku kaszy, pozostawiając choremu jej wybór.

Ponieważ w rozmaitych owocach, z wyjątkiem bananów i winogron, procentowa zawartość węglowodanów nie waha się znacznie (jabłka 12%, śliwki 11%, czereśnie 12%, gruszki 11,8%, winogrona 17%, pomarańcze 13%, truskawki 9,2%, maliny 8,1%, porzeczki 9,5% i banany 22,5% i t. d.), dla ułatwienia przyjmujemy, że owoce zawierają średnio 10% węglowodanów. Jeżeli nawet chory spożyje 2—3 banany i niewiele winogron, to ogólna ilość spożytych przez niego węglowodanów, aczkolwiek w istocie będzie większa niż przyjęliśmy, niewiele zaważy na szali przy obliczaniu bilansu węglowodanowego.

Przytoczone w pracy niniejszej dane nie wysiarczają, aby opierając się na nich można było leczyć przy pomocy diety choroby przemiany materji. Dane powyższe mówią jedynie o znaczeniu diety w chorobach przemiany materji i mogą być tylko bodźcem do dalszych w tym kierunku studjów.

STRESZCZENIE

1. Uwagi ogólne.

Dziś leczenie dietetyczne nie przypada w udziale jedynie internistom, gdyż i inni specjaliści zwracają się ku temu skutecznemu sposobowi leczenia. Obecnie, w okresie rozwoju nauki o witaminach, w okresie posiłkowania się prawami fizykochemicznymi w celu wyjaśnienia zja-

wisk, zachodzących w cieczach ustroju, dietetyka wkracza na tory nauki ściślej. Zaczynamy rozumieć, dlaczego odnośna dieta powinna mieć zastosowanie w pewnej chorobie, albowiem wiemy, jak ogromny wpływ może wyrzucić pożywienie na kwasotę ustroju, na ustosunkowanie się poszczególnych katjonów, na pracę gruczołów dokrewnych, a temsamem na napięcie układu wegetatywnego.

Czyniąc zadość pewnej koniecznej schematyzacji, do chorób przemiany materji zaliczyć musimy jedynie te stany patologiczne, w których wadliwa przemiana materji wyłania się na plan pierwszy. Jednak i w tym względzie raportujemy na trudności, gdyż opierając się na tej zasadzie, powinniśmy w dziale tym uwzględnić również choroby gruczołów dokrewnych, jak chorobę Basedowa, Addisona, moczówkę prostą i t. d. Podobne ujęcie sprawy nie byłoby jednak celowe, gdyż ramy niniejszej pracy nie pozwalają na podobne traktowanie tematu i dlatego uwzględnimy jedynie trzy choroby przemiany materji, a mianowicie: otyłość, dnę i cukrzycę.

2. Otyłość.

Otyłość bywa pochodzenia wewnętrznego (endogenicznego) i pochodzenia egzogenicznego (zewnętrznego). Do otyłości endogenicznej, w której mamy do czynienia z nieprawidłową czynnością rozmaitych gruczołów dokrewnych, zaliczamy głównie: dystrophia adiposo-genitalis, eunuchoidismus, adipositas climacterica i adipositas thyreogenetica. Otyłość z przyczyn zewnętrznych (egzogeniczna) powstaje wskutek obfitego pożywienia i skąpej pracy fizycznej.

Zasadniczym motywem leczenia dietetycznego otyłości jest wprowadzenie zmiany w bilansie ubytku i przybytku materji ustroju. Dążyć więc należy do bilansu ujemnego, t. j. aby proces dysymilacji przewyższał proces asymilacji, czyli aby wywóz materji przewyższał jej wwóz. Dla osiągnięcia tego celu nie należy jednak zbyt ograniczać białka i węglowodanów. Ogólnie mówiąc, w leczeniu ochudzającym należy uwzględnić następujące postulaty:

1) pożywienie powinno być obfite pod względem objętościowem, czyli musi zaspokajać głód;

2) ilość białka nie może być mniejsza niż 0,6—0,8 g. na 1 kg. wagi należnej (t. j. tej, jaką chory, sądząc ze wzrostu mieć powinien, a nie wg. tej, jaką obecnie ma, jako człowiek otyły);

3) pożywienie powinno być ubogocieplostkowe, a składać się z większej ilości węglowodanów niż tłuszczów. Można więc stosować

diety, zawierające wyłącznie węglowodany i białko, nigdy zaś wyłącznie białko i tłuszcz;

4) ilość płynów powinna być ograniczona (nadmierne uwodnienie chorych jest wynikiem ich skłonności do osłabionego ruchu materji i wzmożonego tworzenia zapasów, nie tylko tłuszczu, lecz i wody).

Jeżeli mamy do czynienia z otyłością zwykłą lub mieszaną, należy stosować spoczątku leczenie wyłącznie dietetyczne. Jeżeli nie osiągniemy w ten sposób żadnego lub zbyt nikły wynik, stosujemy kilkodniową lub dłuższą dietę wybitnie małowartościową (10 ciepłotek na kg. wagi) lub też dietę jednostronną (owocową, mleczną, kartoflaną, cukrową i t. d.). W razie wyniku niedostatecznego stosujemy obok diety przetwory gruczołowe (tarczycy, przetwory wielogruczołowe). W przypadkach otyłości pochodzenia wyłącznie gruczołowego podajemy już na początku leczenia, obok diety, preparaty gruczołowe.

3. Dna.

Zatrzymywanie w ustroju i odkładanie się w tkankach moczanów (soli kwasu moczowego) jest właściwością zasadniczą chorych na dnę. Kwas moczowy powstaje ze złożonych ciał białkowych, zwanych nukleoproteidami, które w przeważającej ilości wchodzi w skład jądra komórek.

Kwas moczowy, przy prawidłowo odbywających się procesach przemiany materji, powstaje przeważnie z dwu źródeł, a mianowicie: z pokarmów, składających się z jąder komórek oraz z substancji jądrowej tkanek ustroju. W ten sposób odróżniamy kwas moczowy, który powstaje z pożywienia (egzogeniczny) oraz ten, który wytwarza się z rozpadającego białka ustroju (endogeniczny).

Leczenie dny polegać powinno na przeciwdziałaniu nagromadzenia się soli kwasu moczowego we krwi i tkankach, na ograniczaniu ich powstawania zarówno z pokarmów jak i tkanek oraz na stwarzaniu w miarę możliwości najdogodniejszych warunków do lepszego wydalania z ustroju wytworzonego już kwasu moczowego.

Dążąc do tego celu należy te produkty, które zawierają dużo ciał purynowych (grasica, wątroba, nerki, mózdzek i t. d.), skreślić z jadłospisu chorych na dnę. Są to narządy mięsne, zawierające bardzo dużo jąder komórek, a temsamem i nukleoproteidów.

Co się tyczy podawania węglowodanów i tłuszczów, to ciała te nie wywierają prawie żadnego wpływu na uruchomienie endogenicznego kwasu moczowego.

Owoce i jarzyny bardzo ułatwiają przestrzeganie diety bezpurynowej, gdyż odbierają apetyt i czynią pożywienie objętościowem. Nadto zawierają dużo wody, która sprzyja wydalaniu kwasu moczowego, przepłukując ustrój. Owoce i jarzyny zawierają też dużo soli alkalicznych, które utrzymują kwas moczowy w roztworze obojętnym, tworząc w ten sposób łatworozpuszczalną, koloidową postać kwasu moczowego.

Chorych na dnę należy zatem żywić przeważnie węglowodanami, przyczem podawać pożywienie małowęglowodanowe, zawierające dużo owoców i jarzyn. Unikać należy produktów bogatych w ciała purynowe, nie podawać wysoko i pokarmów drażniących. W miarę możliwości wprowadzać dużo płynów. Ilość białka nie powinna przekraczać 0,6—0,8 g. na kg. wagi.

Nie we wszystkich jednak przypadkach dny wystarcza leczenie wyłącznie dietetyczne. Wówczas stosować należy prócz diety i leczenia farmakologicznego, leczenie uzdrowiskowe, polegające na piciu wód kruszcowych, kąpielach i wypoczynku. Wskazane są kąpiele solankowe i szlamowe (Ciechocinek, Busk, Truskawiec i t. d.).

4. Cukrzyca.

Cukrzyca jest chorobą, w której mamy przedewszystkiem do czynienia ze złem przyswajaniem węglowodanów. Objaw ten pociąga za sobą inne, doprowadzając wreszcie do wielce złożonego i barwnego obrazu cukrzycy. Wskutek złego przyswajania węglowodanów, wiodącego do przecukrzenia krwi i cukromoczu, dojść może wreszcie do utraty substancji ustrojowej. Wydalający się bowiem cukier z moczem powstawać może nie tylko z pokarmów (węglowodanów, białka i tłuszczu), lecz też i z substancji ustrojowej, a wchodzi tu również w grę nie tylko węglowodany (glikogen), lecz białko i tłuszcz. Wskutek rozpadu białka i tłuszczu, zarówno pokarmowego jak i ustrojowego, oraz przechodzenia ciał tych w cukier, powstają najprawdopodobniej związki ketonowe. Ciała te, nagromadzone we krwi, doprowadzić mogą do ciężkiego zatrucia ustroju i wreszcie do śpiączki cukrzyczej.

Ponieważ złe przyswajanie węglowodanów jest główną przyczyną powstawania cukrzycy, leczenie tej choroby powinno polegać przede wszystkim na dążeniu do poprawy przyswajania węglowodanów. Wów-

czas i wszystkie inne objawy cukrzycy, które są następstwem złego przyswajania węglowodanów, ustąpią i w ten sposób przemiana materji cukrzyczych będzie skierowana na tory właściwe. Dlatego, przystępując do leczenia cukrzycy, należy pamiętać, że przyswajanie węglowodanów jest zależne od ilości ciepłostek, wprowadzonych wraz z węglowodanami. Ograniczenie zatem ciepłostek jest zasadniczym motywem w leczeniu cukrzycy.

Niestety, nie we wszystkich przypadkach cukrzycy można posiłkować się tym skutecznym sposobem leczenia. Ograniczenie ciepłostek stosować możemy jedynie w przypadkach cukrzycy, które nie wymagają dostatecznego ani nadmiernego żywienia, t. j. u ludzi dobrze odżywionych, o wadze prawidłowej lub nadmiernej. Nie wolno natomiast zalecać żywienia skąpego osobom wyniszczonym (z niedoborem wagowym, dzieciom, a też chorym, którzy prócz cukrzycy cierpią na inne choroby, wymagające dostatecznego żywienia. Wszystkim tym chorym, dla których nie jest wskazane żywienie ubogociepłostkowe, musimy stosować insulinę, aby w ten sposób podane im węglowodany zostały przyswojone.

Mówiąc ogólnie, w leczeniu cukrzycy posiłkujemy się: ograniczeniem ciepłostek oraz stosowaniem insuliny, która do pewnego stopnia działa podobnie, jak ograniczenie ciepłostek. Istnieją też przypadki, w których stosujemy jednocześnie oba wspomniane sposoby leczenia, t. j. ograniczenie ciepłostek i insulinę.

R E S U M É.

LE RÔLE DE LA DIÉTÉTIQUE DANS LES MALADIES DU MÉTABOLISME.

1. *Notes générales.*

Le traitement au régime diététique a déjà cessé d'être du ressort exclusif de l'interniste, car d'autres spécialistes ont également recours à cette méthode curative si efficace. Actuellement, vu l'essor de la théorie des vitamines, à l'époque d'application des lois physicochimiques pour l'élucidation des phénomènes qui se jouent dans les humeurs organiques — la diététique pénètre au rang des sciences exactes. On commence à saisir, pourquoi une diète convenable doit être appliquée dans l'affection donnée, puisqu'on connaît l'influence énorme exercée par la nourriture sur l'acidité de l'organisme, sur la corrélation des cations

particuliers, sur le fonctionnement des glandes endocrines et par cela même — sur le tonus du système vago — sympathique.

Etant donné la nécessité de quelque schématisation, on ne compte aux maladies du métabolisme que les états morbides dans lesquels le métabolisme lésé ressort au premier plan. Mais cette classification offre encore des difficultés, car, d'après ce principe, on devrait prendre en considération aussi les troubles des glandes endocrines, comme p. ex. la maladie de Basedow, d'Addison, le diabète insipide etc. Pourtant, une telle interprétation du problème serait inopportune, car les cadres du présent travail excluent une pareille analyse du thème; par conséquent nous n'y envisageons que trois maladies du métabolisme, à savoir: l'obésité, la diathèse urique et le diabète sucré.

2. Obésité.

L'obésité est d'origine soit interne (endogène), soit externe (exogène). L'obésité endogène, résultante du fonctionnement troublé de diverses glandes endocrines, comprend, avant tout, la dystrophie adipo-génitale, l'eunochoïdisme, l'adiposité climactérique et l'adipose thyro-génétique. L'obésité exogène, déterminée par les agents externes, est produite par la suralimentation et le manque du travail physique.

La directive fondamentale du traitement diététique de l'obésité consiste en la modification du bilan de la décroissance et d'accroissement des substances organiques. Ainsi on doit tendre à réaliser un bilan négatif. La dissimilation doit surpasser l'assimilation, l'élimination des matières excéder leur livraison. Toutefois, pour atteindre ce but, on ne doit pas réduire excessivement l'albumine et les aliments hydrocarboniques. Dans le traitement dégraissant il faut, en général, prendre en considération les postulats suivants:

- 1) le volume de la nourriture doit être ample, puisque sa tâche consiste à apaiser la faim;
- 2) la quantité d'albumine ne peut pas être au-dessous de 0,6 — 0,8 gr. par 1 kg de poids normal (c. à d. de celui que le malade, à en juger d'après sa taille, doit avoir, et non point son poids d'obèse);
- 3) la nourriture doit être pauvre en calories et contenir plus d'hydrocarbonates que de graisses. On peut donc combiner un régime d'hydrocarbonates et d'albumine, mais jamais l'albumine et les graisses seules;

4) la quantité de liquides doit être limitée (l'hydratation excessive des obèses résulte de leur prédisposition au métabolisme moins énergétique et à la production exaltée de réserves non seulement en graisses, mais encore en eau).

Lorsqu'il s'agit d'adipose simple ou compliquée, il faut commencer par un traitement exclusivement diététique. Si ce procédé demeure inefficace, ou s'il donne un effet peu appréciable, on aura recours à un régime nettement pauvre en calories, de plusieurs jours ou d'une durée prolongée (10 calories par 1 kg de poids), ou bien à un régime uniforme (fruits, lait, pommes de terre, sucre etc). Si l'effet en est insuffisant, on administre, à côté du régime, l'ingestion des préparations glandulaires (la glande thyroïde, médicaments polyglandulaires). En face d'une obésité d'origine purement glandulaire, on donne à ingérer, dès le début du traitement, outre la diète, des préparations glandulaires.

3. *La diathèse urique.*

La rétention dans l'organisme et l'emmagasinement dans les tissus d'urates (sels de l'acide urique) constitue la particularité des arthritiques. L'acide urique dérive des corps albumineux composés, dits nucléoprotéides, qui forment la partie intégrante majeure du noyau cellulaire.

L'acide urique, dans les conditions normales du métabolisme, pour la plupart prend naissance de deux sources, soit: des aliments formés de noyaux cellulaires, et de la substance nucléaire des tissus organiques. De cette manière, on distingue l'acide urique produit par les aliments (exogène) de celui qui résulte de la désintégration de l'albumine organique (endogène).

Le traitement de la diathèse urique doit tendre à réagir contre l'emmagasinement des sels de l'acide urique dans le sang et les tissus, à limiter leur production aussi bien par les aliments que par les tissus organiques, et enfin, à créer, en mesure de possibilité, les conditions les plus propices pour éliminer d'une manière plus énergique l'acide urique produit déjà dans l'organisme.

A ce but, il faut supprimer dans le menu des arthritiques les aliments riches en purin (thymus, foie, reins, cerveau etc.). Ce sont des organes parenchymateux excessivement abondants en noyaux cellulaires, et par cela même — en nucléoprotéides.

Pour ce qui concerne l'ingestion d'hydrocarbonates et de graisses, ces substances n'exercent presque aucune action sur la mobilisation de l'acide urique endogène.

Les fruits et les légumes contribuent à bien faciliter le maintien du régime sans purin, car ils ôtent l'appétit et rendent volumineuse la nourriture. En outre, ils contiennent beaucoup d'eau qui, en lavant l'organisme, active l'élimination de l'acide urique. Les fruits et les légumes sont riches en sels alcalins qui maintiennent l'acide urique dans une solution neutre et produisent ainsi sa forme colloïdale soluble.

Il en résulte que les arthritiques doivent être mis à un régime d'hydrocarbonates, leur nourriture doit être pauvre en calories, mais abondante en fruits et légumes. Il faut éviter les produits riches en purin, l'alcool et les mets excitants. Liquides en abondance au possible. Le taux d'albumine ne doit pas dépasser 0,6 à 0,8 gr par 1 kg de poids.

Pendant le traitement purement diététique ne suffit pas dans l'ensemble des cas morbides. À côté de la diète et du traitement pharmacologique, on a alors recours, soit à la balnéothérapie, soit aux eaux minérales, bains et répos. Indication pour bains salins et limoneux (Ciechocinek, Busk, Truskawiec etc.).

4. *Le diabète sucré.*

Le diabète sucré est une affection qui, en premier lieu, relève d'une assimilation d'hydrocarbonates troublée. Ce symptôme entraîne d'autres, pour amener enfin l'évolution fort compliquée et nettement prononcée du diabète sucré. L'assimilation défectueuse d'hydrocarbonates, en déterminant l'hypoglycémie et la glycosurie, peut enfin provoquer l'appauvrissement de la substance organique. Car le sucre éliminé avec les urines peut dériver non seulement des aliments (hydrocarbonates, albumine et graisses), mais encore de la substance organique, et dans ce cas il s'agit également d'hydrocarbonates aussi bien que d'albumine et de la graisse. Par suite de la désintégration de l'albumine et de la graisse, alimentaires ou organiques, et de la transformation en sucre de ces substances, la production de combinaisons du kéton a probablement lieu. Ces substances accumulées dans le sang, sont susceptibles de provoquer une intoxication grave de l'organisme et dans la suite — le coma diabétique.

Comme l'assimilation troublée d'hydrocarbonates constitue le moment étiologique du diabète, son traitement doit, avant tout, porter à l'amélioration de cette fonction troublée. Lorsque ce but aura été

atteint, le retrait de tous les autres signes diabétiques dus à l'assimilation lésée d'hydrocarbonates va s'effectuer et de cette manière, les échanges des matières diabétiques reprendront leur voie normale. C'est à cause de cela qu'en procédant au traitement du diabète, il faudra retenir, que l'assimilation d'hydrocarbonates est en rapport inverse à la quantité de calories introduites avec les hydrocarbonates. Ainsi, la limitation des calories constitue le motif fondamental dans le traitement du diabète sucré.

Pourtant, ce traitement si efficace ne peut pas être suivi dans tous les cas de diabète sucré. La réduction de calories n'est applicable que chez les malades qui n'ont pas besoin d'alimentation suffisante ou surabondante, donc chez des personnes bien nourries et d'un poids normal ou excessif. Par contre, ce régime est interdit aux personnes inanitiées (à poids subnormal), aux enfants et aux malades atteints, en dehors du diabète sucré, d'autres affections qui nécessitent une alimentation suffisante. A tous ces malades pour lesquels l'alimentation pauvre en calories est contre-indiquée, il faut ordonner de l'insuline, afin de rendre possible l'assimilation des hydrocarbonates ingérés.

En général, dans le traitement du diabète sucré on doit administrer: la réduction de calories, l'injection de l'insuline qui, en quelque sorte, exerce une action analogue à celle de la limitation de calories. On observe aussi de cas où les deux méthodes thérapeutiques, la réduction de calories et l'injection d'insuline, peuvent être appliquées simultanément.

*Wystawa środków leczniczych
w Ciechocinku*

Za dział ten Komitet Organizacyjny nie odpowiada.
Wiadomości pomieszczono na odpowiedzialność odnośnych firm.

PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGJENY.

Z okazji Zjazdu Państwowy Zakład Higjeny urządził wystawę swoich produktów biologicznych, a mianowicie surowic, szczepionek i organopreparatów. Zwrócono szczególną uwagę na Insulinę, której produkcja w Polsce odbywa się jedynie w Państwowym Zakładzie Higjeny. Produkcja ta pokrywa przeszło połowę zapotrzebowania w kraju.

Między surowicami leczniczymi na szczególną uwagę zasługuje surowica dyfterytyczna oczyszczona i koncentrowana o wysokim mianie. Z wystawy wynosi się wrażenie, że produkcja Państwowego Zakładu Higjeny w tym zakresie obejmuje wszelkie preparaty potrzebne tak do lecznictwa jak i diagnostyki.

ASMIDAR Sp. z o. o. i ZAKŁ. PRZEM. A. WIENIEWICZ—Warszawa.

Na wspólnym stoisku obu firm były wystawione następujące preparaty:

Klerol w postaci maści i płynu do kąpieli, *Feminal* i *Panbilina* firmy Asmidar oraz preparaty firmy A. Wieniewicz — *Hemostyl*, *Angioxyl*, *Sterogyl*, *Gynoestryl*, *Spasmina*, *Codoforme*, *Inotyol*, *Gelogastryna*, *Piperazyna Midy*, maść i czopki *Midy*, *Cascara Midy* i *Proveinase Midy*.

Fabryka Chemiczna R. BARCIKOWSKI S. A., Poznań.

W wystawie preparatów farmaceutycznych podczas trwania VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku brała również udział Fabryka Chemiczna R. Barcikowski S. A. Poznań.

Z preparatów wystawionych cieszyły się szczególnem zainteresowaniem jej nowe specyfikiki jak: *Erbefan* (acid. phenylcinchoninum — aminoaceticum), nowa pochodna atofanowa, pozbawiona ujemnych działań wątrobowych. *Hexacyl* (Hexametylentetramin sulfosalicylicum), oddający w lecznictwie dróg moczowych duże usługi. *Chinoterpin* mało bolesny, swoisty zastrzyk bodźcowy, znajdujący coraz większe zastosowanie, zwłaszcza w przewlekłych chorobach kobiecych. Preparat

Septiven (zawiesina uczynnionego węgla zwierzęcego w specjalnie spreparowanej oliwie do wlewań dożylnych) robi wyłom w naszych dotychczasowych pojęciach o zastrzykach dożylnych i wskazuje zupełnie nowe drogi współczesnemu lecznictwu. Liczne doświadczenia krajowych klinik uniwersyteckich dowiodły niezbicie, że preparat *Septiven* ma dużą skuteczność w lecznictwie posocznic rozmaitego podłoża. Piśmiennictwo: Dr. J. Zambrzycki „Polska Gazeta Lekarska” Nr. 20 z 1935 r., Doc. Dr. F. Goebel i Dr. J. Miller „Medycyna” Nr. 15 z 1935 r.

Duże zainteresowanie wzbudziła pierwsza polska maść witaminowa pod nazwą *Tranoza-Erbe*, przeznaczona do leczenia ran trudno gojących się, jak np. *ulcus cruris*, *osteomyelitis* oraz ran pochodzenia gruczołowego. (Piśmiennictwo: Dr. Z. Dziembowski „Nowiny Lekarskie” Nr. 13 z 1935 r.).

CHEMERGON — Poznań.

Znana firma „Chemergon”, właśc. aptekarz Leon Sikorski, Poznań, założona w roku 1920 wystawiła znane ogólnie *Dermoplasty*, opatrunki *Trauma Dermoplast*, różne plastry kauczukowe lecznicze, pudry *Vaselan*, *Sudoral*, *Pinoboromentol*, *Balsam mentolowy*, krążki filcowe, *Cornoplast* na odciski, *Kapsikumplastry*, *Telacoll* i wiele innych szerszemu ogółowi już znanych preparatów. Z nowych artykułów zauważyliśmy „*Białyząb*”, pastę do zębów o miłym smaku miętowym, puder sterylizowany po goleniu, puder do włosów oraz kremy *Vaselan*: mleczny i półtłusty. Wyroby „Chemergon” są stale wystawiane na każdej wystawie towarzyszącej zjazdowi lekarzy. Każdy lekarz odnosi się do wyrobów „Chemergonu” z wielką życzliwością.

CHEM.-FARM. ZAKŁ. PRZEM. L. NASIEROWSKI — Warszawa.

W roku bieżącym, tak samo jak i lat poprzednich wśród eksponatów firm farmaceutycznych, zwracało szczególną uwagę PP. Lekarzy stoisko firmy: Chemiczno-Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowo-Handlowe *L. Nasierowski*, która zajmuje dziś jedno z naczelných miejsc w krajowej produkcji chemiczno-lekarskiej.

Stałe bowiem dążenie do uniezależnienia polskiego przemysłu od zagranicy, oparte o należycie zorganizowaną pracę i ciągłe inwestycje w postaci najnowszych urządzeń i instalacji, wydało już swoje owoce. Dziś przeto Chem.-Farm. Zakł. Przem.-Hadl. *L. Nasierowski* mogą się poszczycić szeregiem doskonałych preparatów, które zyskały sobie uznanie świata lekarskiego.

Pozwalamy sobie przypomnieć w krótkości niektóre z nich:

Preparaty syntetyczne:

Acecolin — stabilizowany preparat chlorku acetylocholino stosowany przy: zaburzeniach na skutek kurczu tętnic, porażeniu połowiczem i rozmiękczeniu mózgu, zaburzeniach naczyniowych w połączeniu z zaburzeniami troficznymi, przy zaburzeniach w napięciu muskulatury gładkiej.

Hypotan tabl. — regulator niedomogi krążenia i leczenia skurczów naczyniowych.

Acecolex — pasta odżywcza dla ran atonicznych (zawiera 2% acecoliny). Owrzodzenia żyłkowe, atoniczne rany, dermatozy.

Pneumogein — dwujodek kofeino - teobrominowy, otrzymany specjalną metodą. Lek dróg oddechowych, serca i nerek.

Phosphacid — wybitny tonizujący preparat fosforowy (nieodtlenione związki) do stosowania parenteralnego.

Calcium malonicum pulv. i tabl. — energiczna kuracja wapniowa. Zawiera 23,6% Ca.

Stannoxył tabl., amp. — niezawodny w leczeniu stanów zakaźnych, spowodowanych przez gronkowce, jak: czyraki, wąglik, figówka, trądzik, jęczmień, ropień sutka u kobiet karmiących.

Nervocithin draż., amp. — jedyne połączenie arsenu, żelaza, fosforu i strychniny z fluorem, dzięki czemu efekt tonizujący jest znacznie silniejszy, tembardziej, że *Nervocithin* działa bezpośrednio na samą komórkę.

Metacuprol tabl. — zawiera musującą postać siarczanu miedzi w połączeniu z moderatorem, który sprawia, że oddziaływanie preparatu jest niezmienne. Posiada szerokie zastosowanie w ginekologii, dermatologii, laryngologii i okulistyce.

Preparaty roślinne:

Passiflorin — połączenie standaryzowanych wyciągów odmian z *Passiflora inc.*, *Crataegus oxyac.* i *Salix alba*, specjalnie w tym celu hodowanych w najlepszych warunkach gleby i klimatu. Środek kojący układ nerwowy i środek nasenny.

Combretin — roślinny lek schorzeń wątroby i dróg żółciowych.
Carbo Tissot i t. p.

Preparaty biologiczne:

Hormospermin — preparat wywierający wpływ na ustrój kobiety w zaburzeniach okresu przejściowego. Stosowany u mężczyzn w zaburzeniach psych.-seksualnych, neurastenji, niemocy płciowej.

Pepticol — zespół wielowartościowych peptonów w stanie płynnym. Chroni przed wstrząsem anafilaktycznym, odczuła organizm, pobudza czynność komórek, pobudza wydzielanie soku trzustkowego.

Sarcolan — sok z mięśni wołu spreparowany na zimno w postaci syropu o przyjemnym smaku i nieograniczonej konserwacji.

Cholopepton granulki — pepton magnezu i glikocholan sodu. Srodek leczniczy, drenujący pęcherzyk i drogi żółciowe. Najbardziej aktywny ze wszystkich środków żółciopędnych;

oraz ostatnio opracowane i wprowadzone:

a) przetwory z polskiej ropy naftowej:

Naphtargol — sól srebrowa, zawierająca 30,6% Ag. uaktywowanego pochodniami sulfonowemi węglowodorów naftowych.

Naphtamon — sól amonowa pochodnych węglowodorów naftowych, która przewyższa sole amonowe kwasu sulfoichtjoloowego dużą zawartością siarki, substancji żywicowatych i odznacza się znacznie większą przenikliwością.

b) polskie odkażające środki chloraktinowe:

Chlorakton — Boruta — proszek tabl. o własnościach leczniczych i odkażających, stosowany w chirurgji, ginekologii, położnictwie, oftalmologii, oto-laryngologii, oraz w walce z iperytem i luiirytem.

Enteraktin — Boruta — opłatki. Połączenie leczniczych węgli aktywnych, aktywowanych z chloraktinem. Leczenie zaburzeń fermentacyjnych i chorób zakaźnych przewodu pokarmowego.

Femaktin — Boruta — Intymna osobista higjena kobiety. Obmywanie zewnętrzne i irygacje. 1 tabl. na litr wody.

Chlorakton — Boruta — odkażanie pomieszczeń, przedmiotów, zlewów, ścieków i t. p.

CHEM.-FARM. ZAKŁ. PRZEM. FR. KARPIŃSKI S. A. — Warszawa.

W czasie VIII Lekarskiego Kursu w Ciechocinku, wzorem poprzednich lat, zaprezentowała swój dalszy dorobek i ta nasza rdzennie polska placówka chemiczno-farmaceutyczna.

Wystawiono szereg preparatów zarówno syntetycznych, jak i oryginalnych, dobrze już znanych światu lekarskiemu.

Preparaty syntetyczne: *Bromisol* (monobromoisowale-rylocarbamid), *Chinophan* (czysty kwas fenylo-chinolono-karbonowy), *Corpyrin* (rozczyń kw. dwuetyl-amino-pyrydino-karbonowego), *Fytonal* (kwaśna sól kw. inozytosześcioletowego), *Ferro-Fytonal* (żelazowa sól kw. inozytosześcioletowego), *Glucalcin* (związek organiczny wapnia z kw. glukonowym), *Hexamenthylenetetramin Phosphoglucalcin* (związek wapniowy estru dwufosforowego heksozy), *Uroseptin* (najczystsza grubo-krystaliczna postać sześciometylenotetraminy).

Preparaty oryginalne: *Argentol* (wyjałowiony roztwór srebra koloidalnego), *Artonal* (związek Chinofanu z etylouretanem), *Aspirophan* (ester metylowy Chinofanu w połączeniu z kw. acetylosalicylowym), *Brom-Castor* (tabletki musujące, zawierające sole bromu w połączeniu z Extr. Valerianae i T-ra Castorei), *Carbohexin* (połączenie Carbo animalis z Uroseptiną), *Chinophanyl* (ampułki o zawartości Chinofanu sodowego w połączeniu z salicylanem sodowym), *Electro-Aurol* (wyjałowiony roztwór koloidalnego złota), *Flavon-Casein* (preparat wybitnie bodźcowy, będący połączeniem Flavonu z kazeiną), *Jodorol* (organiczne połączenie jodu z peptonem o zawartości 5% jodu), *Jodotropin* (jodoizovalerylokarbamidat, organiczny związek jodu o zawartości 47% jodu), *Karposal* (sole soków owocowych i substancji mineralnych szczaw alkalicznych), *Ophtalmol* (maście sporządzone ze świeżo strąconego żółtego tlenku rtęci), *Panhepan* (czynny wyciąg płynny ze świeżej wątroby), *Passicratin* (wyciąg z roślin: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacanthus), *Pepsacid I i II* (trwały preparat kwasu solnego), *Roborol* (tabletki o składzie: Bromisol, Fytonal, Cola), *Salcotropin* (Uroseptin, Natr. salicyl., Coff. natr. salic.), *Synergetol* (preparat nasercowo - fosforowo - strychninowy), *Ulcerin* (połączenie odbiałczonej pepsyny z Flavonem), *Uridol* (preparat stosowany w skazie moczanowej), *Vitana* (maść odżywcza o zawartości witamin B i D, soli mineralnych, substancji odżywczych i wielowartościowych peptonów).

Poza tem wystawiono szereg nowych preparatów i to zarówno syntetycznych, jak i oryginalnych, a mianowicie:

Z działa syntetyków: *Corpyrin Calcium* (związek Corpyryny z rodankiem wapnia), *Jodum resublimatum*, *Kulium jodatum*, *Neoseptin* (anhydrometylenocytrynian sześciometylenotetraniny), *Paniaudon* (alcaloida opii omnia), *Somnalin* (bromodwuetyloacetylomocznik).

Z preparatów zaś oryginalnych na uwagę zasługują następujące: *Combrol* (skoncentrowany wyciąg płynny z Boldo, Combretum, Evonymus, Polygonium, Podophyllum), *Chole-combrol* (Combrol w połączeniu z czynnikami pierwiastkami żółci), *Myr-ophtalmoiata* (maście do oczu c. Atropino sulfur. c. xeroformio, c. zinco sulf. ichtyol. dokładnie wyjałowione i sporządzone w ten sposób, że zawarte w nich substancje nie ulegają rozkładowi), *Phosphotonin* (organiczny związek fosforu do stosowania parenteralnego), *Szczepionka Sistoferbrin* (zawierająca pneumokoki, paciorkowce i gronkowce na podłożu lipoidalno proteinowym — działająca profilaktycznie), *Szczepionka gruźlicza bez-tuberkulinowa Doc. Dr. Michalskiego* (zawieszina zabitych prątków gruźliczych w olejku migdałkowym, praktycznie wolna od tuberkuliny).

Jak więc z tego pobieżnego tylko przedstawienia wynika, to zastrzeżona ta placówka, oparta o kapitały wyłącznie polskie, postępuje w swoim rozwoju stale naprzód i kładzie głównie nacisk na produkcję syntetycznych chemikaliów leczniczych. Dzięki temu, z wielkim już powodzeniem przyczyniła się ona do tego, że wiele renomowanych preparatów zagranicznych możemy dziś zastąpić preparatami rdzennie polskimi, wytwarzanymi całkowicie w zakładach tejże firmy.

Wypada ponadto podkreślić, że cała produkcja firmy Fr. Karpiński, pozostaje pod ścisłą kontrolą chemiczną, farmakologiczną, bakterjologiczną i kliniczną, wytrawnych fachowców i specjalistów.

T-WO PRZEM. CHEM.-FARM. d. Mag. KLAWE, S. A. — Warszawa.

Two Przem. Chem.-Farm. d. Mag. Klawe, S. A. w Warszawie zorganizowało wystawę, obrazującą całokształt produkcji. Wytwórczość S. A. Klawe w dziale ludzkim obejmuje szereg zasadniczych grup.

Szczególne uwagę zwraca na siebie nader rozgałęziona produkcja organopreparatów i przetworów hormonalnych. Wśród nich czołowe miejsce zajmuje krystaliczny hormon jajnikowy p. n. *Oestrin*, wytwarzany przez firmę Klawę w nader silnych koncentracjach, dochodzących do 10,000 jednostek międzynarodowych w 1 cc. *Oestrina* otrzymywana jest z moczu kłaczy ciężarnych we własnym Instytucie Serologicznym firmy Klawe w Drwalewie. Wśród preparatów hormonalnych należy wymienić również przetwór wątrobowy *Hepatogen* wysoce skoncentrowany, stosowany przede wszystkim w niedokrwistości złośliwej. Do leczenia niedokrwistości służy również przetwór żółdkowy *Ventrihorm*. Z działu organopreparatów, stosowanych w ginekologii i położnictwie, poza *Oestriną* należy również wymienić hormon ocytocytowy tylnego płata przysadki *Pituspasmin*, poza tem *Ovaroestrin*, *Ovaria* i *Lutein*. Oddzielne miejsce zajmuje, t. zw. hormon sercowy *Cardiogen* i szereg innych preparatów pochodzenia gruczołowego.

Nader bogato wyposażony jest dział szczepionek i preparatów bakteryjnych. Poza liczną grupą Antivirusów wg Besredki (*Pantivir*, *Staphylo-antivirus* i t. d., *Metaderm* — maść antivirusowa) wymienimy tutaj przede wszystkim szczepionki stosowane w wenerologii, jak: *Blenophiola* (szczepionka gonokokowa wielobakteryjna), *Blenactin*, (szczepionka gonokokowa wieloważna) i *Gonolysin* (szczepionka gonokokowa yochinolowana). Duże zainteresowanie wzbudza szczepionka wg Delbeta — *Delbeccin*, poza tem serię szczepionek uzupełnia również tak obecnie popularna szczepionka nieswoista *Panodin*.

Wśród t. zw. spęcyfików farmaceutycznych figurowały od wielu lat stosowane spęcyfiki: *Borotropin*, *Cholesol*, *Gometole*, *Malton*, *Lakton*.

Yochinol-Casein i t. d. W dziale tym imponujące wrażenie wywiera grupa wyciągów stabilizowanych t. zw. *Intracta* Klawe, które obecne zostały uznane niemal przez cały świat lekarski i są szeroko stosowane. Do grupy specyfików należy zaliczyć również preparat krwiotwórczy *Opo-hemogen* zawierający jako główny składnik surowicę hemopoetyczną. Pokażne miejsce zajmują preparaty syntetyczne, świadczące o stopniowym wyzwaniu się przemysłu polskiego z pod hegemonji zagranicznej. Do oryginalnych syntez należy zaliczyć: *Dehydrit* (organiczna pochodna rtęciowa o działaniu moczopędnym), *Synpectol* (sulfokrezolan wapnia), *Sedalgan* (zespolona drobina mocznikowo - bromowo - pyrazolonowa), *Somnacton* (pochodna barbiturowa o działaniu nasennym) i szereg innych. W tej grupie mieliśmy również możliwość zapoznania się z dużą ilością zwykłych chemikaliów, produkowanych przez firmę Klawe, jak: *camphora monobromata*, *Caseinum technicum*, *Chinocril* (Kal. ortooxychinolinosulfuricum), *Hexamethylentetraminum methylenocitricum*,¹ *Natrium carbonicum chemice purum*.

Należy również wspomnieć, o ogromnym asortymencie płynów iniekcyjnych w ampułkach różnej wielkości.

PABJANICKA SPÓŁKA AKCYJNA PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO.

Z okazji VIII-go Lekarskiego kursu wakacyjnego w Ciechocinku, Firma: Pabjanicka Spółka Akcyjna Przemysłu Chemicznego, urządziła wystawę swych znanych preparatów. Zainteresowanie preparatami „Ciba” było, jak zwykle, bardzo wielkie, szczególnie nowszemi preparatami, a mianowicie:

Androstina „Ciba”. Jest to wyciąg kompletny z męskich gruczołów płciowych, biologicznie mianowany, który zawiera wszystkie czynne składniki jąder. Androsteinę stosuje się w przypadkach niedostateczności męskich gruczołów płciowych, niemocy płciowej, niedorozwoju, przedwczesnego starzenia, otyłości na podłożu zaburzeń w wewnętrznym wydzielaniu, zaburzeń psychicznych i nerwowych na tle płciowym u mężczyzn i u kobiet. Także w wypadkach enuresis nocturna. Postacie: Tabletki lukrowane i ampułki.

Jsarol „Ciba”: Jsarol, chemicznie, jest solą amonową bogatych w siarkę produktów destylacji łupka bitumicznego. Jest to nieszkodliwy i niedrażniący przetwórczy siarkowy do użycia zewnętrznego — antisepticum, analgeticum i desodorans. Jsarol „Ciba”, tem różni się od innych produktów łupka bitumicznego, że nie zawiera w cieczy małych kryształków, które znajdują się przeważnie w wielu innych preparatach bitumicznych. Fakt ten jest bardzo ważny np. w stosowaniu środka tego w „globul. vaginal. , gdzie ol. cacao się rozpuszcza — a kryształ-

ki bitumiczne — pozostają, powodując stany zapalne! Jsarol cieszy się uznaniem przede wszystkim w dermatologii, ginekologii i urologii. Działanie jego jest antyseptyczne, redukujące i resorbcyjne. Na skórze łatwo zasycha w postaci elastycznej i dobrze przylegającej do naskórka pokrywy, która bez trudu daje się zmyć wodą. Postacie: Ciecz, do sporządzania przepisów lekarza „magistraliter“, i gotowa maść w tubach.

Rezyl „Ciba“: Rezyl „Ciba“ jest preparatem nowszym, jednakże już dość rozpowszechnionym! Dotychczas ogólnie znane preparaty gwajakolowe, zawierają przeważnie gwajakol w postaci siarczanu potasu. Rezyl „Ciba“ ma zupełnie nową koncepcję złożenia, mianowicie jest to „Eter glicerynowy gwajakolu“. Eter glicerynowy gwajakolu, jest środkiem nietrującym i nie drażni absolutnie błony śluzowej żołądka. Ulega w ustroju głębokim przemianom i wydziela się po części jako produkt utlenienia, a często też w związku z kwasem siarkowym i kwasem glikuronowym. Stwierdzono *in vitro* wyraźny wpływ Rezyłu na powstrzymanie gnicia. Po podawaniu „Rezyłu“ gruzlikom, stwierdzono wyraźne spotęgowanie wydzielania mocznika i zwiększenie kwasoty moczu — a łącznie z tem, poprawę własności płwociny. Dodatni wpływ leczniczy „Rezyłu“ stwierdzić można w cierpieniach dróg oddechowych, w ostrem i przewlekłym zapaleniu oskrzeli, kaszlu, krztuścu, grypie, zapaleniu przetyku i krtani i t. p.

POLSKA SPÓŁKA WYTWORÓW CHEMICZNYCH „ROCHE“.

Polska Spółka Wytworów Chemicznych „Roche“, S. A. zademonstrowała swoje znane i wytwarzane w Polsce preparaty i specyfiki, wśród których *Pantopon*, *morfina* i *kodeina* zajmują pierwsze miejsce. Należy zaznaczyć, że tak *Pantopon*, jak i wyodrębnione alkaloidy opium produkowane są już od trzech lat przez warszawską fabrykę Roche'a. Opium, do niedawna w produkcji tej używany zagraniczny surowiec zastąpiony został pod koniec ubiegłego roku surowcem krajowym, a mianowicie słomą makową, dzięki czemu kraj nasz uniezależnił się w tej dziedzinie od dostaw surowca z zagranicy, co na wypadek wojny ma kolosalne znaczenie.

Obecnie zakłady Polsk. Spółki Wytwór. Chemicz. „Roche“ używają w fabrykacji alkaloidów opiumowych i *Pantoponu* wyłącznie surowca krajowego, Również w produkcji innych preparatów marki „Roche“ znajduje zastosowanie, o ile to możliwe, krajowy surowiec. Dzięki temu można było dokonać znacznej obniżki cen, która, zwłaszcza jeśli chodzi o *Pantopon* w ampułkach, przeszła najśmielsze oczekiwania. Obecnie cena detaliczna 12 ampułek *Pantopon* „Roche“ à 0,02 wynosi 4.— zł. Wprowadzone zostały na rynek także ampułki z *Pantoponem* à 0,01 i à 0.03.

Poza tem wystawiała firma „Roche” znane i cenione przetwory nasercowe: *Digalen* i *Adowern* oraz doskonałe środki uspokajające i nasenne: *Sedobrol*, *Sedormid*, *Allonal*, *Semnifen*.

Dużem zainteresowaniem cieszył się *Larosan*, stosowany w wypadkach zaburzeń w trawieniu u osesków i u dzieci, który, dzięki znacznej obniżce cen, stał się dostępny szerszemu ogółowi.

Następnie oglądać było można *Sirolinę*, od 40 lat na całym świecie znany i używany syrop tiokolowy, *Tonikum*, ulubiony środek wzmacniający oraz *Isacen*, nieszkodliwy dla nerek środek przeczyszczający.

Zaciekawienie wśród chirurgów i ginekologów wzbudziła *Prostigmina*, stanowiąca rewelację w dziedzinie zwalczania pooperacyjnej atonji jelit i pęcherza.

Wreszcie wspomnieć należy o *Secacorninie* i *Pituglandolu*, stosowanych od dawna w ginekologii i położnictwie oraz o *Tyroksynie*, dzięki świetnym wynikom, jakie daje w kuracjach odtłuszczających.

ZAKŁADY CHEM. LUDWIK SPIESS I SYN — Warszawa.

Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn w swem stoisku, urządzone w Ciechocinku na czas trwania VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego, przedstawiły ważniejsze działy swej wytwórczości chemiczno-farmaceutycznej.

Można było zauważyć w dziale wytwórczości syntetyków chemicznych preparaty takie, jak *Gardenal*, *Etisan*, *Stiminol*, *Polocaina*, *Soneryl* i t. p. Synteza niektórych z tych preparatów została całkowicie opracowana w Polsce i produkcja ich opiera się na odpowiednich polskich patentach. Lecznictwo pozyskało w ten sposób nowe oryginalne leki, których wartość terapeutyczna została w naszych klinikach wypróbowana i stwierdzona.

W dziale fytoterapii wystawione były dobrze znane preparaty, jak *Phosphit*, *Digitol*, *Adonidex* i inne, w produkcji których firma opiera się całkowicie na roślinnych surowcach krajowych.

Wśród specyficznych preparatów witaminowych, figurował *Vitavit* (zawiera obecnie 15,000 jednostek międzynarodowych witaminy D w 1 cm³) i *Actitran*.

W dziale szczepionek wystawiona była nowa szczepionka *Multi-gon-Spiess*, stanowiąca szczepionkę gonokokową monobakteryjną lecz wieloszczepową, oraz, mogące znaleźć duże zastosowanie w lecznictwie, nowe oryginalne postacie *Propidonu*, mianowicie globulki i supositorja.

Dział organopreparatów obejmował szereg standaryzowanych biologicznie i klinicznie przetworów, wśród których wyróżnić trzeba *Testohormin* (injekcje i drażetki), będący pierwszym polskim preparatem

hormonu męskiego, oraz *Sykoton*, klinicznie standaryzowany preparat wątrobowy (injekcje i płyn).

Stoisko było zaopatrzone w literaturę, omawiającą wystawione preparaty, wśród niej rzucały się w oczy przede wszystkim liczne prace kliniczne. Należy podkreślić z uznaniem, iż firma oddaje do leczenia swe wytwory dopiero po uprzednim przeprowadzeniu badań biologicznych oraz klinicznych, czego dowodem jest właśnie cały szereg publikacji.

SPIS RZECZY.

Program VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego 1935	VII
Lista uczestników VIII Kursu	X
MAZURKIEWICZ J.: Zaburzenia nerwowe i psychiczne w okresie przekwitania	1
PELCZAR K.: Zagadnienie gościa u dorosłych w świetle najnowszych poglądów ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa zdrojo- wiskowego	24
WOJCIECHOWSKI A.: Leczenie zdrojowiskowe w chirurgii. . . .	47
KOWALSKI B.: Kilka uwag o leczeniu niektórych schorzeń macicy i zapalenia jej przydatków	85
SABATOWSKI A.: Balneoterapia w praktyce codziennej	109
BROKMAN H.: Gościec w wieku dziecięcym i jego leczenie z uwzględ- nieniem leczenia zdrojowiskowego	119
SCHILLING-SIENGALEWICZ S.: Znaczenie badania podstawowej przemiany materji w czasie stosowania niektórych zabiegów leczniczych w zdrojowisku	146
LATKOWSKI J.: Nerwice serca	152
SZULC G.: Metabolizm wzrostu i starzenia	168
WĘGIERKO J.: Znaczenie racjonalnej dietyki w chorobach prze- miany materji	201
Wystawa środków leczniczych	236

I N D E X.

Prof. JEAN MAZURKIEWICZ: Les troubles nerveux et psychiques de la ménopause	1
Prof. Dr. KAZIMIERZ PELCZAR: Le problème du rhumatisme chez les adultes au point de vue des opinions nouvelles en tenant compte de la cure dans les stations balnéaires	24
Doc. ADOLF WOJCIECHOWSKI. Traitement dans les stations balnéaires des affections chirurgicales	47
Prof. Dr. BOLESŁAW KOWALSKI: Quelques remarques sur le traitement de certaines affections importantes de l'uterus et de ses annexes	85
Doc. Dr. ANTONI SABATOWSKI: La balnéothérapie dans la pratique courante	109
Doc. HENRYK BROKMAN: Rhumatisme articulaires aigu chez les enfants et son traitement en tenant compte de la cure balnéaire	119
Prof. S. SCHILLING-SIENGALEWICZ: L'influence des bains salins de Ciechocinek sur le métabolisme	146
Prof. Dr. JÓZEF LATKOWSKI: Sur les névroses du coeur	152
Doc. Dr. GUSTAW SZULC: Métabolisme de la croissance et de la sénilité	168
Doc. Dr. JAKÓB WĘGIERKO: Le rôle de la diététique dans les maladies du métabolisme	201

ACADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
BIBLIOTEKA GŁÓWNA



A

839

Biblioteka Gl. AWF w Krakowie



1800065789