



V. 369742
xx 601351537

Biblioteka Gł. AWF w Krakowie



1800065789

CIECHOCINEK—CIEPLICA

PAMIĘTNIK
VI LEKARSKIEGO KURSU
WAKACYJNEGO
1933

Treść:

Lauber J.: Przyczynowe znaczenie gruźlicy w chorobach oczu. — *Chodźko W.*: Opieka lekarska w polskich długoterminowych ubezpieczalniach społecznych. — *Tuchendler A.*: Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych. — *Rose M.*: Rwa kulszowa i jej leczenie. — *Dobrzański A.*: Cierpienia zatok bocznych nosa i ich leczenie zdrojowiskowe. — *Raszeja Fr.*: Diagnostyka reumatycznych schorzeń stawów i ich leczenie zdrojowiskowo-ortopedyczne. — *Popowski St.*: Podstawy bodźcowego leczenia gruźlicy wieku dziecięcego. — *Paszkiewicz L.*: Choroby zewnątrztrętrownych dróg żółciowych. — *Sterling-Okuniewski St.*: Niedokwaśność i nadkwaśność — ich leczenie zdrojowiskowe. — *Zubrzycki J.*: Przyczyny i leczenie krwawień okresów przejściowych kobiety. —



NAKŁADEM KOMITETU ORGANIZACYJNEGO
LEKARSKICH KURSÓW WAKACYJNYCH W CIECHOCINKU.



839

12667

Po sześciu latach pracy Lekarskie Kursy Wakacyjne zyskały sobie prawo obywatelstwa i zainteresowały duży odłam naszego społeczeństwa lekarskiego.

Myśl utworzenia kursów zrodziła się w łonie Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w latach 1926—1927 roku. Ideą przewodnią organizatorów kursów była chęć zaznajamiania szerszego ogółu lekarzy polskich z postęпами wiedzy lekarskiej, z zagadnieniami medycyny społecznej, oraz z nowymi zdobyczami jednej z najmłodszych dziedzin medycyny — balneologii.

Realizacja kursów została dokonana dopiero w 1928 roku. I Kurs zorganizowano w dniach 2 do 4 września. W skład komitetu organizacyjnego weszli: 1) Dr. med. Witold Przywieczerski, Naczelnik Wydziału Zakładów Lecznicznych i Uzdrowisk Departamentu Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych, 2) Inż. Stanisław Kozłowski, dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego w Ciechocinku, 3) Antoni Koperkiewicz, burmistrz m. Ciechocinka, 4) Stefan Ziemiński, prezes Stow. właścicieli nieruchomości w Ciechocinku, 5) Prof. dr. Edward Loth, przewodniczący Komitetu, 6) Dr. med. Stanisław Radwan, sekretarz Komitetu, 7) Dr. med. Kazimierz Ciągliński, 8) Dr. med. Ignacy Dembicki, lekarz Zakładowy, 9) Dr. med. Juljan Drac, 10) Dr. med. Tadeusz Fajus, 11) Doc. Dr. med. Leonard Lorentowicz, i 12) Dr. med. Przemysław Rudzki.

Po dwuletniem doświadczeniu Komitet Kursów przekształcając kursy na instytucję stałą, doroczną, postanowił, aby ich programy nie były przeładowane tematami zbyt ściślemi, niedostępnymi dla ogółu lekarzy praktyków. Zdecydowano również, że wyrwane przyczynki z dziedziny klinicznej, czy laboratoryjnej nie odpowiadają linjom wytycznym kursów. Komitetowi chodziło o to, aby przedstawiciele poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej ujmowali w zwięzłym, godzinnym wykładzie pewną całość, obejmującą dziedziny, interesujące lekarza praktyka. Pragnieniem Komitetu było nawiązać kontakt między ludźmi, stojącymi stale przy warsztatach nauki, a rozproszonymi po całej Polsce praktykami. Kontakt bowiem jest nadzwyczaj pożądanym dla obu stron. Powodzenie dwóch pierwszych kursów utwierdziło Komitet w nadziei, że instytucja zyska sobie trwałe podstawy i popularność wśród świata lekarskiego.

Wierny swemu programowi Komitet dokładał starań, aby pozyskać wykładowców z terenu całej Polski, tak z pośród sfer uniwersyteckich, jak i z pośród lekarzy wolnopraktykujących. Podczas I-go Kursu było 11 wykładowców z Warszawy, 2 z Poznania, i 1 z Wilna; podczas II-go kursu 4 z Warszawy, 1 z Krakowa, 2 ze Lwowa, 2 z Poznania i 1 z Wilna; na III-cim kursie 9 z Warszawy, 2 z Poznania i 1 z Wilna; na IV kursie 8 z Warszawy, 1 z Poznania, 1 ze Lwowa i 2 z Wilna; na V kursie 7 z Warszawy, 1 ze Lwowa, i 4 z Wilna; na VI kursie 6 z Warszawy, 1 z Krakowa, 1 ze Lwowa, 1 z Poznania i 1 z Wilna. Nazwiska prelegentów podajemy w dwóch osobnych zestawieniach.

Wykłady obejmowały prawie wszystkie dziedziny medycyny, z przeważającym uwzględnieniem lecznictwa zdrojowiskowego. Podczas I kursu wygłoszono 15 odczytów, podczas II-go — 10, III-go — 12, IV-go — 12, V-go — 12, VI-go — 10 odczytów, razem 71 odczytów. Po każdym kursie wydawano nakładem Komitetu pamiętnik, zawierający tekst wykładów. Pamiętniki rozsyłano bezpłatnie wszystkim uczestnikom kursów. Aby zaznajomić Czytelników z tematami, załączamy dokładny skorowidz rzeczowy treści sześciu pamiętników.

Począwszy od 1930 roku, urządzano podczas kursów wakacyjnych wystawy środków farmaceutycznych, w których brały udział prawie wszystkie krajowe wytwórnie.

Każdy ze zjazdów ściągał liczne rzesze lekarzy z całej Polski wśród których był znaczny odsetek lekarzy praktykujących na kresach wschodnich i zachodnich. Ogółem na sześciu kursach było przeszło 1600 uczestników.

Przychylnie ustosunkowanie się świata lekarskiego do kursów wakacyjnych jest najlepszym wskaźnikiem, że instytucja tego rodzaju jest porzebna i pożyteczna. Byt kursów został utrwalony przez moralne poparcie Departamentu Zdrowia najpierw Min. Spraw Wewnętrz., a obecnie Min. Opieki Społecznej oraz wybitną pomoc materialną Zarządu i Komisji Zdrojowej Ciechocinka — Cieplicy, przy obywatelskiem poparciu właścicieli hoteli, pensjonatów i dworków.

Skład pierwotny Komitetu Organizacyjnego Kursów ulegał zmianom i w ostatnim roku przedstawiał się następująco: 1) Stanisław Wiśniewski, Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego i Komisarz Rządowy Komisji Zdrojowej w Ciechocinku, 2) Prof. dr. Jan Szmurło, przewodniczący Komitetu, 3) Doc. dr. Leonard Lorentowicz, zast. przewodniczącego, 4) Dr. med. Przemysław Rudzki, zast. przewodniczącego, oraz sekretarz generalny stałego komitetu organizacyjnego, 5) Dr. med. Tadeusz Chrapowicki, sekretarz, 6) Dr. med. Joachim Hurwicz, skarbnik, 7) Dr. med. Juljan Drac i 8) Dr. med. Wacław Iwanowski, członkowie komitetu.

PROGRAM I-go LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
w dn. 2 — 4.IX.1928 r.

Sobota dn. 1.IX.

Godz. 21 wiecz. Zebranie towarzyskie celem zapoznania się.

Niedziela dn. 2.IX.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Modrakowski J. prof. dr. (Warszawa). Terapja alkaljami i kwasami.

Landau A. dr. (Warszawa). O klasyfikacji spraw goścowych.

Szczerbiński J. St. (Warszawa). Rozwój uzdrowisk polskich w pierwszym dziesięcioleciu niepodległości.

Orłowski W. prof. dr. (Warszawa). Leczenie zdrojowiskowe skazy dnawej.

Sabatowski A. doc. dr. (Lwów). Znaczenie lecznicze solanek w świetle dzisiejszych poglądów.

Januszkiewicz A. prof. dr. (Wilno). Niemiarowość jako objaw i jako przedmiot leczenia.

Godz. 13 — 15. Obiad.

Godz. 15 — 18. Zwiedzanie urzędzeń zdrojowiskowych Ciechocinka

Godz. 18 — 20. Koncert.

Godz. 21. Bankiet i zabawa taneczna wydana przez dyrektora zakładu i przewodniczącego komisji zdrojowej.

Poniedziałek dn. 3.IX.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Żebrowski E. prof. dr. (Warszawa). Istota nerwic narządów wewnętrznych i ich przyrodolecznictwo.

Orzechowski K. prof. dr. (Warszawa). Lecznictwo neurologiczne w zdrojowiskach polskich.

Jurasz A. prof. dr. (Poznań). O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Grudziński Z. doc. dr. (Warszawa). O rozpoznawaniu chorób kręgosłupa zapomocą rentgenografji.

Wojciechowski A. doc. dr. (Warszawa). Schorzenia urazowe i pourazowe kości i stawów.

Godz. 13 — 14. Obiad.

Godz. 14 — 20. Wycieczka statkiem do Torunia, podwieczorek na statku, zwiedzanie m. Torunia.

Godz. 20. Teatr.

W t o r e k d n. 4.IX.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Czyżewicz A. prof. dr. (Warszawa). Kilka uwag w sprawie istoty i leczenia niepłodności kobiecej.

Rudolf Z. inż. mag. (Warszawa). O usuwaniu śmieci i nieczystości z miast.

Gantkowski P. prof. dr. (Poznań). Czy w leczeniu alkoholików można się w wybranych przypadkach posługiwać również i leczeniem w uzdrowiskach?

Gluziński A. prof. dr. (Warszawa). Uwagi nad rozwojem naszej balneologii w nadchodzącym okresie.

Godz. 13 — 15. Obiad.

Godz. 15 — 19. Dalsze zwiedzanie urządzeń Ciechocinka i okolicy „Ortos“, Tężnia, Rzeźnia, Warzelnia, „Kuczek“.

Godz. 21. Pożegnalny bankiet wydany przez komitet organizacyjny kursów.

Ś r o d a d n. 5.IX.

Wycieczki dla zapisanych członków do jeziora „Gopła“ i do Inowrocławia.

PROGRAM II-go LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
w dn. 1 — 3.IX.1929 r.

S o b o t a dn. 31.VIII wieczorem.

Zebranie towarzyskie zapoznawcze w Hotelu Millera.

N i e d z i e l a dn. 1.IV.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Janiszewski T. prof. dr. (Kraków). Społeczne obowiązki stanu lekarskiego.

Gröer Fr. prof. dr. i *Chwalibogowski A.* dr. (Lwów). Z teorii i praktyki leczniczych kąpeli solankowych w wieku dziecięcym.

Karwowski A. prof. dr. (Poznań). Nowoczesne metody rozpoznawcze i lecznicze w kile.

Melanowski W. H. doc. dr. (Warszawa). Żółtawe schorzenia narządu wzroku i ich leczenie.

Godz. 13 — 15. Obiad.

Godz. 15 — 18. Zwiedzanie urządzeń zdrojowiskowych Ciechocinka (źródła, łaźienki) pod kierunkiem lekarza zakładowego D-ra I. Dembickiego oraz Prof. D-ra Szmurły, D-ra Rudzkiego i D-ra Ciąglińskiego.

Godz. 18 — 20. Koncert w parku.

Godz. 21. Bankiet wydany przez Dyrektora Zakładu i Przewodniczącego Komisji Zdrojowej w Sali Malinowej Hotelu Millera. Zabawa taneczna.

P o n i e d z i a ł e k dn. 2.IX.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Wojciechowski A. doc. dr. (Warszawa). Schorzenia odbytnicy ze szczególnem uwzględnieniem guzów krwawniczych oraz nowszych metod ich leczenia.

Mayer K. prof. dr. (Poznań). O przeciwwskazaniach do leczenia rentgenowego.

Szurło J. prof. dr. (Wilno). Zagadnienie migdałków z punktu widzenia medycyny praktycznej.

Godz. 13 — 15. Obiad.

Godz. 16.05. Wyjazd koleją do Stacji Stawki na wycieczkę do Czarnie-
wic — Zdroju (prywatne Zdrojowisko Solankowe pod Toruniem)
zwiedzanie Zdrojowiska i podwieczorek.

Godz. 19.12. Powrót do Ciechocinka.

Godz. 20.30. Teatr.

W t o r e k d n. 3.IX.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Hirszfeld L. doc. dr. (Warszawa). O nowych metodach szczepień ochron-
nych.

Karwacki L. doc. dr. (Warszawa). Leczenie swoiste i uodparnianie
w gruźlicy w świetle nowych zdobyczy etjologicznych i patogene-
tycznych.

Sabatowski A. doc. dr. (Lwów). O osobliwym odczynie alergicznym
ustroju, wywołanym z przewodu pokarmowego.

Godz. 13.23 ew. 16.05. Wyjazd na wycieczkę do Inowrocławia na Zjazd
Higjenistów wraz ze zwiedzeniem Torunia, ew. na P. W. K. do
Poznania.

PROGRAM III-go LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
w dn. 31.VIII — 2.IX.1930 r.

Sobota dn. 30.VIII.

Zjazd. Biuro kwaterunkowe na dworcu.

Godz. 21.30. Zebranie zapoznawcze w restauracji Hotelu Millera.

Niedziela dn. 31.VIII.

Godz. 9 — 12.45. Wykłady:

Chodźko W. dr. (Warszawa). Zdrojowiska polskie wobec postulatów higieny społecznej.

Borowiecki S. prof. dr. (Poznań). Sugestia jako stan czynny.

Szurto J. prof. dr. (Wilno). Walory klimatyczne i lecznicze Ciechocinka.

Jonscher K. prof. dr. (Poznań). Stany podgorączkowe u dzieci.

Zwiedzanie odżeleziacza, filtrów Ciechocińskich na Kuczku połączone z wycieczką i atrakcjami na miejscu.

Godz. 20. Teatr.

Poniedziałek 1.IX.

Godz. 9 — 12.45. Wykłady:

Wroczyński Cz. dr. (Warszawa). Współczesne prądy i dążenia medycyny społecznej.

Czarnocki W. doc. dr. (Warszawa). Zapalne i niezapalne zmiany mięśnia sercowego.

Monsiorski Z. doc. dr. (Warszawa). Z patologii miesiączkowania kobiet

Bernhardt R. dr. (Warszawa). O rozpoznawaniu przyszczycy.

Zwiedzanie urządzeń balneotechnicznych Ciechocinka.

Godz. 21. Bankiet.

Wtorek dn. 2.IX.

Godz. 9 — 12.45. Wykłady:

Osmolski Wł. dr. (Warszawa). Biologiczne znaczenie ćwiczeń fizycznych.

Elektorowicz A. doc. dr. (Warszawa). Kliniczne znaczenie i wyniki cholecystografji.

Radliński Z. prof. dr. (Warszawa). Wskazania operacyjne w kamicy żółciowej.

Latkowski M. dr. (Warszawa). O wczesnych objawach klinicznych gruźlicy kostnej.

Zamknięcie Kursu.

Wycieczki: I. Do Bydgoszczy. II. Do Zamku w Gołębiu.

PROGRAM IV-go LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
w dn. 30 — 31.VIII i 1.IX.1931 r.

Sobota, dn. 29.VIII.

Godz. 21.30. Zebranie towarzyskie zapoznawcze w hotelu Millera.

Niedziela, dn. 30.VIII.

Godz. 9 — 13.45. Wykłady:

Chodźko W. dr. (Warszawa). Gruźlica wiejska a gruźlica miejska.

Loth E. prof. dr. (Warszawa). Naukowe podstawy dziedziczności u człowieka.

Rudzki St. dr. (Warszawa). Zdrojowiskowe i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy.

Pelczar K. prof. dr. (Wilno). Dusznica bolesna w świetle badań nad przemianą materji.

Higier H. dr. (Warszawa). Z dziedziny przewlekłych zachorzeń naczyń obwodowych wieku młodzieńczego i męskiego.

Godz. 15.30 — 16. Zwiedzanie urządzeń zdrojowiskowych (źródła i łaźienki), poprzedzone wykładem orjentacyjnym lekarza zakładowego, D-ra med. I. Dembickiego (w sali wykładowej godz. 15.30 punktualnie). Objasnień na miejscu udzielać będą oprócz D-ra med. I. Dembickiego kierownicy oddziałów: elektrolecniczego Dr. med. K. Ciągliński, wodolecniczego — Dr. med. P. Rudzki wziewalnego i emanatorjum radowego — prof. Dr. med. J. Szmurło. Zwiedzanie Ośrodka Zdrowia. Wyjaśnień udzieli kierownik tegoż, Dr. med. W. Iwanowski.

Godz. 20. Teatr.

Poniedziałek, dn. 31.VIII.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Czyżewicz A. prof. dr. (Warszawa). Lekarz praktyk wobec nowych kierunków postępowania w położnictwie.

Sabatowski A. doc. dr. (Lwów). O lecznictwie radowem w zdrojowiskach
Sterling Wł. doc. dr. (Warszawa). Stan współczesny nauki o chorobach
zapalnych układu nerwowego.

Grott J. W. dr. (Warszawa). Rozpoznawanie cukrzycy w praktyce.

Godz. 13. Wyświetlanie filmu naukowego p. t. Rośliny i zwierzęta na
usługach człowieka chorego.

Godz. 16. Zwiedzanie Tężni, Parku Zdrowia oraz basenu z termalną
solanką bieżącą. Wykład orientacyjny w Parku Zdrowia wygłosi
kierownik działu techniki sanitarnej Państw. Zakładu Higjeny, inż.
A. Szniolis.

Godz. 17.30. Zwiedzenie odźleziacza wody słodkiej, filtrów ciechociń-
skich na Kuczku.

Godz. 21. Zebranie koleżeńskie w sali Malinowej hotelu Millera.

W t o r e k, dn. 1.IX.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Szenajch Wł. prof. dr. (Warszawa). O odrębnościach przemiany ma-
terji i odżywiania dzieci.

Michejda K. prof. dr. (Wilno). Powikłania ostrego zapalenia wyrostka
robaczkowego i ich leczenie.

Piasecki E. prof. dr. (Poznań). Granice wysiłków sportowych.

Zamknięcie Kursu.

Wycieczka autobusem do Torunia i Gołębia (Golubia).

PROGRAM V-go LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
w dn. 28 — 30.VIII.1932 r.

S o b o t a, d n. 27.VIII.

Godz. 21.30. Zebranie towarzyskie zapoznawcze w salonach Zdrojowego Klubu Towarzyskiego w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią „Europa”).

N i e d z i e l a, d n. 28.VIII.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Franke M. prof. dr. (Lwów). Dusznica bolesna, patogeneza, rozpoznanie i leczenie.

Szulc G. doc. dr. (Warszawa). Zakażenie i odporność w świetle najnowszych zdobyczy nauki o żywieniu.

Jakowicki W. prof. dr. (Wilno). Granice i metody położnictwa domowego.

Kłuszyński H. dr. (Warszawa). Współczesne prądy w medycynie.

Godz. 12.20 — 13. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego.

Godz. 15.30 — 16. Zwiedzanie Parku Zdrowia — Kąpieliska Termalno-Solankowego. Prowadzi i wyjaśnień udzieli Dr. med. T. Chrapowicki, Kierownik Kąpieliska. Zwiedzenie tężni i warzeln. Wyjaśnień udzieli p. Muszyński, Kierownik warzeln.

Godz. 20. Teatr.

P o n i e d z i a ł e k, d n. 29.VIII.

Godz. 9 — 13. Wykłady:

Bornsztajn M. dr. (Warszawa). O współczesnych metodach leczenia nerwic.

Szymański J. prof. dr. (Wilno). Żółtawe schorzenia oczu.

Wroczyński Cz. dr. (Warszawa). Znaczenie zdrojowisk w sprawach medycyny zapobiegawczej.

Szurło J. prof. dr. (Wilno). Postępowanie lekarza praktyka wobec ropotoku usznego.

Godz. 12.20 — 13. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego.

Godz. 15.30 — 16. Zwiedzanie urządzeń Zdrojowiska (basen termalny, źródła i łazienki) poprzedzone wykładem orientacyjnym Lekarza Zdrojowego Dr. med. W. Iwanowskiego (w sali wykładowej).
Objaśnień na miejscu udzielać będą oprócz Dr. med. W. Iwanowskiego Kierownicy Oddziałów: elektrolecniczego Dr. med. Mozyński, wodolecniczego Dr. med. P. Rudzki i wzięwalnianego Prof. Dr. med. J. Szmurło.

Godz. 21. Zebranie koleżeńskie w salonach kawiarni „Europa” w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego.

W t o r e k, d n. 30.VIII.

Godz. 9 — 12. Wykłady:

Michałowicz M. prof. dr. (Warszawa). Wskazania i przeciwwskazania do leczenia kąpielami solankowymi w wieku dziecięcym.

Kapuściński S. doc. dr. (Warszawa). Zapalenie wypryskowe skóry.

Czarnecki E. doc. dr. (Wilno). Podstawy racjonalnego wychowania fizycznego.

Lorentowicz L. doc. dr. (Warszawa). Leczenie zachowawcze schorzeń narządu rodowego kobiety.

Zamknięcie Kursu.

Godz. 15. Wycieczka do Torunia.

ALFABETYCZNY SPIS ODCZYTÓW

WYGŁOSZONYCH PODCZAS I DO VI LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
W CIECHOCINKU - CIEPLICY W LATACH 1928 — 1933.

BERNHARDT ROBERT:

O rozpoznawaniu pryszczycy. (Sur la diagnostic de l'eczéma). 1930.
III. str. 69 — 83.

BORNSZTAJN MAURYCY:

O współczesnych metodach leczenia nerwic. (Sur les méthodes
modernes du traitement des neuroses). 1932. V. str. 91 — 109.

BOROWIECKI STEFAN:

Sugestia jako stan czynny. (La suggestion comme état actif). 1930.
III. str. 31 — 48.

CHODŹKO WITOLD:

Gruźlica wiejska, a gruźlica miejska. (La tuberculose urbaine et
rurale). 1931. IV. str. 9 — 44.

CHODŹKO WITOLD:

Opieka lekarska w polskich długoterminowych ubezpieczalniach
społecznych. (Le secour médical dans les établissements polonais
d'assurances sociales à longue échéances). 1933. VI. str. 8 — 48.

CHODŹKO WITOLD:

Zdrowiska polskie wobec postulatów higieny społecznej. (Les
stations balnéaires et climatiques polonaises au devant des postu-
lats de l'hygiène publique). 1930. III. str. 1 — 13.

CHRAPOWICKI TADEUSZ:

Lekarskie Kursy Wakacyjne w Ciechocinku. (Les cours médicaux
des vacances à Ciechocinek). 1931. IV. str. 5 — 7.

CHWALIBOGOWSKI ARTUR, zob. Gröer Franciszek i Chwalibogowski Artur.

CZARNECKI EDWARD:

Podstawy racjonalnego wychowania fizycznego. (Les bases de
l'éducation physique rationnelle). 1932. V. str. 197 — 207.

CZARNOCKI WILHELM CZESŁAW:

Zapalne i niezapalne zmiany mięśnia sercowego. (Les altérations inflammatoires et non inflammatoires du muscle cardiaque). 1930. III. str. 101 — 111.

CZYŻEWICZ ADAM:

Kilka uwag w sprawie istoty i leczenia niepłodności kobiecej. (Quelques observations sur l'état et le traitement de la stérilité féminine). 1928. I. str. 102 — 129.

CZYŻEWICZ ADAM:

Lekarz praktyk wobec nowych kierunków postępowania w położnictwie. (Le médecin praticien en face de nouvelles méthodes en obstétrique). 1931. IV. str. 113 — 144.

DOBRZAŃSKI ANTONI:

Cierpienia zatok bocznych nosa i ich leczenie zdrojowiskowe. (Les maladies des sinus nasaux et leur traitement dans les stations balnéaires). 1933. VI. str. 94 — 109.

ELEKTOROWICZ ADAM:

Kliniczne znaczenie i wyniki cholecystografji. (La valeur clinique et les résultats de la cholecystographie). 1930. III. str. 123 — 135 i 7 tabl.

FRANKE MARJAN:

Dusznicza bolesna, jej patogeneza, rozpoznanie i leczenie. (Angine de poitrine, sa pathogénèse, son diagnostic et le traitement). 1932. V. str. 1 — 22.

GANTKOWSKI PAWEŁ:

Czy w leczeniu alkoholików można się w wybranych przypadkach posługiwać również i leczeniem w uzdrowiskach? (Peut-on soigner les cas choisis d'alcoolisme dans les stations climatiques?). 1928. I. str. 52 — 66.

GLUZIŃSKI ANTONI:

Uwagi nad rozwojem naszej balneologii w nadchodzącym okresie (Les observations sur le développement de la balnéothérapie en Pologne dans le plus proche avenir). 1928. I. str. 16 — 35.

GROTT JÓZEF WACŁAW:

Rozpoznawanie cukrzycy w praktyce. (Le diagnostic du diabète en pratique). 1931. IV. str. 209 — 224.

GRÖER FRANCISZEK i CHWALIBOGOWSKI ARTUR:

Z teorii i praktyki leczniczych kąpiei solankowych w wieku dziecięcym (kąpiele Langbeinitowe). (La théorie et pratique des bains de sel chez les enfants (bains de langbeinite). 1929. II. str. 173—188.

GRUDZIŃSKI ZYGMUNT:

O rozpoznawaniu chorób kręgosłupa zapomocą rentgenografji. (Le diagnostic radiographique des maladies de la colonne vertébrale) 1928. I. str. 240 — 251.

HIGIER HENRYK:

Z dziedziny przewlekłych zachorzeń naczyń obwodowych wieku młodzieńczego i męskiego. (Endarteriitis obliterans juvenilis, Gansraena spontanea virilis, Thrombangiitis Buergeri). (Observations sur les affections chroniques des vaisseaux périphériques chez les adolescents et les adultes). 1931. IV. str. 187 — 207.

HIRSZFELD LUDWIK:

O nowych metodach szczepień ochronnych. (Sur les méthodes des vaccinations préventives). 1929. II. str. 160 — 172.

JAKOWICKI WŁADYSŁAW:

Granice i metody położnictwa domowego. (Les limites et les méthodes d'obstetrique à domicile). 1932. V. str. 43 — 64.

JANISZEWSKI TOMASZ:

Społeczne obowiązki stanu lekarskiego. (Les devoirs sociaux des medecins). 1929. II. str. 123 — 159.

JANUSZKIEWICZ ALEKSANDER:

Niemiarowość jako objaw i jako przedmiot leczenia. (L'arythmieses symptomes et therapie). 1928. I. str. 152 — 170.

JONSCHER KAROL:

Stany podgorączkowe u dzieci. (Les états subfébriles chez les enfants). 1930. III. str. 49 — 67 i 6 tabl.

JURASZ ANTONI:

O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. (De l'appendicite aiguë). 1928. I. str. 36 — 51.

KAPUŚCIŃSKI STANISŁAW:

Zapalenie wypryskowe skóry. (L'inflammation eczémateuse de la peau). 1932. V. str. 179 — 195.

KARWACKI LEON:

Leczenie swoiste i uodpornianie w gruźlicy w świetle nowych zdobytych etiologicznych i patogenetycznych. (Le traitement spécifique et la vaccination de la tuberculose dans la lumière de nouvelles decouvertes de l'étiologie et de pathogénèse). 1929. II. str. 49 — 63.

KARWOWSKI ADAM:

Nowoczesne metody rozpoznawcze i lecznicze w kile. (Nouvelles méthodes du diagnostic et du traitement de la syphilis). 1929. II. 101 — 122.

KŁUSZYŃSKI HENRYK:

Współczesne prądy w medycynie. (Le nouveaux courants dans la médecine). 1932. V. str. 65 — 89.

LANDAU ANASTAZY:

O klasyfikacji spraw gośćcowych. (De la classification des affections rhumatiques). 1928. I. str. 206 — 226.

LATKOWSKI MICHAŁ:

O wczesnych objawach klinicznych gruźlicy kostnej. (Sur les symptômes cliniques précoces de la tuberculose osseuse). 1930. III. str. 117 — 121.

LAUBER JAN:

Przyczynowe znaczenie gruźlicy w chorobach oczu. (L'importance de la tuberculose, comme cause des maladies des yeux). 1933. VI. str. 1 — 7.

LORENTOWICZ LEONARD:

Leczenie zachowawcze schorzeń narządu rodnego kobiety. (Le traitement conservatif des affections des organes génitaux de la femme). 1932. V. str. 209 — 239.

LOTH EDWARD:

Naukowe podstawy dziedziczności u człowieka. (Les bases scientifiques de l'hérédité chez l'homme). 1931. IV. str. 87 — 94.

MAYER KAROL:

O przeciwwskazaniach do leczenia rentgenowego. (Les contre-indications du traitement par les rayons X). 1929. II. str. 1 — 12.

MELANOWSKI WŁADYSŁAW:

Zożowe schorzenia narządu wzroku i ich leczenie. (Les affections lymphatiques des organes de la vue et leur traitement). 1929. II. str. 84 — 100.

MICHAŁOWICZ MIECZYŚLAW:

Wskazania i przeciwwskazania do leczenia kąpielami solankowymi w wieku dziecięcym. (Les indications et contre - indications du traitement par les bains de sel chez les enfants). 1932. V. str. 159 — 178.

MICHEJDA KORNEL:

Powikłania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i ich leczenie. (Complications de l'appendicite aiguë et leur traitement) 1931. IV. str. 145 — 162.

MODRAKOWSKI JERZY:

Terapia alkalijskimi i kwasami. (La thérapie par les alcalies et les acides) 1928. I. str. 227 — 239.

MONSIORSKI ZYGMUNT:

Z patologji miesiączkowania kobiet. (Sur la pathologie de la menstruation). 1930. III. str. 85 — 99.

ORŁOWSKI WITOLD:

Leczenie zdrojowiskowe skazy dnawej. (Traitement de la goutte dans les villes d'eaux). 1928. I. str. 189 — 205.

ORZECHOWSKI KAZIMIERZ:

Lecznictwo neurologiczne w zdrojowiskach polskich. (Le traitement neurologique dans les villes d'eaux). 1928. I. str. 130 — 141.

OSMOLSKI WŁADYSŁAW:

Biologiczne znaczenie ćwiczeń fizycznych. (Le rôle biologique des exercices physiques). 1930. III. str. 137 — 146.

PASZKIEWICZ LUDWIK:

Choroby zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych. (Les affections des voies biliaires extrahépatiques). 1933. VI. str. 140 — 162.

PELCZAR KAZIMIERZ:

Dusznicza bolesna w świetle badań przemiany materji. (Angine de poitrine, au point de vue du métabolisme). 1931. IV. str. 169—185.

PIASECKI EUGENJUSZ:

Granice wysiłków sportowych. (Les limites des efforts sportifs). 1931. IV. str. 45 — 52.

POPOWSKI STANISŁAW:

Podstawy bodźcowego leczenia gruźlicy w wieku dziecięcym. (Les bases du traitement par les stimulants de la tuberculose chez les enfants). 1933. VI. str. 126 — 139.

RADLIŃSKI ZYGMUNT:

Wskazania operacyjne w kamicy żółciowej. (Les indications pour l'opération des calculs biliaires). 1930. III. str. 113 — 116.

RASZEJA FRANCISZEK:

Diagnostyka reumatycznych schorzeń stawów i ich leczenie zdrojowiskowo - ortopedyczne. (Le diagnostic des affections rhumatismales des articulations et leur traitement orthopédique et dans les villes d'eaux). 1933. VI. str. 110 — 125.

ROSE MAKSYMILJAN:

Rwa kulszowa i jej leczenie. (Névralgie du nerf sciatique et son traitement). 1933. VI. str. 71 — 93.

RUDOLF ZYGMUNT:

O usuwaniu śmieci i nieczystości z miast. (Sur l'élimination des ordures et des eaux d'égout dans les villes). 1928. I. str. 67—101.

RUDZKI STEFAN:

Zdrowiskowe i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy. (La climathérapie et balnéothérapie de la tuberculose). 1931. IV. str. 67—86.

SABATOWSKI ANTONI:

O leczeniu radowym w zdrojowiskach. (Sur la radiumthérapie dans les villes d'eaux). 1931. IV. str. 53 — 66.

SABATOWSKI ANTONI:

O osobliwym odczynie alergicznym ustroju, wywołanym z przewodu pokarmowego. (Sur la réaction allergique particulière provenant de l'oesophage). 1929. II. str. 36 — 48.

SABATOWSKI ANTONI:

Znaczenie lecznicze solanek w świetle dzisiejszych poglądów. (La valeur thérapeutique des eaux salines dans la lumière des théories actuelles). 1928. I. str. 171 — 188.

STERLING WŁADYSŁAW:

Stan współczesny nauki o chorobach zapalnych układu nerwowego. (Nos connaissances actuelles sur les maladies inflammatoires du système nerveux). 1931. IV. str. 95 — 111.

STERLING - OKUNIEWSKI STEFAN:

Niedokrwistość i nadkwaśność — ich leczenie zdrojowiskowe. (Hypo et hyperchlorhydrie et leur traitement dans les villes d'eaux). 1933. VI. str. 163 — 180.

SZCZERBIŃSKI JAN STANISŁAW:

Rozwój uzdrowisk polskich w pierwszym dziesięcioleciu niepodległości. (Le développement des villes d'eau polonaises dans les premiers dix ans de l'indépendance). 1928. I. str. 5 — 15.

SZENAJCH WŁADYSŁAW:

O odrębnościach przemiany materji i odżywiania dzieci. (Les particularités du métabolisme et de l'alimentation chez les enfants). 1931. IV. str. 163 — 168.

SZMURŁO JAN:

Postępowanie lekarza praktyka wobec ropotoku usznego. (Conduite à tenir du praticien en cas de la suppuration de l'oreille). 1932. V. str. 147 — 158.

SZMURŁO JAN:

Walory klimatyczne i lecznicze Ciechocinka. (Les valeurs climatiques et thérapeutiques de Ciechocinek). 1930. III. str. V—XIX.

SZMURŁO JAN:

Zagadnienie migdałków z punktu widzenia medycyny praktycznej. (Le problème des amygdales du point de vue de la pratique médicale). 1929. II. str. 13 — 35.

SZULC GUSTAW:

Zakażenie i odporność w świetle nowszych zdobyczy nauki o żywieniu. (L'infection et l'immunité dans la lumière de nouvelles notions de la science de l'alimentation). 1932. V. str. 23 — 42.

SZYMAŃSKI JULJAN:

Zożłowe schorzenia oczu. (Les affections lymphatiques des yeux) 1932. V. str. 111 — 126 i 2 tabl.

TUCHENDLER ANTONI:

Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych. (La nature et le traitement de la constipation habituelle au point de vue des recherches scientifiques). 1933. VI. str. 49 — 70.

WOJCIECHOWSKI ADOLF:

Schorzenia odbytnicy ze szczególnem uwzględnieniem guzów krwawniczych oraz nowszych metod ich leczenia. (Les affections du rectum, particulièrement des haemorrhoides et les nouvelles méthodes de leur traitement). 1929. II. str. 64 — 83.

WOJCIECHOWSKI ADOLF:

Schorzenia urazowe i pourazowe kości i stawów (nowe poglądy na ich przebieg i leczenie). (Les affections traumatiques et post-traumatiques des os et des articulations nouvelles théories sur leur cours et le traitement). 1928. I. str. 252 — 263.

WROCZYŃSKI CZESŁAW:

Współczesne prądy i dążenia medycyny społecznej. (Les courants actuels et les tendances de la médecine sociale). 1930. III. str. 15 — 30.

WROCZYŃSKI CZESŁAW:

Znaczenie zdrojowisk dla spraw medycyny zapobiegawczej. (La valeur des villes d'eaux dans la médecine préventive). 1932. V. str. 127 — 146.

ZUBRZYCKI JANUARY:

Przyczyny i leczenie krwawień okresów przejściowych kobiety. (Les causes et le traitement des haemorrhagies chez les femmes à l'âge critique). 1933. VI. str. 181 — 200.

ŻEBROWSKI EDWARD:

Istota nerwic narządów wewnętrznych i ich przyrodolecznictwo. (Les névroses des organes internes et leur physiothérapie). 1928. I. str. 142 — 151.

ALFABETYCZNY SPIS TREŚCI

I do VI PAMIĘTNIKA.

- Alergiczny* odczyn ustroju, wywołany z przewodu pokarmowego (Sabatowski A.) 1929. II. str. 36 — 48.
- Alkaljami* leczenie (Modrakowski J.) 1928. I. str. 227 — 239.
- Alkoholicy* — leczenie w wybranych przypadkach w uzdrowiskach (Gantkowski P.) 1928. I. str. 52 — 66.
- Balneologia* — uwagi nad rozwojem w nadchodzącym okresie (Gluziński A.) 1928. I. str. 16 — 35.
- Balneoterapia* — alkoholików w wybranych przypadkach (Gantkowski P.) 1928. I. str. 52 — 66.
- chorób nerwowych (Orzechowski K.) 1928. I. str. 130 — 141.
 - cierpienie zatok bocznych nosa (Dobrzański A.) 1933. VI. str. 94 — 109.
 - gruźlicy (Rudzki St.) 1931. IV. str. 67 — 86.
 - lecznicze kąpiele solankowe w wieku dziecięcym (Gröer Fr i Chwalibogowski A.) 1929. II. str. 173 — 188.
 - leczenie niedowkaśności i nadkwaśności (Sterling-Okuniewski St.) 1933. VI. str.
 - schorzeń reumatycznych stawów (Raszeja Fr.) 1933. VI. str. 110 — 125.
 - skazy dnawej (Orłowski W.) 1928. I. str. 189 — 205.
 - solanki, znaczenie lecznicze w świetle dzisiejszych poglądów (Sabatowski A.) 1928. I. str. 171 — 188.
- Biologiczne* znaczenie ćwiczeń fizycznych (Osmolski W.) 1930. III. str. 137 — 146.
- Cholecystografia* — kliniczne znaczenie i wyniki (Elektorowicz A.) 1930. III. str. 123 — 135 i 7 tabl.
- Choroby* zakaźne — powikłania nerwowe (Sterling Wł.) 1931. str. 95 — 111.
- Ciechocinek* — Lekarskie Kursy Wakacyjne (Chrapowicki T.) 1931. IV. str. 5 — 7.
- walory klimatyczne i lecznicze (Szmurło J.) 1930. III. str. V—XIX.
- Cięcie* cesarskie (Czyżewicz A.) 1931. IV. str. 113 — 144.

- Cukrzycy* — rozpoznawanie w praktyce (Grott J. W.) 1931. IV. str. 209 — 224.
- Ćwiczenia fizyczne* — biologiczne znaczenie (Osmolski W.) 1930. III str. 137 — 146.
- Dusznicza bolesna* — jej patogeneza, rozpoznanie i leczenie (Franke M.) 1932. V. str. 1 — 22.
— w świetle badań przemiany materji (Pelczar K.) 1931. IV. str. 169 — 185.
- Dzieci* — gruźlica, leczenie bodźcowe (Popowski St.) 1933. VI. str. 126 — 139.
— lecznicze kąpiele solankowe (Gröer Fr. i Chwalibogowski A.) 1929. II. str. 173 — 188.
— odrębności przemiany materji i odżywiania (Szenajch W.) 1931. IV. str. 163 — 168.
— stany podgorączkowe (Jonscher K.) 1930. III. str. 49 — 67 i 6 tabl.
— wskazania i przeciwwskazania do leczenia kąpielami solankowymi (Michałowicz M.) 1932. V. str. 159 — 178.
- Dziedziczność* — naukowe podstawy (Loth E.) 1931. IV. str. 87 — 94.
- Endarteriitis obliterans juvenilis* (Higier H.) 1931. IV. str. 187 — 207.
- Gangraena spontanea virilis* (Higier H.) 1931. IV. str. 187 — 207.
- Gościec* — klasyfikacja (Landau A.) 1928. I. str. 206 — 226.
— leczenie konstytucyjne (Kłuszyński H.) 1932. V. str. 65 — 89.
- Gruźlica* — kostna, wczesne objawy kliniczne (Latkowski M.) 1930. III str. 117 — 121.
— leczenie swoiste i uodpornianie w świetle nowych zdobyczy etjologicznych i patogenetycznych (Karwacki L.) 1929. II. str. 49 — 63.
— leczenie zdrojowiskowe i uzdrowiskowe (Rudzki St.) 1931. IV. str. 67 — 86.
— wiejska, a gruźlica miejska (Chodźko W.) 1931. IV. str. 9 — 44
— wieku dziecięcego, leczenie bodźcowe (Popowski St.) 1933. VI. str. 126 — 139.
— znaczenie przyczynowe w chorobach oczu (Lauber J.) 1933. VI. str. 1 — 7.
- Higiena miast* — usuwanie śmieci i nieczystości (Rudolf Z.) 1928. I. str. 67 — 101.
- Hormony płciowe żeńskie* (Czyżewicz A.) 1931. IV. str. 113 — 144.
- Jajniki* — nowotwory, leczenie zachowawcze (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209 — 239.
- Kamica żółciowa* — operacyjne wskazania (Radliński Z.) 1930. III. str. 113 — 116.

- Kifa* — rozpoznawcze i lecznicze metody (Karwowski A.) 1929. II. str. 101 — 122.
- Konstytucyjny czynnik* — znaczenie w medycynie (Kłuszyński H.) 1932 V. str. 65 — 89.
- Kości* — gruźlica, wczesne objawy kliniczne (Latkowski M.) 1930. III str. 117 — 121.
- schorzenia urazowe i pourazowe, ich przebieg i leczenie (Wojciechowski A.) 1928. I. str. 252 — 263.
- Kręgosłupa choroby* — rozpoznawanie zapomocą rentgenografji (Grudziński Z.) 1928. I. str. 240 — 251.
- Krwawienia okresów przejściowych kobiety* — przyczyny i leczenie (Zubrzycki J.) 1933. str. 181 — 200.
- Krwawnicze guzy* — nowsze metody ich leczenia (Wojciechowski A.) 1929. II. str. 64 — 83.
- Krwionośne naczynia obwodowe* — zachorzenia przewlekłe wieku młodzieńczego i męskiego (Higier H.) 1931. IV. str. 187 — 207.
- Kursy Wakacyjne Lekarskie w Ciechocinku* (Chrapowicki T.) 1931. IV. str. 5 — 7.
- Kwasami leczenie* (Modrakowski J.) 1928. I. str. 227 — 239.
- Langbeinitowe kąpiele w wieku dziecięcym* (Gröer Fr. i Chwalibogowski A.) 1929. II. str. 173 — 188.
- Lekarze* — obowiązki społeczne (Janiszewski T.) 1929. II. str. 123—159.
- Łożysko przodujące* (Czyżewicz A.) 1931. IV. str. 113 — 144.
- Macica* — mięśniaki, leczenie zachowawcze (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209 — 239.
- rak, leczenie zachowawcze (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209—239
- tyłozgięcie wolne, leczenie zachowawcze (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209 — 239.
- Maciczne krwawienia* — leczenie (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209—239
- Medycyna społeczna* — współczesne prądy i dążenia (Wroczyński Cz.) 1930. III. str. 15 — 30.
- zapobiegawcza — znaczenie uzdrowisk dla medycyny zapobiegawczej (Wroczyński Cz.) 1932. V. str. 127 — 146.
- Miasta* — usuwanie śmieci i nieczystości (Rudolf Z.) 1928. I. str. 67—101.
- Miesiączkowanie kobiet* — patologia (Monsiorski Z.) 1930. III. str. 85 — 99.
- Migdałki* — z punktu widzenia medycyny praktycznej (Szmurło J.) 1929. II. str. 13 — 35.
- Mózg* — zapalenie rozsiane (Sterling Wł.) 1931. IV. str. 95 — 111.
- Nabłoniak kosmówkowy* — leczenie zachowawcze (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209 — 239.

- Nadkwaśność* — leczenie zdrojowiskowe (Sterling - Okuniewski St.) 1933. VI. str. 163 — 180.
- Narząd rodny kobiety* — schorzenia, leczenie zachowawcze (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209 — 239.
- Nerwice* — leczenie uzdrowiskowe (Orzechowski K.) 1928. I. str. 130 — 141.
- leczenie współczesnymi metodami (Bornsztajn M.) 1932. V. str. 91 — 109.
- narządów wewnętrznych, istota i ich przyrodolecznictwo (Żebrowski E.) 1928. I. str. 142 — 151.
- Nerwowego układu choroby zapalne* (Sterling Wł.) 1931. IV. str. 95—111.
- Neurologiczne lecznictwo w zdrojowiskach polskich* (Orzechowski K.) 1928. I. str. 130 — 141.
- Niedokwaśność* — leczenie zdrojowiskowe (Sterling - Okuniewski St.) 1933. VI. str. 163 — 180.
- Niemiarowość* jako objaw i jako przedmiot leczenia (Januszkiewicz A.) 1928. I. str. 152 — 170.
- Niepłodność* kobieca — istota i leczenie (Czyżewicz A.) 1928. I. str. 102 — 129.
- leczenie (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209 — 239.
- Nos* — cierpienia zatok bocznych i ich leczenie zdrojowiskowe (Do-brzański A.) 1933. VI. str. 94 — 109.
- Odbytnica* — schorzenia ze szczególnem uwzględnieniem guzów krwawniczych, oraz nowszych metod ich leczenia (Wojciechowski A.) 1929. II. str. 64 — 83.
- Odporność* w świetle nowszych zdobyczy nauki o żywieniu (Szulc G.) 1932. V. str. 23 — 42.
- Odżywianie* dzieci (Szenajch W.) 1931. IV. str. 163 — 168.
- Oko* — przyczynowe znaczenie gruźlicy w chorobach oczu (Lauber J.) 1933. VI. str. 1 — 7.
- schorzenia żołądowe (Szymański J.) 1932. V. str. 111 — 126 i 2 tabl.
- żołądowe schorzenia i ich leczenie (Melanowski W.) 1929. II. str. 84 — 100.
- Ospa* — szczepienia, powikłania zapalne układu nerwowego (Sterling Wł.) 1931. IV. str. 95 — 111.
- Padaczka* — leczenie uzdrowiskowe (Orzechowski K.) 1928. I. str. 130 — 141.
- Podgorączkowe* stany u dzieci (Jonscher K.) 1930. III. str. 49 — 67 i 6 tabl.
- Położnictwo* — domowe, granice i metody (Jakowicki Wł.) 1932. V. str. 43 — 64.

- Położnictwo* — nowe kierunki postępowania, zadania lekarza praktyka (Czyżewicz A.) 1931. IV. str. 113 — 144.
- Prądy współczesne w medycynie* (Kłuszyński H.) 1932. V. str. 65—89
- Przyczyna* — rozpoznawanie (Bernhardt R.) 1930. III. str. 69 — 83
- Przemiana materji u dzieci* (Szenajch Wł.) 1931. IV. str. 163 — 168.
- Przyrodolecznictwo* — nerwic narządów wewnętrznych (Żebrowski E.) 1928. I. str. 142 — 151.
- Radowe lecznictwo w zdrojowiskach* (Sabatowski A) 1931. IV. str. 53 — 66.
- Rentgenografja* — rozpoznawanie chorób kręgosłupa (Grudziński Z.) 1928. I. str. 240 — 251.
- Rentgenoterapja* — przeciwwskazania (Mayer K.) 1929. II. str. 1 — 12.
- Reumatyczne schorzenia stawów* — diagnostyka i ich leczenie zdrojowiskowo - ortopedyczne (Raszeja Fr.) 1933. VI. str. 110 — 125
- Ropotok uszny* — postępowanie lekarza praktyka (Szmurło J.) 1932, V. str. 147 — 158.
- Rwa kulszowa i jej leczenie* (Rose M.) 1933. VI. str. 71 — 93.
- Serce* — niemiarowość jako objaw i jako przedmiot leczenia (Januszkiewicz A.) 1928. I. str. 152 — 170.
- miesień, zmiany zapalne i niezapalne (Czarnocki W.) 1930. III. str. 101 — 111.
- Skaza dnawa* — leczenie zdrojowiskowe (Orłowski W.) 1928. I. str. 189 — 205.
- Skóra* — zapalenie wypryskowe (Kapuściński St.) 1932. V. str. 179—195
- Solanki* — znaczenie lecznicze w świetle dzisiejszych poglądów (Sabatowski A.) 1928. I. str. 171 — 188.
- Solankowe kąpiele* — wskazania i przeciwwskazania do leczenia w wieku dziecięcym (Michałowicz M.) 1932. V. str. 159 — 178.
- w wieku dziecięcym (Gröer Fr. i Chwalibogowski A.) 1929. II. str. 173 — 188.
- Specjalizacja medycyny* (Kłuszyński H.) 1932. V. str. 65 — 89.
- Sportowych wysiłków granice* (Piasecki E.) 1931. IV. str. 45 — 52.
- Stawy* — reumatyczne schorzenia, diagnostyka i leczenie zdrojowiskowo - ortopedyczne (Raszeja Fr.) 1933. VI. str. 110 — 125.
- schorzenia urazowe i pourazowe, ich przebieg i leczenie (Wojciechowski A.) 1928. I. str. 252 — 263.
- Sugestia jako stan czynny* (Borowiecki S.) 1930. III. str. 31 — 48.
- Szczepienia ochronne* — nowe metody (Hirszfeld L.) 1929. II. str. 160 — 172.
- Śmiecie i nieczystości* — usuwanie z miast (Rudolf Z.) 1928. I. str. 67 — 101.

- Thrombangiitis Buergeri* (Higier H.) 1931. IV. str. 187 — 207.
- Ubezpieczalnie społeczne — opieka lekarska* (Chodźko W.) 1933. VI str. 8 — 48.
- Ucho — ropotok, postępowanie lekarza praktyka* (Szmurło J.) 1932. V. str. 147 — 158.
- Upławy — leczenie* (Lorentowicz L.) 1932. V. str. 209 — 239.
- Uzdrowiska polskie — rozwój w pierwszym dziesięcioleciu niepodległości* (Szczerbiński J. St.) 1928. I. str. 5 — 15.
- Wiąd rdzenia — leczenie uzdrowiskowe* (Orzechowski K.) 1928. I. str. 130 — 141.
- Wychowanie fizyczne — racjonalne podstawy* (Czarnecki E.) 1932. V. str. 197 — 207.
- Wyrostek robaczkowy — zapalenie ostre* (Jurasz A.) 1928. I. str. 36—51.
— zapalenie ostre, powikłania i ich leczenie (Michejda K.) 1931. IV. str. 145 — 162.
- Zakażenie — w świetle nowszych zdobyczy nauki o żywieniu* (Szulc G.) 1932. V. str. 23 — 42.
- Zaparcie nawykowe — istota i leczenie w świetle współczesnych badań naukowych* (Tuchendler A.) 1933. VI. str. 49 — 70.
- Zdrojowiska — lecznictwo radowe* (Sabatowski A.) 1931. IV. str. 53—66.
— znaczenie dla spraw medycyny zapobiegawczej (Wroczyński Cz.) 1932. V. str. 127 — 146.
— polskie wobec postulatów higieny społecznej (Chodźko W.) 1930. III. str. 1 — 13.
- Zożzowe schorzenia narządu wzrokowego i ich leczenie* (Melanowski W.) 1929. II. str. 84 — 100.
— schorzenia oczu (Szymański J.) 1932. V. str. 111 — 126 i 2 tabl.
- Żółciowe drogi zewnątrzwątrobowe — choroby* (Paszkiwicz L.) 1933. VI. str. 140 — 162.
- Żywienie — zakażenie i odporność w świetle nowszych zdobyczy nauki o żywieniu* (Szulc G.) 1932. V. str. 23 — 42.

Pod protektoratem
J. Wielmożnego Pana V. Ministra Opieki Społecznej
D-ra med. EUGENJUSZA PIESTRZYŃSKIEGO.

VI

LEKARSKI KURS WAKACYJNY W CIECHOCINKU-CIEPLICY

7, 8, 9 września 1933 r.

PROGRAM VI-go LEKARSKIEGO KURSU WAKACYJNEGO
w dn. 7 — 9.IX.1933 r.

Ś r o d a, d n. 6.IX.

Godz. 21.30. Zebranie towarzyskie zapoznawcze w salonach Zdrojowego Klubu Towarzyskiego w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią „Europa”).

C z w a r t e k, d n. 7.IX.

Godz. 9.15. Otwarcie Kursu i przemówienia.

Godz. 9.45 — 13.15. Wykłady:

Lauber J. prof. dr. (Warszawa). Przyczynowe znaczenie gruźlicy w chorobach oczu.

Chodźko W. dr. (Warszawa). Opieka lekarska w polskich długoterminowych ubezpieczalniach społecznych.

Tuchendler A. dr. (Warszawa). Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych.

Godz. 12.45 — 13.15. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego firmy „Tow. Przem. Chem. Farm. d. Magister Klawe S. A.—Warszawa”.

Godz. 15.00 — 15.30. Zwiedzanie Parku Zdrowia, Pływalni termalno-solankowej i Ogrodu Jordanowskiego. Prowadzi i wyjaśnień udzieli Dr. med. T. Chrapowicki, kierownik Pływalni. Zwiedzanie tężni

Godz. 20. Teatr.

P i ą t e k, d n. 8.IX.

Godz. 9.15 — 13.45. Wykłady:

Rose M. prof. dr. (Wilno). Rwa kulszowa i jej leczenie.

Dobrzański A. doc. dr. (Lwów). Cierpienia zatok bocznych nosa i ich leczenie zdrojowiskowe.

Raszeja Fr. doc. dr. (Poznań). Diagnostyka reumatycznych schorzeń stawów i ich leczenie zdrojowiskowo-ortopedyczne.

Popowski St. dr. (Warszawa). Podstawy bodźcowego leczenia gruźlicy wieku dziecięcego.

Godz. 13.15 — 13.45. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego firmy Dr. Madaus et Comp.

Godz. 15.30 — 16. Zwiedzanie urządzeń Zdrojowiska (Cieplica, źródła, łaźienki), poprzedzone wykładem orientacyjnym Lekarza Zakładowego Dr. med. Wł. Iwanowskiego. Objaśnień na miejscu udzielać będą oprócz Dr. med. Wł. Iwanowskiego, Kierownicy Oddziałów: elektrolecniczego Dr. med. A. Moszyński, wodoleczniczego Dr. med. P. Rudzki i wziewalnianego Prof. Dr. med. J. Szmurło.

Godz. 21. Zebranie koleżeńskie w sali Malinowej hotelu Millera.

S o b o t a, d n. 9.IX.

Godz. 9.15 — 12. Wykłady:

Paszkiewicz L. prof. dr. (Warszawa). Choroby zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych.

Sterling-Okuniewski St. doc. dr. (Warszawa). Niedokwaśność i nadkwaśność — ich leczenie zdrojowiskowe.

Zubrzycki J. prof. dr. (Kraków). Przyczyny i leczenie krwawień okresów przejściowych kobiety.

Zamknięcie Kursu.

Godz. 14. Wycieczka do Torunia.

Dla uczestników Kursu zorganizowana została Wystawa wyrobów i przetworów farmaceutyczno - lekarskich.

LISTA UCZESTNIKÓW VI LEKARSKIEGO KURSU
WAKACYJNEGO W CIECHOCINKU.

- Dr. Adamczyk Jan, Lublin.
Aronsonowa H.
Dr. Bachańska-Kuzniecowa Janina, Ursus pod Warszawą.
Dr. Balińska Aleksandra, Warszawa.
Dr. Berdiejówna Tamara, Toruń.
Dr. Bilnik Roman, Będzin.
Dr. Bornstein Roman, Łódź.
Dr. Breyer Roman, Garbatka, p. Kozienice.
Dr. Bubes Hirsz, Włodzimierz Woł.
Dr. Budzyński Kazimierz z żoną, Jaworzno Węgl.
Dr. Bułka Rafał, Konin.
Dr. Byrkowski Karol, Ciechocinek.
Min. Dr. med. Chodźko Witold, Warszawa.
Dr. Chramiec A. z żoną, lekarz powiat., Września.
Dr. Chrapowicki Tadeusz, Warszawa.
Dr. Dąbrowska Halina, Warszawa.
Dr. Dembicki Ignacy, Ciechocinek.
Doc. Dr. Dobrzański Antoni z żoną, Lwów.
Dr. Dołner Stanisław z żoną, N. - Dwór.
Dr. Drac Juljan z żoną, Warszawa.
Dr. Fafius Tadeusz, Warszawa.
Dr. Falencik Wacław z matką, Warszawa.
Dr. Faleński Jan z żoną, Ciechocinek.
Dr. Frydenson Ludwik, Serock.
Dr. Garfinkiel Jakób, Ciechocinek.
Dr. Giedgowd Walery, Wilno.
Dr. Goldsztajn Paweł z żoną, Warszawa.
Dr. Górski Jan, Skierniewice.
Dr. Gruszkiewicz Alfred, Sosnowiec.
Dr. Gruszkiewiczowa Ewa, Sosnowiec

Dr. Haberlau Karol, Łódź.
Dr. Herzberg Henryk, Gdynia.
Dr. Hłasko Feliks z żoną, Siedlce.
Dr. Hurwicz Joachim z córką, Warszawa.
Dr. Iwanowski W. z żoną, Ciechocinek.
Dr. Jankowski Wiktor, Lwów.
Dr. Jarzynianka M., Warszawa.
Dr. Jezierski Stanisław, Warszawa.
Dr. Juraszyńska Janina, Warszawa.
Abs. med. Juraszyński Z., Warszawa.
Karmazyn Bernard,
Dr. Kirszblum Rudolf.
Dr. Kondratowicz Władysław, Warszawa.
Dr. Kopystyński Ignacy, Płock.
Dr. Korpolewski Czesław, Osice, pow. Świecie.
Dr. Kosiewicz Bronisław, Warszawa.
Dr. Kosmalska Wanda, Warszawa.
Dr. Kotler-Taube Sara, Ciechocinek.
Dr. Kowalski Stanisław, Kościan.
Abs. med. Kozłowski K., Warszawa.
Dr. Kraushar M., Ciechocinek.
Dr. Kremer Gotlieb, Warszawa.
Krzeczkowski Roch, Warszawa,
Dr. Kuropatwiński Aleksander, Drohiczyn.
Dr. Kuźniarówna E., Warszawa.
Dr. Landesberg Jakób z żoną, Kutno.
Prof. Dr. med. Lauber Jan, Warszawa.
Abs. med. Lewandowski H., Wilno.
Dr. Lewin Szymon, Łódź.
Prof. Dr. Lorentowicz L. z żoną, Warszawa.
Prof. Dr. Loth Edward, Warszawa.
Dr. Ławrynowicz Marjan, Białowieża.
Dr. Łuczyński Włodzimierz, Żelów.
Dr. Marczyński Józef, Radom.
Dr. Masiukiewicz Michał, Warszawa.
Dr. Mączka Józef, Turobin, w. Lubelskie.
Dr. Mermelsztajnowa Berta, Rabka.
Dr. Mordasewicz Waclaw, Wołkowysk.
Dr. Naskręcki Stanisław, Kowel.
Dr. Nowiński Henryk, Warszawa.
Dr. Odrzywolski Witold, Warszawa.

Dr. Osnos Jakób, Mszczonów, p. Warszawa.
Abs. med. Ozimowski E., Warszawa.
Prof. Dr. Paszkiewicz Leon, Warszawa.
Dr. Podczaski Władysław, Ciechocinek.
Dr. Piasecki Witold, Włocławek.
Dr. Pokutyńska Helena, Wejherów.
Dr. Popowski Stanisław, Warszawa.
Dr. Rakowiecki Tadeusz, Bielsk Podl.
Doc. Dr. Raszeja Roman, Poznań.
Dr. Rattner Benjamin, Mieścisko, p. Wągrowiecki.
Dr. Rattnerowa Frida, Mieścisko p. Wągrowiecki.
Dr. Rauzuk Debora, Łódź.
Abs. med. Richter A., Warszawa.
Prof. Dr. Rose Maksymiljan z żoną, Wilno.
Dr. Rubinrot Stanisław, z żoną, Warszawa.
Dr. Rubinsztejn J., Warszawa.
Dr. Rudzki Przemysław, Warszawa.
Dr. Ryszkowska Marja, Warszawa.
Dr. Rzążewski Henryk, Kozienice.
Dr. Rzeszotarski Antoni, Góra Kalwarja.
Dr. Sikora Stanisław z żoną, Środa.
Dr. Skarbek Czesław, Toruń.
Dr. Skibniewski Franciszek, Łódź.
Dr. Sobolewska Marja, Warszawa.
Dr. Spiller Alfons z żoną, Mysłowice.
Doc. Dr. Sterling - Okuniewski Stefan, Warszawa.
Dr. Stróżecki Kazimierz, Milanówek.
Dr. Stulman Józef z żoną, Łask.
Dr. Sujkowski Jan, Grudziądz.
Prof. Dr. Szmurło Jan z żoną, Wilno.
Dr. Sztabholc Henryk, Kielce.
Dr. Szumski Władysław, Myślenice.
Dr. Szwalberg Izydor, Warszawa.
Abs. med. Tołpik J., Warszawa.
Dr. Tomaszunasowa Stanisława, Gdynia.
Dr. Tomczyk Stanisław, Rabka.
Dr. Trachtenberg Marek, Kalisz.
Dr. Tuchendler Antoni z żoną, Warszawa.
Dr. Turowski Bolesław, Kowel.
Dr. Tworkowski Jan, Bielsk Podlaski.
Dr. Tyszkówna Eliza, Warszawa.

Dr. Werner Bronisław, N. - Miasto, n. Drwęca.
Dr. Wilamowski Bolesław, Poznań.
Dyrektorowa Wiśniewska J., Ciechocinek.
Dyr. Wiśniewski S., Ciechocinek.
Dr. Wolanin Marja, Krasne, p. Ciechanowski.
Dr. Wołkowicz Maksymiljan, Sosnowiec.
Dr. Wyleżyński Jan, Końskie, w. Kieleckie.
Dr. Worobec Tomasz, Trembowla.
Dr. Wójcik Waclaw, Grudziadz.
Dr. Zgierski Ludwik, Duniłowicze, woj. Wileńskie.
Dr. Ziernicki Maksymiljan, Łeczyca.
Dr. Zion Oswald, Lwów.
Prof. Dr. Zubrzycki January z *żoną*, Kraków.
Dr. Żbikowski Władysław, Suwałki.

Prof. Dr. med. JAN LAUBER, Warszawa.

PRZYCZYNOWE ZNACZENIE GRUŻLICY W CHOROBYCH OCZU.

Poglądy nasze na przyczynę różnych zmian chorobowych podlegają ciągłemu przekształceniu i dlatego w każdej dziedzinie medycyny zachodzi potrzeba sprawdzania dawnych zapatrywań przyczynowych. Badania kliniczne, patologiczne - anatomiczne i doświadczalne wykazują z roku na rok powiększenie się znaczenia gruźlicy dla powstania różnych chorób. Dzisiaj gruźlica zajmuje w lecznictwie stanowisko, o którym przed trzydziestu laty nikt nie myślał. Pamiętam odczyt na temat walki z gruźlicą w opracowaniu którego brałem czynny udział, w którym prelegent kilkakrotnie wspominał o lekarzach zajmujących się specjalnie gruźlicą. Wzmianki te wówczas spowodowały zdziwienie i prawie litośny uśmiech u wielu słuchaczy - lekarzy. Dzisiaj sprawa ta przedstawia się zupełnie inaczej.

Przed czterdziestu laty znaliśmy w okulistyce tylko gruźlicze wrzody powiek i spojówki, prosownicze i zbite gruźle jagodówki. Dopiero badania v. Michela doprowadziły tego badacza do przekonania, że w licznych przypadkach zapalenia ogniskowe naczyńki powstają na podstawie gruźliczej. Zapatrywania te tylko powoli uitorowały sobie drogę i pozyskały zwolenników wśród okulistów. Równoległe do rozwoju wiedzy na polu patologii gruźlicy zaczęły się dalej rozwijać zapatrywania okulistów na gruźlicę, jako na podstawowe schorzenie w wielu zmianach ocznych.

Spróbuję w krótkich zarysach określić rolę gruźlicy dla schorzeń oka podług obecnego stanu wiedzy.

Ponieważ dermatologia uznaje, że acne rosacea i lupus erythematoses powstają na tle gruźliczem, musimy uważać połączone z temi chorobami zmiany w spojówce i rogówce za schorzenia gruźlicze. Niezbyt zaznaczone postacie tych chorób skóry często bywają nie spostrzeżane

ne przez badających lekarzy, czy też nie poznane. A jednak rozpoznanie zmiany skóry jest bardzo ważne dla rozpoznania okulistycznego i leczenia całej sprawy. Nie trzeba wspominać o wilku zwyczajnym, powodującym okropne spustoszenie w skórze powiek, czasami w spojówce przez niedomykalność powiek, poważne zmiany rogówkowe, a często nawet prawie całkowitą utratę wzroku. Nie tylko przyczynowe i dermatologiczne leczenie gra wielką rolę, lecz także plastyka powiek, przez którą można uratować wzrok wielu chorym.

Zoźzowe schorzenia w większości przypadków polegają na gruźliczem zakażeniu ustroju i pojawiają się w okresie podwyższonej alergji.

To też zwalczanie podstawowego stanu jest najważniejszym zadaniem leczniczym w tych przypadkach. Podniesienie ogólnego stanu zdrowia, do czego w znacznej mierze mogą się przyczynić kąpiele solankowe, tak korzystnie czasami wpływające na powiększone gruczoły chłonne, wraz ze zwalczaniem nadwrażliwości ustroju na toksyny gruźlicy i tuberkulinę jest często o wiele ważniejsze od leczenia miejscowego zmian spojówkowo - rogówkowych. Wielką rolę gra tu także ogólna higijena, co się staje zrozumiałe, jeżeli uwzględnimy, że podrażnienia niespecyficzne spojówki (np. gronkowce) mogą wywołać miejscowe objawy alergji pod postacią flikten.

Ogniskowe zapalenie twardówki częstokroć nawracające przez szereg lat najczęściej jest pochodzenia gruźliczego. Pozostające w łączności z niem głębokie ogniskowe zapalenie rogówki stanowi ciężkie schorzenie, jak również rzadkie mięszone zapalenie rogówki na tle gruźliczem.

Nadzwyczaj rozpowszechnionem i ciężkiem cierpieniem jest przeulekłe lub powracające zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, w połączeniu z którym stoi ogniskowe zapalenie naczyńiówki. Dawniej uważano, że większość tych schorzeń jest skutkiem kiły lub gośćca; nawet obecnie liczni lekarze rozpoznają reumatyczne zapalenie tęczówki w wielu przypadkach, jeżeli odczyn Wassermanna wypadła ujemnie. Polscy lekarze chętnie rozpoznają artretyzm jako podstawowe schorzenie w tych przypadkach. Mogłoby to jeszcze uchodzić, jeżeliby reumatyzm i artretyzm były dobrze określonymi jednostkami chorobowymi. Wiemy jednak dobrze, że tak nie jest. Dochodzenia dokładniejsze doprowadziły do wyodrębnienia z chorób reumatycznych szczególnych postaci, polegających na dokładnie dowiedzionych zakażeniach. Przypomnieć sobie pozwolę rzeżączkowe zapalenia stawów, które są spotykane częściej niż dawniej przypuszczano. W ostatnich latach syste-

matycznie przeprowadzone badania wykazały, że w znacznej odsetce przypadków ostrego i przewlekłego gośńca przyczynowo chodzi o gruźlicę. W niektórych przypadkach znaleziono prątki gruźlicze w wysiękach stawowych, w większej jeszcze ilości schorzeń można było wyhodować prątki gruźlicze ze krwi chorych. Z tych twierdzeń skorzystaliśmy także w okulistyce. Zapomocą badań krwi w schorzeniach jagodówki, szczególnie w ostrych i przewlekłych zapaleniach tęczówki, udało się wykazać obecność prątków gruźliczych we krwi, a to szczególnie podczas okresów zaostrzenia się sprawy. Od wielu lat systematycznie przeprowadzane badania zapomocą tuberkuliny wykazały w wielu przypadkach dodatni odczyn Pirqueta albo Mantoux. Nie może ten wynik wprawdzie służyć jako niezbity dowód tego, że schorzenie oczne jest pochodzenia gruźliczego, lecz, jeżeli do dodatniego wyniku odczynu skórniego przyłączy się odczyn ogólny, a szczególnie miejscowy w oku, to prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia ze schorzeniem gruźliczym, zmienia się nieomal w pewność. Należy tu wspomnieć o tem, że odczyn miejscowy w oku może się ujawnić pod dwiema postaciami: 1) jako pogorszenie sprawy ze zwiększeniem przekrwienia, wysięków (nowe osady na tylnej powierzchni rogówki, męty w ciele szklistem), bólów z pogorszeniem wzroku, 2) jako wyraźna poprawa miejscowych zmian w oku. Na szczęście przy korzystaniu z małych dawek rozpoznawczych pogorszenie stanu oka jest tylko przejściowem i ustępuje polepszeniu przy zastosowaniu mniejszych dawek tuberkuliny.

Należy zaznaczyć, że nie tylko przewlekłe postacie zapaleń jagodówki polegają częstokroć na zakażeniu gruźliczem, lecz także ostro występujące zapalenia tęczówki dość często są pochodzenia gruźliczego. Nie możemy się temu dziwić, jeżeli sobie przypomnimy, jak ostro występują czasami gruźlicze zakażenia w innych częściach ustroju np. w płucach.

Te same uwagi jakie zrobiłem w stosunku do zapaleń tęczówki, dotyczą także zapaleń naczyńiówki. Przeważająca większość ogniskowych zapaleń naczyńiówki jest pochodzenia gruźliczego. To samo dotyczy szczególnych postaci np. chorioditis juxtapapillaris Jensena, w której to chorobie powstaje ostre ogniskowe zapalenie w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego, przez swoje usadowienie wywołujące znaczne i łatwo spostrzegalne objawy. W ostatnich czasach wypowiedziano zdanie, że pierwotne ognisko w tych przypadkach nie znajduje się w naczyńiówce, lecz w siatkówce. Ta ostatnia przez długi czas uważana była jako nie ulegająca zakażeniu gruźliczemu. Zdanie to jednak

okazało się niesłuszne. Nie tylko sprawy naczyniówki mogą przejść na siatkówkę, lecz znamy gruźlicze schorzenia ścian żylnych, w których mikroskopowo stwierdzono obecność gruzełków. Schorzenie to powoduje powracające wybroczyny do siatkówki i ciała szklistego, prowadzące niestety często u młodych mężczyzn do utraty wzroku.

Badania lat ostatnich wykazały, że przy gruźliczych zapaleniach jagodówki niekiedy powstają przerzutowe ogniska zapalne w nerwie wzrokowym, powodujące kliniczne objawy pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Takie ogniska powodują w przebiegu zapalenia jagodówki, czasami nagle występujące, pogorszenie wzroku, silnie niepokojące chorych i nie dające się objaśnić przez przedmiotowe objawy. Dopiero stwierdzenie obecności mrocza środkowego wyjaśnia sprawę. Zajęcie się w ostatnich latach przyczynami odwarstwienia siatkówki wykazało, że to niebezpieczne powikłanie chorobowe niezbyt rzadko powstaje na podstawie zapalnych zmian naczyniówki, czyli pośrednio w pewnej liczbie przypadków na podstawie gruźliczej.

Z narządów pomocniczych oka gruczoł łzowy stosunkowo dość często wykazuje gruźlicze zapalenie, które z powodu powiększenia gruczołu nie bywa rozpoznawane, ponieważ podejrzenie raczej skierowuje się w kierunku nowotworu. Woreczek łzowy może wykazywać pierwotne schorzenie gruźlicze, lub wtórne, przechodzące na niego bądź z kości, bądź z nosa.

Że gruźły mózgu szczególnie w wieku dziecięcym nie należą do rzadkości — jest wiadome; do najczęstszych umiejscowień należy most.

Oprócz wzrodów gruźliczych spojówki i spraw dotyczących skóry powiek, które mogą być miejscem pierwotnego zakażenia gruźliczego, należy uważać wszystkie gruźlicze schorzenia oka za wtórne. W razie pierwotnego gruźliczego wrzodu spojówki, gruczoły przeduszny i szyjny są zajęte, czego przy wtórnem schorzeniu naczyniówki się nie spotyka.

Ponieważ prawie we wszystkich przypadkach chodzi o wtórne ogniska chorobowe w oku i jego narządach pomocniczych, miejscowe leczenie, oprócz bardzo rzadkich przypadków, jest niewystarczające. Nie powinno się zaniedbywać objawowego miejscowego leczenia, lecz nie wolno na nim poprzestać. Musimy zwrócić uwagę na ogólny stan ustroju i po zbadaniu jego określić stan alergji. Wykonanie odczynu Mantoux przy dokładnem śledzeniu chorego po zastrzyku doskórnym zwykle pozwala w przeciągu paru dni wyrobić sobie zdanie co do stanu alergji. Przy ostrych nawrotach schorzenia bardzo pożądane

jest wykonanie hodowli prątków gruźliczych ze krwi sposobem Löwensteina. Zdaje mi się, że często zostaje popełniony błąd przez stosowanie zbyt wielkich dawek w badaniach rozpoznawczych, które mogą wywołać silny odczyn ustroju nawet ze skutkami ujemnymi dla chorego. Należy postępować z największą ostrożnością i wykonywać odczyn rozpoczynając od 1 : 1,000,000 grama starej tuberkuliny.

W leczeniu gruźliczych schorzeń pierwszorzędną rolę gra ogólne wzmocnienie ustroju, które daje się najlepiej osiągnąć zapomocą spokoju, dobrego odżywiania, przebywania na świeżem powietrzu, szczególnie w górach i na słońcu. Bezwarunkowo takiemu leczeniu dietetyczno - klimatycznemu należy przypisać największe znaczenie. Niestety warunki materjalne w dzisiejszych czasach pozwalają na stosowanie takiego leczenia tylko znikomej części chorych.

Jednym z zasadniczych pytań jest leczenie tuberkuliną. Pamiętamy jak po pierwszej fali zapału nastąpiło rozczarowanie, które spowodowało zupełny prawie nihilizm, który jeszcze podziela wielka liczba lekarzy. Okuliści zajmują odrębne poniekąd stanowisko, ponieważ leczenie tuberkuliną w dziedzinie ich działalności wykazało wybitnie dodatnie wyniki. Nie wszyscy okuliści podzielają to zdanie. Na tegorocznym Międzynarodowym Zjeździe Okulistów w Madrycie E. V. Z. Brown z Chicago bardzo sceptycznie się wypowiedział. Z jego sprawozdania jednak wypływa, że nie posiada on własnego doświadczenia i że ograniczył się na krytyce jednej tylko pracy o leczeniu schorzeń ocznych zapomocą tuberkuliny, nie uwzględniając przeważnej części piśmiennictwa.

Okuliści, którzy zajęli się systematycznie leczeniem tuberkulinowym, nie wyrzekają się tego sposobu leczenia i prowadzą je dalej w przekonaniu, że przy odpowiednim zastosowaniu wyda ono cenne wyniki.

Tuberkulinowe leczenie gruźliczych schorzeń oka należy przeprowadzać bardzo oględnie, stosując się do stanu alergji ustroju. Wogóle staraniem naszym powinno być podniesienie odporności ustroju na tuberkulinę, ponieważ jesteśmy uprawnieni przypuszczać, że wysoka odporność na tuberkulinę odpowiada także odporności na prątki gruźlicze i wytwarzane przez nie toksyny. Rozpoczynając leczenie od bardzo małych dawek, stopniowo i powoli podnosimy je przy ciągłej kontroli ciepłoty, wagi, ogólnego stanu i miejscowych zmian chorego. Staramy się unikać wyraźnych odczynów, jakto podniesienia ciepłoty, pogorszenia ogólnego poczucia chorego, a szczególnie ogniskowych odczynów w oku, których powtórzenie może być początkiem postępują-

cego pogorszenia się sprawy miejscowej. Ponieważ możemy tylko pośrednio działać na ognisko chorobowe, nie możemy oczekiwać szybkich wyników leczenia, które musi trwać bardzo długo. Niecierpliwosć chorych i ustępliwość lekarzy względem ich życzeń często są powodem niepowodzenia w leczeniu tuberkuliną. Chcąc skrócić możliwie leczenie, zbyt szybko podnosi się dawki, powoduje się odczyny miejscowe, które ostatecznie pogarszają sprawę, zamiast ją poprawić. Wielka cierpliwość ze strony chorych i lekarza jest potrzebna do osiągnięcia dodatniego wyniku leczenia. Kilkakrotnie udało mi się osiągnąć znaczne i stałe poprawy leczeniem tuberkulinowym u chorych już poprzednio leczonych bezskutecznie tym środkiem, ponieważ leczenie zostało zbyt przyspieszone.

Wytworzyła się przez to nieufność do tuberkuliny u lekarzy, a szczególnie u mniej krytycznej publiczności. Dawkowanie dokładne przy leczeniu tuberkuliną jest bardzo ważne i dlatego trzeba się przeciwstawić sposobom leczenia tuberkuliną, w których dawkowanie jest zupełnie nieokreślone. Mam tu szczególnie na myśli leczenie sposobem Ponndorfa, które przez bardzo prostą technikę i krótkie trwanie leczenia pozyskało początkowo dość licznych zwolenników. W tym sposobie leczenia niema możliwości określenia ilości działającej tuberkuliny. Stąd powstają bardzo silne odczyny w miejscu zastosowania i w poszczególnych ogniskach chorobowych. Takie odczyny mogą czasami spowodować poprawę, jak już poprzednio wymieniłem. Kilkakrotne powtórzenie takich odczynów jest jednak wybitnie niebezpieczne. Zasadnicze te zastrzeżenia przeciwko sposobowi Ponndorfa stosują się także do tak zwanej Pirquetizacji, choć ten sposób leczenia jest mniej niebezpieczny, niż sposób Ponndorfa.

Wartość rozpoznawcza odczynów tuberkulinowych nie jest bezsporna. Jeżeli jednak objawy schorzenia przemawiają za prawdopodobieństwem gruźliczego pochodzenia choroby i odczyn jest dodatni, okoliczność ta bardzo zasługuje na uwagę. Podług jednej z ostatnich statystyk Gilberta, opartej na 500 przypadkach zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, gruźlica była przyczyną w 45,6%, kiła tylko w 16,64% przypadków. W ogniskowych zapaleniach naczyńki ilość przypadków gruźliczego pochodzenia jest jeszcze większa. Już ta okoliczność sama przez się wskazuje, jak ważną jest gruźlica jako przyczynowe schorzenie w patologii oka. Nadzwyczaj ważną jest kwestja wartości leczniczej tuberkuliny. Oczywiście, że nie udaje się wyleczyć wszystkich chorych zwłaszcza dlatego, że często widzi się ich w okresie daleko już posuniętych zmian chorobowych. Bardzo wiele także za-

leży od ogólnego stanu zdrowia. Stosunkowo wielki odsetek stanowią chorzy żyjący w bardzo ciężkich warunkach, źle odżywiani, wycieńczeni przez gruźlicę dawno na ustrój działającą. Że w takich warunkach leczenie tuberkuliną nie zawsze prowadzi do dodatnich wyników, nikt chyba to nie zdziwi. Tam gdzie chorych można na parę miesięcy posłać do stacyj klimatycznych i sanatoriów z dogodnymi warunkami życia i odżywiania, z odpowiednimi warunkami higienicznymi, udaje się osiągnąć nawet bardzo dobre wyniki. Niestety mamy w kraju zbyt mało jeszcze takich urządzeń dostępnych dla szerokich warstw ludności. Poniekąd mogą takie uzdrowiska położone wysoko w górach zastąpić miejsca kąpielowe. Kąpiele solankowe przy ogólnych sprzyjających warunkach mogą w znacznej mierze przyczynić się do wzmocnienia ustroju, szczególnie jeżeli z nimi łączy się leczenie kąpielami słonecznymi należycie przeprowadzonymi. Zastępują one poniekąd pobyt na plażach ciepłych mórz, jak np. Grado, Rimini i innych plażach nad Adrjatykiem. Wspaniały basen kąpielowy ciechociński można uważać za jedno z takich urządzeń, mogących mieć bardzo dodatni wpływ na przebieg schorzeń gruźliczych. Podkreślić należy szczególnie wybitne wyniki otrzymane przez kąpiele solankowe i picie solanki u dzieci żółtowitzkich, których liczba jest bardzo wielka. U tych dzieci już we wczesnym wieku powstaje upośledzenie wzroku przez plamki rogówki, utrudniające im pracę szkolną, a w późniejszym życiu pracę zarobkową, często spychając jednostki do niższego poziomu społecznego, przez utratę zdolności do więcej wartościowej pracy. Wielkie rozpowszechnienie zapaleń gruźliczych jagodówki, silnie uszkadzających wzrok, a obecnie jeszcze często prowadzących do utraty wzroku, wykazuje jeszcze raz znaczenie gruźlicy nie tylko dla pojedynczych jednostek, lecz także dla całego społeczeństwa.

Okuliści coraz więcej uświadamiają sobie znaczenie gruźlicy, jako czynnika wywołującego liczne choroby oka. Nie dość jednak na tem, uświadczenie to powinno się stać własnością ogółu lekarzy, ponieważ tylko przez współpracę lekarzy nie specjalistów ze specjalistami możemy do takiego stopnia wpłynąć na publiczność, żeby we wczesnych okresach schorzeń móc przystąpić do leczenia i nie napotykać na opór i nieufność w przeprowadzeniu leczenia, tak trudnego i długiego. Dlatego też wybrałam na temat odczytu znaczenie gruźlicy dla schorzeń oka, żeby pozyskać licznych tu zebranych kolegów do współpracy w walce z ciężkimi i częstokroć niebezpiecznymi chorobami gruźliczymi oka.

Dr. med. W. CHODZKO,
z Państwowej Szkoły Higieny.

OPIEKA LEKARSKA W POLSKICH DŁUGOTERMINOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH.

Obojętność, z jaką nasze uzdrowiska traktowały dotąd sprawę lokowania i leczenia członków instytucyj ubezpieczeń społecznych, ustąpiła obecnie miejsca zainteresowaniu o tyle, iż liczni właściciele pensjonatów i will zaczęli formalnie obiegać instytucje ubezpieczeniowe z ofertami i najbardziej nęcącymi propozycjami, byle pozyskać pewną liczbę ubezpieczonych na pobyt w sezonie letnim — zjawiły się nawet oferty kupna czy wydzierżawienia całych znanych i głośnych uzdrowisk. Z drugiej jednak strony zarządy większych uzdrowisk i ich komisje zdrojowe poza paru uzdrowiskami rządowymi nie tylko nie wyszły z poprzedniego stanu bierności, ale nawet czyniły dalej trudności w lepszym wyzyskaniu zasobów leczniczych uzdrowisk dla dobra ubezpieczonych, obniżenia dla nich taks zdrojowych, cen kąpieli etc.; nic też nie zrobiono dla ułatwienia pobytu w uzdrowiskach tym szerszym masom rodzimych kuracjuszy czy to przez podniesienie ogólnych warunków zdrowotnych uzdrowisk i ich otoczenia, obostrzenie kontroli sanitarnej w okręgach ochrony sanitarnej, wprowadzenie kontroli żywności oraz kontroli zakładów restauracyjnych pod względem dietetycznym, urozmaicenie żywienia kuracjuszy, rozwój sieci dróg spacerowych i ścieżek kuracyjno-terenowych i t. p.; tłumaczenie się kryzysem i brakiem rozporządzalnych sum nie jest słuszne, gdyż w tym samym czasie wybudowano w niektórych uzdrowiskach szereg luksusowych urządzeń dochodowych, obliczonych na zamożną klientelę, której w Polsce zbyt dużo przecież nie mamy.

Na dobro w tym bilansie zapisać należy natomiast ulepszenie łazienek w Druskienikach, uporządkowanie wydawania wód w Krynicy, nowe łazienki w Morszynie, termę Ciechocińską i jej wyzyskanie, Ośrodek Zdrowia w Ciechocinku i t. p.

Institucje ubezpieczeń długoterminowych w Polsce.

Jakiegokolwiek są braki i niedomagania uzdrowisk polskich, ich zalety lecznicze winny być wyzyskane w pierwszej linii dla dobra warstw pracowniczych naszego Państwa. Tem się tłumaczy zainteresowanie uzdrowiskami instytucyj ubezpieczeń społecznych — celem mojego odczytu jest przedstawienie stanu obecnego lecznictwa, prowadzonego przez jedną grupę instytucyj ubezpieczeniowych, a mianowicie następujące instytucje ubezpieczenia długoterminowego: Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z ich Związkiem, Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu i Zakład Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego w Królewskiej Hucie, oraz Spółka Bracka w Tarnowskich Górach z jej Kasą Pensyjną, wreszcie Zakład Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie.

W chwili wejścia w życie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z dn. 24 listopada 1927 r. (Dz. Ust. Nr. 106 poz. 911) istniały na terenie Państwa następujące instytucje obowiązkowego ubezpieczenia pracowników umysłowych:

- 1-o Zakład Pensyjny dla Funkcjonariuszów we Lwowie,
- 2-o Zakład Ubezpieczenia Urzędników Prywatnych w Poznaniu,
- 3-o Zakład Ubezpieczenia Pracowników Umysłowych w Królewskiej Hucie,

oraz utworzony został Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie ¹⁾).

W myśl art. 70 i 86 wspomnianego Rozporządzenia Zakłady te otrzymały jednolitą nazwę Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, a jednocześnie połączono je organizacyjnie w Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z siedzibą w Warszawie.

Wydanie doniosłego Rozporządzenia o ubezpieczeniu obowiązkowym zawdzięczają nasi pracownicy umysłowi w pierwszej linii energii ówczesnego Ministra Pracy i Opieki Społecznej, dr. praw Stanisława Jurkiewicza; powołanie lekarza do przydjum nowoutworzonego Związku było wynikiem również Jego decyzji.

¹⁾ Teren Zakładu w Królewskiej Hucie obejmuje: Województwo Śląskie oraz powiaty Będziński, Zawierciański i Olkuski woj. Kieleckiego; zakład w Poznaniu obejmuje: województwo Poznańskie i Pomorskie; Zakład we Lwowie obejmuje: województwo Krakowskie, Lwowskie, Stanisławowskie, Tarnopolskie i Wolyńskie, Zakład w Warszawie obejmuje: województwo Warszawskie, Łódzkie, Kieleckie (bez 3 powiatów przydzielonych Zakładowi w Królewskiej Hucie) Lubelskie, Białostockie, Wileńskie, Nowogrodzkie i Poleskie.

Postanowienia ustawowe.

Obchodząca nas tu specjalnie sprawa lecznictwa w tej grupie ubezpieczeń społecznych znalazła swój wyraz przedewszystkiem w zasadniczym artykule 86 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej zmienionym następnie przez art. 58 ust. 2 Rozp. Prez. Rzplitej z dnia 29/XI 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych, który brzmi jak następuje: „Do zadań Związku należy między innymi:... 2) prowadzenie i popieranie akcji profilaktycznej, ustalanie zasad i planów akcji zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych w sprawach lecznictwa zapobiegawczego, jak również zmierzającego do przywrócenia zdolności do zarobkowania, oraz organizowanie takiej akcji przez zakładanie i prowadzenie bądź bezpośrednio, bądź za pośrednictwem zakładów lub organizacyj wymienionych w art. 63, urządzeń leczniczych w miejscach kąpielowych, uzdrowiskach i t. p., zakładów leczniczych, sanatorjów i t. p...”

Jak widać z treści powyższego ustępu w programie lecznictwa uwzględniono ułatwienie przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych leczenia się w uzdrowiskach ubezpieczonym pracownikom umysłowym, dla których dotąd ze względu na wysokie koszty z tem związane, ta metoda leczenia była nieomal całkowicie niedostępna.

Podstawę prawną lecznictwa w ubezpieczeniu pracowników umysłowych stanowią art. art. 25 i 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 1927 roku; art. 25 ma brzmienie następujące:

Do pomocy leczniczej na koszt Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych ma prawo ubezpieczony, który po wyczerpaniu okresu zasiłkowego w Kasie Ubezpieczeń Społecznych¹⁾ jest nadal chory, a to niezależnie od prawa do renty inwalidzkiej lub starczej.

W Komentarzach do Rozporządzenia Prezydenta *dr. praw. J. Pasternak* (obecny dyrektor Związku Zakł. Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych) mówi:

„Pomoc lecznicza w myśl art. 25 jest nieograniczona co do czasu „t. zn. chory ma do niej prawo tak długo, jak długo jest chory”; nie ma prawa do korzystania z dobrodziejstwa art. 25 ten, kto: 1) wogóle nie korzystał z pomocy leczniczej Kasy Chorych bezpośrednio przed zgłoszeniem swego ewentualnego uprawnienia z art. 25 (nie miał do tego prawa, lub nie chciał); 2) korzystał z Kasy Chorych i wyzdrowiał,

¹⁾ Odpowiada to obecnej Kasie Chorych w rozumieniu Ustawy o obowiązkiem ubezpieczeniu na wypadek choroby z dn. 19 maja 1920 r. (Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272).

a później dopiero znowu zachorował w takich warunkach w których w myśl przepisów o ubezpieczeniu na wypadek choroby zachorowanie nie uważa się za dalszy ciąg poprzedniej choroby (art. 23 ust. 5 ustawy z dn. 19.V.1920 ¹⁾).

„Świadczenie to — mówi dalej *dr. Pasternak* — jest obliczone na wypadki długich chorób, dłuższych od okresu pomocy Kasy Chorych („...„jest nadal chory“...”) by osoby, dotknięte długotrwałą chorobą, nie zostały bez pomocy leczniczej, której sobie z renty nie będą mogły zapewnić, lecz otrzymały pomoc leczniczą w takich wypadkach ze strony instytucji ubezpieczenia inwalidzkiego”.

Na podstawie postanowień art. 25 mogą być zatem bezpłatnie leczeni wszyscy ubezpieczeni pracownicy umysłowi, którzy przebyli sześćdziesięciomiesięczny okres wyczekiwania, pracownicy umysłowi, którzy wyszli z ubezpieczenia obowiązkowego w ciągu 18 miesięcy po ustaniu tego ubezpieczenia oraz ubezpieczeni, którzy uzyskali prawo do renty inwalidzkiej lub starczej w czasie trwania choroby, uzasadniającej powstanie prawa do pomocy leczniczej na mocy art. 25 Rozporządzenia Prezydenta.

Pomimo tego bardzo rozległego zakresu stosowania art. 25 w praktyce dotychczasowej Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych jest on stosunkowo mało wykorzystywany przez ubezpieczonych i leczenie na mocy jego przepisów ma miejsce przeważnie i prawie wyłącznie w chorobach ostrych i krótkotrwałych.

Z pośród szeregu chorób, których leczenie jest zadaniem Zakładów Ubezpieczeń, art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej wydziela osobną grupę zaburzeń chorobowych, które grożą trwałą albo dłużej przeciągającą się niezdolnością do wykonywania zawodu, a w ten sposób narazić mogą ubezpieczenie długoterminowe na straty, spowodowane przedwczesnem wypłaceniem rent inwalidzkich; art. 61 ma brzmienie następujące:

W celu zapobieżenia niezdolności do wykonywania zawodu, grożącej ubezpieczonemu, lub w celu przywrócenia tej zdolności osobie, otrzymującej świadczenia, ma prawo Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych zastosować leczenie.

W tym celu może Zakład umieścić na własny koszt daną osobę za

) Ustęp V art. 23 Ustawy z dn. 19 maja 1920 r. ma brzmienie następujące:
Jeżeli ubezpieczony przed upływem 8 tygodni od wyzdrowienia zapadnie powtórnie na tę samą chorobę, to drugie zachorowanie Kasa uważać będzie przy obliczaniu okresu zasiłkowego za dalszy ciąg pierwszej choroby.

jej zgodą w zakładzie leczniczym lub innym miejscu, nadającym się do przeprowadzenia leczenia.

Odmówienie zgody może pociągnąć skutki ujemne, przewidziane w art. 63. ¹⁾

Świadczenia lecznicze udzielane z tytułu art. 61 noszą w języku ubezpieczeniowym nazwę świadczeń „dobrowolnych”. Po bliższym przyjrzeniu się intencji tekstu art. 61 łatwo można się przekonać, iż artykuł ten w rzeczy samej ma na widoku przede wszystkim obronę słusznym zresztą interesów finansowych ubezpieczenia długoterminowego — wydaje się zatem słusniejsze, aby w redakcji pierwszego ustępu zastąpić wyrazy „ma prawo” przez wyraz „winien”, co lepiej przypominałoby administracji ubezpieczeń społecznych jej elementarny obowiązek: obronę podstaw finansowych tych ubezpieczeń przez rozumnie i szeroko pojętą politykę leczniczą. Że taki jest istotnie prawdziwy sens tego artykułu wskazuje na to następujący komentarz *dra Pasternaka*:

„Celem zarządzeń leczniczych jest zmniejszenie obciążenia Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przez zmniejszenie liczby świadczeń, wypłacanych z powodu niezdolności do pracy wzgl. mogących przyspaść wskutek grożącej niezdolności do pracy; racjonalne wykonywanie postanowień tego rozdziału (o zarządzeniach leczniczych) przyczynia się równocześnie do podniesienia stanu zdrowotności ubezpieczonych pracowników”.

Z wyjaśnienia powyższego jasno wynika, iż piecza o podniesienie stanu zdrowia ubezpieczonych znajduje się na drugim planie zainteresowań Zakładów Ubezpieczeń w sensie art. 61-go.

Tem więc dziwniejsze wydać się musi, iż na przeprowadzenie tych tak ważnych dla pomyślności finansowej ubezpieczeń długoterminowych „zarządzeń leczniczych” Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r. nie przewidziało żadnego pokrycia w składce ubezpieczeniowej. Jest to więc jedyna w swoim rodzaju operacja finansowa, która ma dawać dochody bez uprzedniego inwestowania. Brak określonej podstawy finansowej dla przepisów art. 61 hamuje niewątpliwie rozwój tego lecznictwa, najważniejszego z punktu widzenia kalkulacji ubezpieczeniowej. Ta rażąca luka w naszym prawodawstwie społecznym winna być bezwzględnie wypełniona.

¹⁾ Art. 63 Rozporządzenia przewiduje możliwość odmówienia wypłaty renty inwalidzkiej na pewien czas w całości lub w części gdy: 1) rodzaj choroby wymaga leczenia i pielęgnowania, które w domu chorego są niemożliwe; 2) choroba jest zakaźna; 3) stan chorego lub jego zachowanie się wymaga stałego nadzoru; 4) chory niejednokrotnie postępował wbrew poleceniom lekarza.

Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych a lecznictwo.

Ukonstytuowany na podstawie art. 70 i 86 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Związek Zakładów Pracowników Umysłowych rozpoczął swoje czynności w dn. 29 listopada 1928 r. w Warszawie. Jedną z pierwszych czynności Zarządu Związku było uporządkowanie sprawy lecznictwa w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Oto co mówi o tem pierwsze urzędowe „Sprawozdanie Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych“:

„Zagadnienie unormowania podstaw i racjonalnego zorganizowania lecznictwa dobrowolnego w pierwszej chwili istnienia Związku wysuwało się na czoło jego prac dzięki swej *palącej aktualności*. Już bowiem przed wejściem w życie Rozporządzenia Prezydenta prowadziły b. Zakłady Dzielnicowe zakrojoną na szeroką skalę akcją profilaktyczną. Akcja ta oparta była na zupełnie odmiennych dla każdego Zakładu podstawach zasadniczych; działalność lecznicza tych zakładów nie była skoordynowana, gdyż powstawały one w odmiennych warunkach i ulegały kilkakrotnym reorganizacjom w krótkim stosunkowo okresie czasu. Wejście w życie Rozporządzenia Prezydenta z d. 24 listopada 1927 r., nie zmieniło tego stanu rzeczy w ciągu 1928 r., akcja lecznicza prowadzona była nadal przez każdy Zakład w całości na własną rękę i na odrębnych zasadach“.

Przeświadczenie o konieczności uporządkowania i skoordynowania akcji leczniczej Zakładów skłoniło Zarząd Związku Zakładów do uchwalenia w dn. 20 grudnia 1929 r., obowiązujących wszystkie Zakłady, „Zasad postępowania przy stosowaniu art. 25 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych“ oraz „Zasad udzielania przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych świadczeń z mocy art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych“; jednocześnie Zarząd Związku określił zasady budżetowania wydatków na powyższe świadczenia oraz ustalił wysokość wydatków na lecznictwo z tytułu art. 61 Rozporządzenia Prezydenta na rok 1930 w sumie globalnej 1.600.000 złotych; sumę tę podzielono między Zakłady w ten sposób, iż na Zakład w Królewskiej Hucie przypadło 400.000 zł., na Zakład we Lwowie — 400.000 zł., na Zakład w Poznaniu — 450.000 zł. i na Zakład w Warszawie — 350.000 zł.

Wyżej wymienione „Zasady postępowania przy stosowaniu art. 25

Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej" zawierają następujące postępowania, które nas tu szczególnie interesują:

§ 9. Leczenie klimatyczne i zdrojowe przeprowadza Zakład Ubezpieczeń w odpowiednich zakładach leczniczych, pozostających do dyspozycji Zakładów Ubezpieczeń lub Związku Zakładów.

§ 12. Pomoc lecznicza Zakładu Ubezpieczeń z mocy art. 25 jest bezpłatna;

zaś „Zasady udzielania świadczeń z mocy art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej“:

§ 5. Leczenie przeprowadza się w zasadzie w zakładach leczniczych. Chorzy mogą być w zasadzie umieszczani tylko w zakładach leczniczych pozostających do dyspozycji poszczególnych Zakładów Ubezpieczeń lub Związku Zakładów. Do czasu zorganizowania odpowiedniej ilości miejsc w wyżej określonych zakładach leczniczych chorzy mogą być umieszczani również w obcych zakładach leczniczych i innych urządzeniach, zakontraktowanych przez Związek Zakładów lub przez poszczególne Zakłady w porozumieniu ze Związkiem.

Przez „zakłady lecznicze" rozumie się tu instytucje lecznicze znajdujące się w uzdrowiskach krajowych. Dyspozycje § 5 stały się punktem wyjścia całej późniejszej akcji leczniczej Związku Zakładów U. P. U. na terenie naszych uzdrowisk i zapobiegły skutecznie często stosowanej poprzednio praktyce umieszczania ubezpieczonych, potrzebujących racjonalnego leczenia w wątpliwej wartości pensjonatach prywatnych, pozbawionych wszelkiej kontroli lekarskiej, a drogo opłacanych.

W celu zapewnienia jednolitości w metodach postępowania Zakładów Ubezpieczeń w zakresie stosowania leczenia na podstawie art. 61 Prezes Związku Zakładów opierając się na upoważnieniu Zarządu Związku wydał w styczniu 1931 roku specjalną Instrukcję wykonawczą do poprzednio już uchwalonych „Zasad udzielania świadczeń z mocy art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej“. Powyższa Instrukcja poza swoją stroną techniczną zasługuje na szczególną uwagę świata lekarskiego z tego powodu, że poraz pierwszy na terenie ubezpieczeń społecznych długoterminowych w Polsce sformułowano i określono w niej kompetencje t. zw. lekarza głównego (czyli lekarza naczelnego) Zakładu w stosunku do tak ważnego organu, jakim jest Komisja Rentowa w Zakładach—uzyskał on na mocy § 2 Instrukcji prawo udziału w posiedzeniach Komisji Rentowej z głosem doradczym i prawo uzasadniania i wyjaśniania swych wniosków — poza tem uzyskał on również prawo przedstawiania wniosków w sprawach zarządzeń leczniczych bezpośrednio dyrektorowi Zakładu Ubezpieczeń.

Należałoby sobie życzyć, aby lekarze Zakładów potrafili z uzyskanych uprawnień należycie i dla dobra ubezpieczonych oraz instytucji skorzystać.

Organizacja lecznictwa uzdrowiskowego.

Jednocześnie z uchwałą o zasadach postępowania przy przyznawaniu świadczeń na mocy art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Zarząd Związku polecił opracowanie planu skoordynowanej działalności leczniczej Zakładów Ubezpieczeń na rok 1930.

W planie przyjętym przez Związek uwzględniono przede wszystkim konieczność utworzenia instytucyj leczniczych wspólnych dla wszystkich Zakładów Ubezpieczeń i ustalono wskazania lecznicze dla tych instytucyj oraz miejsca leczenia w sposób następujący:

do leczenia chorób dróg oddechowych: Zakopane, Szczawnica i Jaremcze,

do leczenia szczawami żelazistemi i alkalicznymi: Krynica albo Żegiestów,

do leczenia psychonerwic: miejscowości posiadające urządzenia wodolecznicze i odpowiednie warunki przyrodolecznicze.

Plan przyznał poszczególnym Zakładom ściśle określone kontyngenty miejsc na poszczególne miesiące i powierzył zorganizowanie i prowadzenie domów zdrowia w Zakopanem, Jaremczu i Truskawcu Zakładowi Lwowskiemu, który posiadał w tych miejscowościach swoje pensjonaty i temuż Zakładowi administrację wspólnych domów zdrowia w Krynicy i ewent. w Żegiestowie i Morszynie, administrację domu zdrowia w Szczawnicy — Zakładowi Poznańskiemu, administrację mającego powstać domu zdrowia w Busku — Zakładowi Warszawskiemu, administrację mającego powstać domu zdrowia do leczenia psychonerwic — Zakładowi w Królewskiej Hucie; wszystkie te Zakłady winny działać w porozumieniu ze Związkiem Zakładów.

We wszystkich domach zdrowia ustanowiono stałych lekarzy, celem wykonywania opieki lekarskiej nad ubezpieczonymi, skierowanymi na leczenie i ogólnego kierownictwa pod względem lekarskim i higienicznym.

Inspekcję lekarską i sanitarną z ramienia Związku Zakładów zaczęły wykonywać doradca lekarski Związku *p. dr. Bujalski* z udziałem referenta Związku, *p. R. Garlickiego*, zajmującego się stroną gospodarczą i finansową domów zdrowia.

Na podstawie opinii Komisji rzeczoznawców, w której brali udział,

obok przedstawicieli Zarządu Związku, pp. prof. W. Orłowski, prof. K. Orzechowski, dr. Stefan Rudzki i dr. A. Simon opracowano program inwestycji leczniczych dla Zakładów Ubezpieczeń — program ten obejmował:

1-o przekształcenie pensjonatów Zakładu Lwowskiego w Zakopanem, Truskawcu i Jaremczu na zamknięte zakłady lecznicze,

2-o zakupienie willi „Zorza” w Truskawcu i zalesionej parceli, sąsiadującej z pensjonatem „Warszawianka” w Zakopanem,

3-o wybudowanie lub nabycie w ciągu najbliższych lat:

a) dla leczenia chorób dróg oddechowych sanatorium podgórskiego w Beskidzie Zachodnim (na około 60 miejsc), sanatorium nizinnego w pobliżu Warszawy (na około 100 miejsc), sanatorium nizinnego na terenie województwa pomorskiego, albo poznańskiego (na 60 — 80 miejsc);

b) dla leczenia solankowego sanatorium w Ciechocinku (na 100—120 miejsc) i w Inowrocławiu;

c) dla leczenia wodami siarczanymi sanatorium (na około 100 miejsc);

d) dla leczenia szczawami żelazistymi, alkalicznymi i kwasem węglowym sanatorium w Krynicy (na 120 miejsc) i sanatorium w Szczawnicy (na 30 — 50 miejsc), dostosowane również do leczenia chorób dróg oddechowych;

e) dla leczenia wodami gorzkiemi sanatorium w Morszynie (na 50 miejsc);

f) dla leczenia psychonerwic sanatorium w odpowiedniej miejscowości podgórskiej albo nizinnej;

g) dla leczenia nerwic właściwych sanatorium w Beskidzie Zachodnim ewent. w Jaworzu.

„Zakłady ubezpieczeń winny w drodze umów, ewentualnie połączonych z udzieleniem pożyczek hipotecznych, zapewnić sobie dyspozycję pewną ilością miejsc w zakładach leczniczych, przeznaczonych na leczenie wybitnie zakaźnych przypadków gruźlicy, a położonych na obszarze działania Zakładów”.

Zakładom polecono przeprowadzenie odpowiednich studjów oraz rozdzielono pomiędzy nie budowę i organizację poszczególnych sanatoriów.

Plan ten, zapewniający wielkie korzyści dla uzdrowisk krajowych, nie mógł niestety być urzeczywistniony wobec kryzysu gospodarczego, który stopniowo zaczął obejmować wszystkie dziedziny życia Polski. Zakłady były więc zmuszone posługiwać się w dużej mierze obcemi za-

kładami leczniczymi, z których niektóre nie stały na poziomie wymagań współczesnych i potrzeb ubezpieczonych.

W celu ułatwienia obliczeń statystycznych zgrupowano najczęściej spotykające się wśród ubezpieczonych jednostki chorobowe w 12 działach następujących:

- Grupa I — Gruźlica narządu oddechowego.
- Grupa II — Inne choroby narządu oddechowego.
- Grupa III — Gościec stawowy.
- Grupa IV — Inne sprawy gościcowe.
- Grupa V — Choroby przemiany materji i ogólne.
- Grupa VI — Choroby układu dokrewnego.
- Grupa VII — Choroby układu nerwowego.
- Grupa VIII — Choroby krwi i organów krwiotwórczych.
- Grupa IX — Choroby układu krążenia.
- Grupa X — Choroby narządu trawienia.
- Grupa XI — Choroby weneryczne.
- Grupa XII — Choroby kobiece.

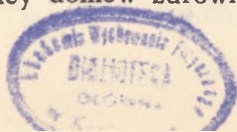
Poza tem opracowano dla użytku Zakładów Ubezpieczeń klasyfikację przyczyn zgonów i przyczyn inwalidztwa, opartą na oficjalnej międzynarodowej klasyfikacji chorób i przyczyn zgonów i uzgodnioną z klasyfikacją, przyjętą przez Kasy Chorych; wprowadzono ją do Zakładów uchwałą Zarządu z dnia 28 lutego 1931 roku — klasyfikacja ta obejmuje 61 grup chorobowych.

„Sprawozdanie Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych za 1931 rok” w ten sposób określa wyniki prac, dokonanych w ciągu roku sprawozdawczego w dziedzinie organizacji lecznictwa w Zakładach Ubezpieczeń:

„Poza zupełnem ujednoczeniem działalności Zakładów, cechą charakterystyczną działalności leczniczej w roku 1931 było *znaczne zwiększenie jej zakresu, a przedewszystkiem liczby leczonych przy jednoczesnym zmniejszeniu ogólnej sumy wydatków*. Znaczne obniżenie kosztów leczenia jest wynikiem zarówno ogólnej obniżki cen jak i coraz lepszej organizacji lecznictwa”.

Dodać należy, iż personel lekarski w ubezpieczeniu pracowników umysłowych przedstawia się pod względem organizacyjnym w sposób następujący:

- Związek Zakładów — doradca lekarski,
- Zakłady — 1-o lekarze główni,
- 2-o lekarze zaufania na terenie,
- 3-o lekarze - kierownicy domów zdrowia.



Zakład w Królewskiej Hucie opracował wyczerpującą instrukcję dla lekarzy zaufania (t. zw. „rejonowi lekarze zaufania”) i przyczynił się w ten sposób do uporządkowania kompetencji tych lekarzy i procedury, jakiej mają się trzymać; inne Zakłady Ubezpieczeń takich instrukcji dotąd nie wydały.

Lekarze, kierujący domami zdrowia, są przyjmowani na podstawie umów zatwierdzonych przez Związek Zakładów, które zawierają obowiązujące ich przepisy.

Lecznictwo Zakładów Ubezpieczeń i jego wyniki.

W chwili obecnej do leczenia ubezpieczonych pracowników umysłowych na podstawie art. 61 Rozporządzenia Prezydenta z dnia 24 listopada 1927 roku służą następujące instytucje lecznicze:

A. Zakłady lecznicze własne albo wydierżawione z własnym kierownictwem lekarskim:

I. Zakłady Klimatyczne:

1-o *Zakopane* — dom zdrowia własny (własność Zakładu Lwowskiego), prowadzony na wspólny rachunek; całkowity koszt dzienny około 9,5 zł.; budynki „Warszawianka”, „Mazowsze” i „Konstantynówka”; miejsc 100; otwarty cały rok — kierownik lekarski *dr. Czaplicki*;

2-o *Jaremcze* — dom zdrowia własny (własność Zakładu Lwowskiego), prowadzony na wspólny rachunek; całkowity koszt dzienny 10 zł.; budynek „Lwigród”; miejsc 57; otwarty w sezonie letnim — kierownik lekarski *dr. Stec*;

3-o *Szczawnica* — umowa z właścicielem prywatnym; całkowity koszt dzienny około 10 zł.; budynki — wille „Renata” i „Szarotka”; miejsc 42; otwarty w sezonie letnim — kierownik lekarski — *dr. Kurkiewiczowa*;

4-o *Hallerowo* — umowa z właścicielem prywatnym; całkowity koszt dzienny około 9,5 zł.; budynek — willa „Warszawianka”; miejsc 25; otwarty w sezonie letnim (3 miesiące) — kierownik lekarski — *dr. Zborowski*.

II. Zdrojowiska:

5-o *Krynica* — zakład lecznicy własny (własność Zakładu Lwowskiego); całkowity koszt dzienny około 13 zł.; budynek — „Lwigród”; miejsc 96; otwarty cały rok — kierownik lekarski — *dr. Zaremba*;

6-o *Truskawiec* — zakład leczniczy własny (własność Zakładu Lwowskiego), prowadzony na wspólny rachunek; całkowity koszt dzienny 13 — 14 zł.; budynki „Grażyna”, „Świtezianka”, „Zorza”; miejsc 95; otwarty w sezonie letnim — kierownik lekarski — *dr. Proszowski*;

7-o *Ciechocinek* — umowa z właścicielem prywatnym; całkowity koszt dzienny 10 zł.; budynek willa „Juljanówka”; miejsc 50; otwarty w sezonie letnim — kierownik lekarski — *dr. Iwanowski*;

8-o *Busko* — umowa z właścicielem prywatnym; całkowity koszt dzienny około 13 zł.; budynek — willa „Sanato”; miejsc 40; otwarty w sezonie letnim — kierownik lekarski — *dr. Budzyński*.

B. Umowy z obcymi zakładami leczniczymi:

I. Sanatorja Związku Kas Chorych:

9-o *Iwonicz* — sanatorium „Excelsior” — koszt dzienny 10 zł.; miejsc 33; otwarte cały rok;

10-o *Bystra pod Bielskiem*)

11-o *Ludwikowo pod Poznaniem*)

kontyngent roczny 200 chorych — koszt dzienny 8 zł.

12-o *Nałęczów* — zakład leczniczy otwarty cały rok, kontyngent 20 — 80 miejsc; koszt dzienny 11,5 zł.; opiekę lekarską i kontrolę z ramienia Zakładu wykonywa *dr. Ochorowicz*;

13-o *Jastrzębie Zdrój* — sanatorium inwalidzkie im. Marszałka Józefa Piłsudskiego, otwarte w sezonie letnim, kontyngent miejsc 10, koszt dzienny około 12 zł.;

14-o, 15-o, 16-o, 17-o Sanatorja przeciwgruźlicze w *Rudce, Otwocku* (sanatorium sejmikowe), *Hołosku, Obornikach*. Kontyngenty miejsc nieoznaczone; koszt dzienny — 12 — 15 zł.;

18-o, 19-o, 20-o — sporadyczne kierowanie ubezpieczonych do *Morszyna, Lubienia, Inowrocławia*;

poza tem zakłady lecznicze specjalne (kliniki, szpitale, psychiatryczne etc.).

Ogólna ilość miejsc do dyspozycji w sezonie letnim około 664.

Powyższy wykaz dowodzi, jak obszerny jest zakres zainteresowań leczniczych Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i w jak wielkim stopniu starają się te Zakłady wyzyskać dla dobra ubezpieczonych wszystkie naturalne zasoby lecznicze ziem polskich.

Rozwój lecznictwa Zakładów uwidoczniła tablica I, podająca liczby ubezpieczonych leczonych w ciągu 1930, 1931 i 1932 roku, na podstawie art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej:

TABLICA I.

Leczono osób	1930	%	1931	%	1932	%
W zakładach leczniczych własnych	1 868	100	2.352	126	2.857	153
Zakłady lecznicze obce:						
W sanatoriach przeciwgruźliczych	249	100	231	93	236	95
W innych zakładach leczniczych.	290	100	513	177	606	209
Ogółem leczenie zakładowe . . .	2 407	100	3 096	129	3.699	148
Protezy i inne leczenie	149	100	212	142	328	220
Ogółem leczonych	2 556	100	3.308	129	4.027	157

Liczby roku 1930 = 100.

Liczby powyższe wskazują, że pomimo kryzysu Zakłady były w możności zwiększyć w ciągu lat 3 kontyngent leczonych w zakładach leczniczych o 48% — wskazuje to z drugiej strony, iż kryzys wzmógł zapotrzebowanie na leczenie wogóle i zakładowe w szczególności.

Dla porównania przytoczymy z tej samej kategorii lecznictwa nieco liczb, tyjących się Czechosłowacji i Austrii.

Powszechny Zakład Pensyjny czechosłowacki leczył:

w r. 1931 6.178 ubezpieczonych
 „ „ 1932 5.667

w roku 1932, według *Stritesky'ego*, po raz pierwszy od lat 10, liczba leczonych, stale wzrastająca dotąd, zmniejszyła się, choć nieznacznie.

Austrjacki Centralny Zakład Ubezpieczeń Funkcjonariuszy Prywatnych leczył (pokrywając koszty całkowicie lub częściowo):

w r. 1931 8.593 ubezpieczonych
 „ „ 1932 7.212

i tu występuje spadek liczby leczonych. Natomiast nie można nie podkreślić, że zarówno w Czechosłowacji jak i w Austrii liczba leczonych jest większa, niż w Polsce. Dowodzi to, że polskie Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych nie doszły jeszcze do poziomu nasycenia potrzeb swoich ubezpieczonych w zakresie lecznictwa.

Na tablicy II uwidoczniono podział leczonych w roku 1932 według grup chorobowych i Zakładów Ubezpieczeń, które przesyłały ich na leczenie.

TABLICA II.
Podział według grup chorobowych i Zakładów U. P. U. w r. 1932.

Grupy chorobowe	Warszawa			Lwów			Poznań			Królewska Huta			Ogółem		
	Z a k ł a d y			U. P. U.			U. P. U.			U. P. U.			Ogółem		
	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%	osób
I. Gruźlica narządu oddechowego	317	35,46	35	3,45	307	30,10	110	14,29	769	20,79					
II. Inne choroby narządu oddechowego	56	6,26	301	29,66	50	4,90	147	19,09	554	14,98					
III. Gościec sławowy	338	26,62	26	2,56	60	5,88	87	11,30	411	11,11					
IV. Inne sprawy gośćcowe	20	2,24	11	1,08	28	2,75	25	3,25	84	2,27					
V. Choroby przemiany materji i ogólne	50	5,59	280	27,59	125	12,25	32	4,16	487	13,17					
VI. Choroby układu dokrewnego	23	2,57	3	0,30	30	2,94	4	0,52	60	1,62					
VII. Choroby układu nerwowego	133	14,88	170	16,75	213	20,88	81	10,52	379	10,14					
VIII. Choroby krwi i organów krwiotwórczych	4	0,45	5	0,49	51	5,00	99	12,85	159	4,30					
IX. Choroby układu krążenia	52	5,82	54	5,32	78	7,65	140	18,18	324	8,76					
X. Choroby narządu trawienia	—	—	59	5,81	35	3,43	32	4,15	126	3,41					
XI. Choroby weneryczne (Poznań — wen. i dróg moczow.)	—	—	—	—	20	1,97	2	0,26	22	0,59					
XII. Choroby kobiece	1	0,11	71	6,99	23	2,55	11	1,43	106	2,86					
Ogółem	894	100	1,015	100	1,020	100	100	100	3,699	100					

TABLICA III.
Podział leczonych według Zakładów U. P. U., płci i wieku w r. 1932.

Wiek leczonych	Warszawa			Lwów			Poznań			Królewska Huta			Ogółem						
	m			k			m			k			m			k			
	m	%	k	m	%	k	m	%	k	m	%	k	m	%	k	m	%	k	
poniżej 20 lat	4	1,08	7	1,33	2	0,47	8	2,30	13	1,93	16	3,21	18	6,64	30	1,82	38	1,85	
21 — 30	109	29,46	233	44,47	87	20,28	268	45,73	159	45,69	420	62,50	136	27,25	163	60,15	491	29,83	
31 — 40	138	37,30	166	31,68	201	46,85	243	41,47	111	31,90	177	26,34	147	29,46	71	26,20	597	36,27	
41 — 50	77	20,81	89	16,98	84	19,58	58	9,90	49	14,08	45	6,70	120	24,05	15	5,53	330	20,05	
51 — 60	39	10,54	29	5,54	51	11,89	16	2,75	20	5,75	17	2,53	80	16,03	4	1,48	190	11,54	
ponad 60 lat	2	0,81	—	—	4	0,93	1	0,17	1	0,28	—	—	—	—	8	0,49	1	0,05	
Ogółem	370	100,0	524	100,0	429	100,0	586	100,0	348	100,0	672	100,0	499	100,0	271	100,0	1,646	100,0	
																		2,053	100,0

Gruźlica łącznie z chorobami dróg oddechowych, daje największy kontyngent leczonych, bo 35,77% ogólnej liczby; w poszczególnych Zakładach te dwie grupy chorobowe łącznie dają bardzo zbliżone do siebie odsetki chorych leczonych z powodu gruźlicy w stosunku do ogółu leczonych.

- Zakład Warszawski — 41,72% ogółu leczonych,
- „ Lwowski — 33,11% ogółu leczonych,
- „ Poznański — 35,0% ogółu leczonych,
- „ w Królewskiej Hucie — 33,38% ogółu leczonych.

Najliczniejszą z kolei grupę stanowią choroby układu nerwowego, a mianowicie 16,14% ogółu leczonych; dalej choroby gośćcowe — 13,38% i choroby przemiany materji — 13,17%; przypadki chorób układu krążenia dają niewielki stosunkowo odsetek — 8,76% ogółu leczonych; tłumaczy się to zapewne tą okolicznością, iż osoby w wieku powyżej lat 50 stanowią niewielki odsetek ogółu leczonych w roku 1932, a mianowicie 12,0% ogółu leczonych mężczyzn, a 3,27% ogółu leczonych kobiet; przeważająca większość leczonych należy do grupy osób w wieku od lat 21 do 51 — stosunki te ilustruje tablica III.

Wśród ubezpieczonych leczonych przez czechosłowacki Zakład Pensyjny odsetek leczonych z powodu gruźlicy (wszystkie postacie) wyniósł:

w r. 1931	23,7%
w r. 1932	27,4%

Według opinji *d-ra Stritesky'ego* „leczenie gruźlicy, a przede wszystkim gruźlicy płuc stanowiło naczelne zadanie Zakładu“.

Najliczniejszą z kolei grupę stanowiły choroby gośćcowe, a mianowicie:

w r. 1931	14,3%	ogółu leczonych
„ „ 1932	18,8%	„

dalej choroby układu nerwowego (w Czechosłowacji leczy się jedynie neurastenję i newrozy czynnościowe, układu wegetacyjnego i pochodzenia hormonowego), a mianowicie:

w r. 1931	11,9%
„ „ 1932	12,4%

Leczono wogóle:

	w r. 1931	w r. 1932
gruźlicy	1.469 przyp.	1.555 przyp.
chorób gośćcowych	886 "	1.069 "
„ układu nerwowego	741 "	698 "
innych chorób	94 "	108 "
kuracji wypoczynkowej udzielono w	1.534 "	1.241 "
protez zębowych udzielono w . . .	1.972 "	2.167 "
„ ortopedycznych udzielono w .	96 "	70 "

W Centralnym Zakładzie Austriackim odsetek leczonych z powodu gruźlicy:

w r. 1931	18,6%
„ „ 1932	16,5%

z powodu chorób gośćcowych:

w r. 1931	39,1%
„ „ 1932	45,7%

z powodu chorób narządu trawienia:

w r. 1931	7,4%
„ „ 1932	6,2%

z powodu chorób serca:

w r. 1931	— 6,1%
„ „ 1932	— 6,1%

z powodu chorób układu nerwowego:

w r. 1931	— 3,4%
„ „ 1932	— 4,6%

Leczono wogóle:

	w r. 1931	w r. 1932
gruźlicy	1.606 przyp.	1.195 przyp.
chorób gośćcowych	3.368 "	3.297 "
chorób narządu trawienia	640 "	452 "
„ serca	527 "	443 "
„ układu nerwowego	290 "	338 "
innych chorób	1.587 "	1.278 "
kuracji wypoczynkowych udzielono w	451 "	29 "
dzieci leczono	123 "	72 "

TABLICA IV.
Podział według płci, wieku i grup chorobowych — rok 1932.

Grupa chorobowa	Mężczyźni w wieku lat						Kobiety w wieku lat						
	do 20	21—30	31—40	41—50	51—60	ponad 60	do 20	21—30	31—40	41—50	ponad 50	razem	%
I. Gruźlica narządu oddechowego . . .	10	178	114	20	4	—	12	305	108	13	5	443	21,58
II. Inne choroby narządu oddechowego . . .	10	84	92	31	12	—	9	194	104	15	3	325	15,83
III. Gościec stawowy . . .	—	25	57	69	38	2	1	47	81	68	23	220	10,72
IV. Inne sprawy gościcowe . . .	—	12	16	10	8	2	—	11	18	6	1	36	1,75
V. Choroby przemiany materii ogólne . . .	2	34	74	48	44	1	3	138	95	32	16	284	13,83
VI. Choroby układu dokrewnego . . .	—	2	2	2	2	—	1	32	13	5	1	52	2,53
VII. Choroby układu nerwowego . . .	2	82	132	52	11	—	6	173	107	27	5	318	15,49
VIII. Choroby krwi i organów krwiotwórczych . . .	3	27	18	7	2	—	4	73	17	6	2	102	4,97
IX. Choroby układu krążenia . . .	3	29	59	60	59	3	1	47	34	19	10	111	5,40
X. Choroby narządu trawienia . . .	—	16	26	27	9	—	—	21	18	8	1	48	2,33
XI. Choroby weneryczne (Poznań—wien. i dróg moczowych) . . .	—	2	7	4	1	—	1	5	3	—	—	8	0,39
XII. Choroby kobiece . . .	—	—	—	—	—	—	—	38	59	8	—	106	5,16
Ogółem . . .	30	491	597	330	190	8	38	1.084	657	207	67	2.053	100,0

Zakład Ubezpieczeń Funkcjonariuszy Prywatnych Rzeszy Niemieckiej w okresie od roku 1928 — 1931 leczyl:

gruźlicy płuc	50.504	przyp.	27,85%	ogółu lecz. ¹⁾
chorób układu nerwowego .	42.249	"	23,30%	" "
" serca i naczyń . . .	17.469	"	9,63%	" "
" gośćcowych	11.394	"	6,28%	" "
" moczopłciowych . . .	8.345	"	4,60%	" "
" dróg oddechowych				
bez gruźlicy	6.136	"	3,38%	" "
innych chorób	45.267	"	24,96%	" "
R a z e m	181.364	"		

Leczono według lat:

w r. 1928	38.716	ubezpieczonych
" " 1929	45 221	"
" " 1930	49.007	"
" " 1931	48.316	"

Wyżej przytoczone liczby stwierdzają, iż gruźlica daje największy kontyngent leczonych w ubezpieczeniu polskim, czechosłowackim i niemieckim, natomiast w Austrii na pierwszy plan wysuwają się choroby gośćcowe; największy odsetek gruźlicy mają polskie Zakłady U. P. U.

Choroby gośćcowe stanowią tak poważny odsetek wśród ubezpieczonych, leczonych w Polsce, Czechosłowacji i Austrii, iż niesłusznie byłoby lekceważyć je jako czynnik niezdolności do pracy u pracowników umysłowych; wymagają one należytej uwagi, a wysoki ich odsetek w Austrii tłumaczyć można zapewne większą starannością, z jaką traktuje się chorych gośćcowych w tym kraju.

Podział ubezpieczonych, leczonych u nas w roku 1932 według wieku i płci (tabl. IV) wykazuje z jednej strony przewagę gruźlicy w la-

¹⁾ Zasługuje na podkreślenie spadek odsetka leczonych na gruźlicę wśród ubezpieczonych pracowników umysłowych Rzeszy Niemieckiej:

Odsetek leczonych na gruźlicę wśród ogółu leczonych pracowników umysłowych tego Państwa wynosił (według *Pohlana*):

w roku 1924 —	45,2%	w roku 1925 —	35,0%
" " 1926 —	35,6%	" " 1927 —	33,2%
" " 1928 —	32,6%	" " 1929 —	27,9%
" " 1930 —	26,2%	" " 1931 —	25,6%

Spadek wynosi więc 43,4% w ciągu lat 8, przyczem lata kryzysu nie wpłynęły na zahamowanie tego procesu.

tach pomiędzy 21 a 41 rokiem życia ze znacznie większą zapadalnością kobiet ¹⁾, a chorób układu nerwowego między 21 a 51 rokiem życia zarówno u mężczyzn jak u kobiet, z drugiej strony — przewagę zaburzeń układu krążenia u mężczyzn między 31 a 60 rokiem życia, podczas gdy u kobiet zaburzenia te po 40-tym roku życia występują rzadziej, niż w latach poprzednich; *odsetek tych chorób u kobiet jest dwa razy mniejszy, niż u mężczyzn*; choroby gośćcowe występują u obu płci nieomal w jednakowym nasileniu i w tym samym wieku. Stosunki te przedstawiają się wśród ubezpieczonych, leczonych przez Zakład Ubezpieczeń Funkcjonariuszy Prywatnych Rzeszy Niemieckiej w okresie od 1928 do 1931 roku w sposób następujący:

	mężczyźni	kobiety
Gruźlica płuc	25,01 ⁰ / ₀	30,53 ⁰ / ₀
Choroby układu nerwowego	18,89 ⁰ / ₀	27,46 ⁰ / ₀
„ serca i naczyń	13,36 ⁰ / ₀	6,12 ⁰ / ₀
„ gośćcowe	6,09 ⁰ / ₀	6,46 ⁰ / ₀
„ moczopłciowe	4,22 ⁰ / ₀	4,95 ⁰ / ₀

I tu, analogicznie do Polski występuje znaczna różnica w nasileniu chorób układu naczyniowego na niekorzyść mężczyzn; znaczna przewaga chorób układu nerwowego wśród kobiet w Polsce nie zachodzi.

O ile idzie o gruźlicę, to, według obliczeń *Pohlana*, maksimum przypadków wśród kobiet jest *dwukrotnie* tak wysokie jak wśród mężczyzn; *przeciętnie* liczba leczonych przypadków gruźlicy była wyższa wśród kobiet, niż wśród mężczyzn

w r. 1927	o 92 ⁰ / ₀
„ „ 1930	„ 74 ⁰ / ₀

w zestawieniu według wieku w roku 1927 w grupie wieku od lat 28 — 32 maksimum gruźlicy kobiecej przewyższało maksimum gruźlicy męskiej o 237%, w roku 1930 grupie wieku od lat 38 — 42 — o 112%.

¹⁾ Według sprawozdania p. d-ra *Z. Czaplckiego*, kierownika lekarskiego Domu Zdrowia w Zakopanem, liczba kobiet leczonych w tym zakładzie z powodu gruźlicy wzrasta:

w roku 1930	odsetek kobiet leczonych wynosił	56,97%
„ „ 1931	„ „ „ „	59,56%
„ „ 1932	„ „ „ „	62,42%

Stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wśród ubezpieczonych, skierowanych na leczenie przez nasze Zakłady Ubezpieczeń w r. 1932, przedstawia się jak następuje:

TABLICA V.

Zakłady	mężczyzn	%	kobiet	%
Warszawa	370	41,39	524	58,61
Lwów	429	42,27	586	57,73
Poznań.	348	34,12	672	65,88
Królewska Huta .	499	64,81	271	35,19
Razem	1 646	44,5	2 053	55,5

Liczby tu podane potwierdzają znane skądinąd zjawisko o mniejszej odporności fizycznej kobiet na trudy, związane z pracą zawodową, wyjątek stanowi u nas teren Zakładu w Królewskiej Hucie.

Na terytorjum Rzeszy Niemieckiej w okresie 1928 — 1931 roku leczyło się na koszt Centralnego Zakładu Ubezpieczeń Funkcjonariuszy Prywatnych 88,094 (= 48,57%) mężczyzn i kobiet 93,270 (= 51,43%).

W jakim stopniu stosujemy na naszym terenie racjonalne leczenie w poszczególnych postaciach chorobowych—może dać na to odpowiedź kalkulacja dni leczenia, przypadających na jedną osobę leczoną; w leczeniu *gruźlicy* mamy normy następujące, stosowane w ciągu 1932 r. przez poszczególne Zakłady Ubezpieczeń:

1-o Sanatorja przeciwgruźlicze obce:

Zakłady	dni leczenia na jednego chorego
Poznański	44,69
Lwowski	47,8
w Król. Hucie	74,78
Warszawski	105,3

2-o Domy Zdrowia własne albo wdzierżawione.

a) Dom Zdrowia „Warszawianka“ w Zakopanem.

Zakłady	dni leczenia na jednego chorego
Poznański	32,6
Lwowski	36,1
Warszawski	64,0
w Król. Hucie	43,8

b) *Dom Zdrowia w Szczawnicy.*

Zakłady	dni leczenia na jednego chorego
Lwowski	29,5
Poznański	30,2
Warszawski	31,8
w Król. Hucie	37,4

Należy zaznaczyć, że do sanatorjów przeciwgruźliczych kierowane są naogół cięższe przypadki gruźlicy, do domów zdrowia w Zakopanem i w Szczawnicy — przypadki początkowe i lżejsze; w pierwszym wypadku rozpiętość między 44,69 a 105,3 dni leczenia jest niewątpliwie zbyt duża, a różnice między poszczególnymi Zakładami, o ile idzie o okresy leczenia, nie są naogół dostatecznie zrozumiałe — *szwankują* tu zapewne wskazania lekarskie; w drugim wypadku nasuwa się poważna wątpliwość, czy istotnie 30-dniowy przeciętny okres leczenia nawet początkującej gruźlicy jest dostateczny, o ile leczenie w domach zdrowia drugiej grupy nie ma być raczej zwykłą kuracją wypoczynkową. Oczywiście należy wciąż poważnie brać pod uwagę tę okoliczność, iż chorzy na gruźlicę w okresach początkowych, o ile mogą pracować, z jednej strony zwykle nie mają możliwości uzyskania dłuższego urlopu od swych pracodawców, z drugiej — obawiają się ujawniania swej choroby ze względu na niebezpieczeństwo utraty zajęcia, co skłania ich do domagania się jaknajszybszego opuszczenia zakładu leczniczego nawet ze szkodą dla zdrowia ¹⁾).

¹⁾ W sprawozdaniu d-ra *Czaplickiego* z Domu Zdrowia w Zakopanem znajdujemy uwagę następującą w sprawie składu pracowników umysłowych, leczonych w tym zakładzie w roku 1932:

„Ogromna większość była lekko chorych, których kilkotygodniowe leczenie klimatyczne, dietetyczne i *spoczynkowe* (podkr. *nasze*) doprowadziło do pełnego zdrowia lub poprawiło na tyle, że mogą pracować w swoim zawodzie dłuższy czas bez obawy nawrotu choroby”.

Z drugiej strony dr. *B. Stec*, kierownik lekarski Domu Zdrowia w Jaremczu, pisze w swoim sprawozdaniu za rok 1931, iż leczeni w tym zakładzie chorzy z phtisis fibro-caseosa confl. opuścili Jaremcze bez poprawy i „wyjechali wszyscy z wilgotnymi rżeniami w płucach”, gdyż „pobyt 1½ — 2 miesięczny był dla nich za krótki”.

Wydaje się więc niewątpliwie, iż o ile pobyt 30-dniowy w Zakopanem wystarcza i daje dobre i obiecujące wyniki, jako leczenie zapobiegawcze, o tyle dla leczenia zdeklarowanych przypadków gruźlicy średniego stopnia kilka tygodni pobytu w domu zdrowia wystarczyć nie może. Takie zarządzenie lecznicze nie może być uznane za celowe.

Zaznaczyć należy, iż Austrjacki Zakład Ubezpieczeń leczył swoich chorych gruźliczych przeciętnie po 92 dni na chorego w roku 1931 i po 103,6 dnia na chorego w roku 1932, zaś Zakład Ubezpieczeń Rzeszy Niemieckiej:

w r. 1925	po 80 dni na chorego
" " 1926	" 86 " " "
" " 1927	" 91 " " "
" " 1928	" 96 " " "
" " 1929	" 102 " " "
" " 1930	" 105 " " "
" " 1931	" 110 " " "
" " 1932	" 112 " " "

zaś leczonych na inne choroby:

w r. 1928	po 31 dni na chorego
" " 1929	" 30 " " "
" " 1930	" 30 " " "
" " 1931	" 30 " " "
" " 1932	" 31 " " "

o ile więc leczenie sanatoryjne gruźlicy u naszych ubezpieczonych w porównaniu z innymi państwami przedstawia się jeszcze bardziej, niż skromnie pod względem jego okresu trwania, o tyle okres leczenia innych chorób odpowiada stosunkom zachodnio - europejskim.

Przeciętny okres leczenia w zakładach leczniczych, przeznaczonych dla innych grup chorobowych wynosił w roku 1932:

„Lwigród“ w Truskawcu	31,3 dnia
„Grażyna“ w Truskawcu	32,4 "
„Sanato“ w Busku	28,2 "
„Excelsior“ w Iwoniczu	34,0 "
w Nałęczowie	33,8 "

Okresy te odpowiadają naogół wskazaniom lekarskim i mogą być uważane za dostateczne, aby osiągnąć zadowalający wynik kuracji; możnaby się jedynie zastrzec co do okresu leczenia niektórych chorób układu nerwowego oraz chorób narządu krążenia, które wymagają najczęściej kuracji znacznie dłuższej.



Wyniki leczenia, przeprowadzonego u ubezpieczonych w naszych Zakładach w r. 1932 przedstawia tablica VI.

Co się tyczy gruźlicy, to w r. 1932 osiągnięto 2,09% wyleczeń, poprawę zaś w 82,66% przypadków; stan pozostał bez zmiany u 11,47% chorych; pogorszenie nastąpiło u 1,17% chorych.

Według *dra Stritesky'ego* w Zakładzie czechosłowackim wyniki leczenia gruźlicy były następujące:

	wyleczenie	bez poprawy
w r. 1931	około 8 ⁰ / ₀	powyżej 16 ⁰ / ₀ ;

Według sprawozdań urzędowych Centralnego Austriackiego Zakładu Ubezpieczeń:

w r. 1931	osiągnięto poprawę w	94 ⁰ / ₀ przypadków
" " 1932	" " "	92,7 " "

Niemiecki Zakład Ubezpieczeń miał następujące wyniki leczenia gruźlicy:

	wyleczenie	poprawa	bez poprawy	zmarło podczas leczenia
w r. 1928	9,9 ⁰ / ₀	81,8 ⁰ / ₀	7,9 ⁰ / ₀	0,4 ⁰ / ₀
" " 1929	9,0 ⁰ / ₀	83,1 ⁰ / ₀	7,4 ⁰ / ₀	0,5 ⁰ / ₀
" " 1930	8,4 ⁰ / ₀	83,3 ⁰ / ₀	7,7 ⁰ / ₀	0,6 ⁰ / ₀
" " 1931	9,2 ⁰ / ₀	82,0 ⁰ / ₀	8,2 ⁰ / ₀	0,6 ⁰ / ₀

Odsetek wyleczeń jest u nas mniejwięcej 4 razy mniejszy niż w Czechosłowacji i w Niemczech; z zastrzeżeniem różnic w ocenie terminu „wyleczenie” w gruźlicy możnaby przypisać nasze gorsze wyniki zbyt krótkiemu przeciętnemu okresowi leczenia u nas.

Leczenie innych chorób dało u nas w r. 1932 następujące wyniki (obliczone według odsetków, podanych na tablicy VI po potrąceniu odsetków, tyjących się wyników leczenia gruźlicy):

wyleczenie	10,1 ⁰ / ₀
poprawa	82,8 ⁰ / ₀
bez zmiany albo pogorszenia	6,8 ⁰ / ₀

Wyniki te w Niemczech przedstawiają się jak następuje:

	wyleczenie	poprawa	bez poprawy	zgon
r. 1928	15,1 ⁰ / ₀	82,1 ⁰ / ₀	2,7 ⁰ / ₀	0,1 ⁰ / ₀
" 1929	12,6 ⁰ / ₀	84,5 ⁰ / ₀	2,8 ⁰ / ₀	0,1 ⁰ / ₀
" 1930	13,0 ⁰ / ₀	83,7 ⁰ / ₀	3,2 ⁰ / ₀	0,1 ⁰ / ₀
" 1931	13,8 ⁰ / ₀	83,1 ⁰ / ₀	3,0 ⁰ / ₀	0,1 ⁰ / ₀
przeciętnie	13,6 ⁰ / ₀	83,4 ⁰ / ₀	2,9 ⁰ / ₀	0,1 ⁰ / ₀

Wyniki osiągnięte przez nasze zakłady lecznicze niewiele różnią się od wyników *zakładów leczniczych niemieckich*.

Wskazania lecznicze naszych uzdrowisk na podstawie doświadczeń Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Okres działalności leczniczej polskich Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych jest jeszcze zbyt krótki, aby można było na podstawie doświadczeń z niej czerpanych, wyciągać już konkretne wnioski w sprawie wskazań leczniczych naszych uzdrowisk w stosunku do naszych ubezpieczonych.

Tytułem próby podajemy tu wskazania do leczenia w niektórych uzdrowiskach polskich, oparte na sprawozdaniach lekarzy — kierowników domów zdrowia, z których korzystali ubezpieczeni członkowie Zakładów.

Busko — według *dra E. Budzyńskiego*, kierownika lekarskiego domu zdrowia „Sanato” w Busku, (sprawozdanie za rok 1932) do leczenia w tym uzdrowisku nadają się: sprawy gośćcowe, dna, newralgie i zapalenia nerwów, choroby skórne, kiła, zaburzenia przemiany materji;

czterotygodniowa kuracja jest wystarczająca w 75% przypadków z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia w niektórych przypadkach; jednorazowa kuracja może być wystarczająca tylko w lekkich przypadkach; zasadniczo należy uznać za konieczną 2-letnią kurację w dwóch następujących po sobie latach;

wobec wyczerpującego charakteru kuracji w Busku każdy chory po jej ukończeniu winien otrzymać 1 — 2 tygodniowe zwolnienie od pracy. Przeciętna ilość zabiegów, przypadających na jednego chorego wynosiła w r. 1932:

1-o kąpeli siarczano - solankowych	— 17
2-o kąpeli mułowych	— 4
3-o kąpeli sztucznych (kwaso - węglowych, jodobromowych)	— 4
4-o zabiegów innych (masaż etc.)	— 5

chorzy wyjeżdżają często zmęczeni forsowną kuracją kąpielową, z objawami obostrzenia sprawy chorobowej; poprawa występuje nierzadko dopiero po upływie 2 — 3 miesięcy.

Jaremcze — Kierownik lekarski domu zdrowia „Lwigród”: — *dr. B. Stec* — podaje wskazania następujące (sprawozdanie za rok 1931): phthisis pulmonum incipiens, lymphadenitis chron. et peribronchitis, bronchitis, emphysema pulmonum — lżejsze postacie, asthma bronchiale, przewlekłe zapalenie górnych dróg oddechowych (leczenie inhalacjami w Delatynie), rekonwalescencja po zapaleniu płuc, opłucnej, przebytych chorobach zakaźnych, po operacjach, choroba Basedowa — lekkie postacie, vitium cordis (skompensowane), neurastenja.

TABLICA VI.

Podział leczonych według grup chorobowych i wyników leczenia w r. 1932.

Grupy chorób	Liczba leczonych	Wyniki leczenia						Przeszło na r. 1933		Razem wyleczonych i z poprawą			
		wyleczeni		bez zmian		pogorsz.		osób	%	osób	%		
		osób	%	osób	%	osób	%						
I. Gruzlica narządu oddechowego	765	16	2,09	88	11,47	9	1,17	20	2,61	650	84,75		
II. Inne choroby narządu oddechów.	555	7	1,26	49	8,84	1	0,18	1	0,18	504	90,80		
III. Gościec stawowy	411	2	0,49	393	95,62	1	0,24	—	—	395	96,11		
IV. Inne sprawy gościcowe	87	2	2,30	80	91,95	5	5,75	—	—	82	94,25		
V. Choroby przem. materji i ogólne	493	25	5,07	421	85,40	47	8,53	—	—	446	90,47		
VI. Choroby układu dokrewnego	60	9	15,0	49	81,67	1	1,66	—	—	58	96,67		
VII. Choroby układu nerwowego.	594	91	15,32	462	77,78	35	5,89	5	0,84	553	93,10		
VIII. Choroby krwi i organów krwiotw.	158	40	25,32	111	70,25	7	4,43	—	—	151	95,57		
IX. Choroby układu krążenia.	324	17	5,25	267	82,41	39	12,04	1	0,30	284	87,66		
X. Choroby narządu trawienia	126	11	8,73	103	81,75	12	9,52	—	—	114	90,48		
XI Choroby weneryczne (Poznań — wen. i dróg moczowych).	22	3	13,64	17	77,27	2	9,09	—	—	20	91,11		
XII Choroby kobiece.	102	19	18,73	19	77,45	4	3,92	—	—	98	96,18		
Ogółem.	3,699	242	6,54	3,113	84,16	304	8,22	17	0,46	23	0,62	3,355	90,7

Uzdrowisko nadmorskie „Jurata“ — według opinii kierownika lekarskiego dra *A. Kurkiewiczowej* (sprawozdanie za r. 1932) do leczenia w sanatorjach nadmorskich nadają się przypadki: niedokrwiistości, nieżytyłów przerosłowych górnych dróg oddechowych, gruźlicy gruczołowej, gruźlicy kości, psychonerwic (lżejsze postaci), typu depresyjnego, stanów przemęczenia i wyczerpania ogólnego, rekonwalescencji po zakażeniach dróg oddechowych (grypa).

Przeciwwskazanie stanowią przypadki: gruźlicy płuc otwartej, ostrych i przewlekłych schorzeń stawów, przewlekłych cierpień nerek i narządów moczopłciowych, zaburzeń psychicznych.

W miarę gromadzenia się dalszych doświadczeń będzie można niewątpliwie ustalić wskazania i dla innych uzdrowisk, a podanie wyżej uzupełnić albo zmodyfikować.

Koszty leczenia z tytułu art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej.

Jak wyżej wzmiankowaliśmy w końcu roku 1929 Zarząd Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych określił sumę wydatków na leczenie z tytułu art. 61 na zł. 1.600.000 na rok 1930 i ustalił podział tej sumy na koncie poszczególnych Zakładów. Od tego czasu, pomimo zwiększania się liczby ubezpieczonych, którym przyznawano leczenie na podstawie art. 61, wydatki na to leczenie obracały się stale w powyższych granicach z małemi odchyleniami. Nie mogąc, ze względu na kryzys gospodarczy, sumy tej powiększyć, a chcąc zapewnić w jej granicach leczenie dla większej liczby ubezpieczonych Zarząd Związku, w porozumieniu z Zakładami, uchwalił w dn. 30 grudnia 1930 r. „Zasady (znowelizowane uchwałą z 18 grudnia 1931 r.) pociągania ubezpieczonych do ponoszenia kosztów leczenia w zakładach leczniczych”; do ponoszenia tych opłat pociągnięci zostali ci ubezpieczeni leczeni na mocy art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, którzy sami zgłosili wniosek o leczenie, a mają prawo do wynagrodzenia ze strony pracodawcy w czasie leczenia i mogą ze względu na swoje położenie materialne i stan rodzinny opłaty dodatkowe uiścić. Na opłaty te składają się koszty podróży, koszty taks kuracyjnych oraz dopłata dzienna za utrzymanie w zakładach leczniczych, wahająca się w granicach od 1 do 6 zł. dziennie (dla najwyższych grup zarobkowych); dla utrzymujących rodzinę — od 1 do 4 zł. dziennie.

W roku 1932 Zakłady Ubezpieczeń wydały na leczenie ubezpieczonych z tyt. art. 61 ogółem zł. 1.557.354; zaoszczędzenia na prelimi-

nowanej sumie zł. 1.600.000 wyniosły więc zł. 42.646; tytułem dopłat ubezpieczeni wpłacili zł. 173.951 gr. 76; ponieważ na 3.699 ubezpieczonych, leczonych w zakładach leczniczych w ciągu 1932 r., pociągnięto do dopłat 2.923 osoby, na jednego dopłacającego wypadło przeciętnie zł. 53 gr. 71 — suma ta równa się przeciętnie zaledwie pokryciu kosztów podróży do uzdrowisk.

Dla porównania podajemy tu koszty leczenia w Zakładach Ubezpieczeniowych zagranicznych.

Czechosłowacki Powszechny Zakład Pensyjny:

Wydatki na leczenie ubezpieczonych wyniosły:

- w r. 1931 — koron czeskich 9.400.000 — w tem na leczenie gruźlicy płuc kor. 6.250.000.
 w r. 1932 — koron czeskich 9.933.000 — w tem na leczenie gruźlicy płuc kor. 6.500.000.

Austrjacki Centralny Zakład Ubezpieczeń Funkcjonarjuszy Prywatnych:

wydatki na leczenie:

w r. 1931	szylingów austr.	2.162.687 gr. 92
" " 1932	" "	1.313.562 " 0,8

Zakład Austrjacki posiada własne sanatorium do leczenia gruźlicy w Grimmenstein oraz domy zdrowia w Bad Schallerbach, Bad Hall, Hofgastein i w Karlsbadzie oraz dom wypoczynkowy w Fölz.

Niemiecki Zakład Ubezpieczeń Funkcjonarjuszy Prywatnych:

wydatki na leczenie:

		marek niem.
w r.	1928	18.955.353
" "	1929	23.493.452
" "	1930	27.153.050
" "	1931	28.985.883
" "	1932	21.900.000

liczba leczonych wynosiła:

w. r. 1928	38.716
„ „ 1929	45.221
„ „ 1930	49 007
„ „ 1931	48.316
„ „ 1932	36.871

Niemiecki Zakład Ubezpieczeń miał do dyspozycji dla leczenia swoich ubezpieczonych:

	sanatorjów przeciwgruź- liczych	domów zdrowia
w r. 1928	60	73
„ „ 1931	57	63

Liczby powyższe wskazują, iż wzrost wydatków na leczenie ubezpieczonych nastąpił w r. 1932 w Czechosłowacji — natomiast w Austrii i w Niemczech stwierdzono dość znaczny spadek — zresztą w Niemczech suma wydatków na leczenie w r. 1932 jest jeszcze znacznie wyższa, niż suma wydatkowana w r. 1928, w okresie najlepszej koniunktury gospodarczej — dowodzi to z jakim poświęceniem bronią Niemcy największego dobra swoich obywateli — zdrowia. Zakłady polskie, pomimo kryzysu, utrzymują swoje wydatki na leczenie ubezpieczonych od roku 1929 na jednym i tym samym poziomie, *udzielając jednocześnie świadczeń leczniczych coraz większej liczbie ubezpieczonych*. Ta oszczędna i przeczona gospodarka, otoczona życzliwym poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej, nie tylko nie wpłynęła na pogorszenie jakości udzielanej ubezpieczonym pomocy leczniczej, ale przeciwnie, udało się nam, jak to stwierdzają sprawozdania z licznych inspekcji i lustracji dokonywanych przez doradcę lekarskiego Związku Zakładów i przez władze Związku, stan lecznictwa udoskonalić i rozwinąć urzędnictwo lecznicze oraz pozyskać zaufanie i zadowolenie ubezpieczonych z rodzaju pomocy leczniczej, zorganizowanej dla nich.

Te pomyślne wyniki naszych wysiłków zawdzięczać należy w pierwszej linii chętniej współpracy administracji ubezpieczeń pracowników umysłowych i organów lekarskich tychże, współpracy *opartej na lojalnem poszanowaniu wzajemnych kompetencji i wiadomości fachowych*. Dalszy rozwój lecznictwa leży zarówno w interesie ubezpieczonych jak i Zakładów.

Liczba ubezpieczonych.

Dla dokładniejszej oceny sum powyżej podanych, przytaczamy liczby ubezpieczonych w Polsce i zagranicą.

W polskich Zakładach Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych było ubezpieczonych:

w dn. 31 grudnia 1930 r.	mężczyzn	—	172.931
	kobiet	—	74.244
	ogółem	—	247.175 ubezpieczonych

w tem

	mężczyzn	kobiet	razem
Królewska Huta	32.885	9.377	42.262
Lwów	32.480	14 398	46.878
Poznań	30.289	17.309	47.598
Warszawa	77.277	33.160	110.437
razem	172 931	74.244	247.175

w r. 1931	ogółem	256.075 ubezpieczonych
w dn. 31 grudnia 1932 r.		236.820 "
w „ 31 marca 1933 r.		233.803 "

W Zakładzie Czechosłowackim było ubezpieczonych:

w dn. 31 grudnia 1931 r.	326.268
„ „ „ 1932 r.	320.136

W Zakładzie Austriackim było ubezpieczonych:

w dn. 31 grudnia 1927 r.	216.986
„ „ „ 1928 r.	229.142
„ „ „ 1929 r.	240 840
„ „ „ 1930 r.	238.072
„ „ „ 1931 r.	224.928
„ „ „ 1932 r.	204.999

W Zakładzie Rzeszy Niemieckiej było ubezpieczonych: ¹⁾

w dn. 31 grudnia 1927 r.	3.120 000
„ „ „ 1928 r.	3.310.000
„ „ „ 1929 r.	3.400.000

¹⁾ wg. „Jahresbericht der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung für das Jahr 1932 — Wien 1933.

CHODZKO: UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

w dn. 31 grudnia 1930 r.	3.500.000
" " " 1931 r.	3.100 000
" " " 1932 r.	3 000.000

W porównaniu z rokiem 1927 spadek liczby ubezpieczonych wynosi 3,8%.

*Lecznictwo na podstawie art. 25 Rozporządzeni
Prezydenta Rzeczypospolitej.*

Jak wyżej wspomnieliśmy, lecznictwo na mocy art. 25 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej stanowi ustawowy obowiązek Zakładów Ubezpieczeń. Posiadamy o nim dotąd jedynie ułamkowe i niedostateczne informacje z powodu nieuregulowania statystyki tych świadczeń, wykonywanych nie bezpośrednio przez Zakłady ale za pośrednictwem Kas Chorych.

Wiadomo nam, iż Zakład Warszawski wydał na leczenie z tytułu art. 25:

w r. 1931	zł. 2.073.—
" 1932	" 1.105 27

Zakład Poznański:

w r. 1931	zł. 23 513 gr. 94
" 1932	" 29.196 " 53

Zakład Lwowski:

w r. 1931	zł. 12.610 gr. 08
" 1932	" 14 253 " 46

leczono osób:

w r. 1931	50
" " 1932	34

Zakład w Królewskiej Hucie:

w znakomicie opracowanem „Sprawozdaniu z działalności i zamknięć rachunkowych za rok 1931“, ogłoszonym przez ten Zakład, znajdujemy następujące informacje:

w r. 1930 wydatkowano zł.	1.898 gr. 41
" 1931 " "	13.907 " 97
" 1932 " "	15 341 " 83

(liczby podane przez Biuro Związku Zakładów),

przyznano leczenie z art. 25:

w r. 1931 — 22 osobom, a mianowicie:

z powodu gruźlicy płuc	8 osobom
„ chorób układu nerwowego	6 „
„ chorób narządów oddechowych	2 „
„ chorób przewodu pokarm.	1 „
„ chorób oczu	2 „
„ nieszczęśliwego wypadku .	3 „
w r. 1932	19 „

W Sprawozdaniu Zakładu w Królewskiej Hucie za rok 1931 podano:

„Wzrost wydatków na pomoc leczniczą z art. 25 nastąpił nie tylko z powodu znacznego zwiększenia się liczby korzystających ze świadczenia w mowie będącego, ale też z powodu jakości zakresu stosowanego leczenia“.

Jak widać z powyżej przytoczonych liczb, lecnictwo z tytułu art. 25 nie odgrywa dotąd poważniejszej roli w budżetach naszych Zakładów Ubezpieczeń.

Przyczyny inwalidztwa w Zakładach Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Statystyka przyczyn inwalidztwa w ubezpieczeniu pracowników umysłowych jest dotąd jeszcze w zaczątkach — informacji, poniżej podane, opracowane zostały przez Wydział Statystyczny Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych nie bez poważnego wysiłku i po przezwycięzeniu dużych trudności, spowodowanych przez tę głównie okoliczność, iż Zakłady Ubezpieczeń albo podawały po 2,3 i więcej przyczyn bez bliższego określenia przyczyny głównej albo nie podawały w wielu wypadkach żadnej przyczyny. W tym zakresie współdziałanie czynników lekarskich Zakładów i Związku z czynnikami administracyjnymi wymaga ściślejszej i dokładniejszej niż dotąd współpracy; z temi zastrzeżeniami podajemy poniższe liczby. Nadmienić należy, że przyczyny te zgrupowano w 61 działów, o których poprzednio wspominaliśmy.

Obliczenia nasze tyczą się jedynie trzech Zakładów — Królewska Huta, Lwów i Poznań, gdyż Zakład Warszawski rent inwalidzkich wypłaca jeszcze b. niewiele z powodu zbyt krótkiego czasu swego istnienia (od r. 1928).

Liczba zaszytych wypadków niezdolności do pracy przedstawia się jak następuje:

Rok rozpoczęcia poboru renty	Królewska Huta		Lwów		Poznań		Ogółem	
	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.
1930	260	20	136	32	92	30	488	84
1931	492	26	224	63	119	52	835	141
1932	557	13	234	78	117	60	908	151

Ogółem w ciągu 3 lat (1920—32) przyznano rent 2607, wtem mężczyznom 2231, kobietom 376 (stosunek 7 : 1).

Wykaz powyższy wskazuje na ciągły i dość szybki wzrost ilości rent inwalidzkich w naszych Zakładach.

Przyczyny inwalidztwa według grup chorobowych (podajemy jedynie 7 najważniejszych grup) w ciągu lat 3 (1930, 1931 i 1932) przedstawiają się w poszczególnych Zakładach jak następuje:

Liczba przypadków:

	Królewska Huta	Lwów	Poznań	Razem
Gruźlica i choroby dróg oddechowych	264	113	82	459
Choroby gośćcowe	122	22	43	187
Choroby przemiany materji	51	30	21	102
Choroby układu nerwowego	98	106	60	264
Choroby układu krążenia	554	259	169	982
Choroby narządu trawienia	65	22	13	100
Nowotwory złośliwe	4	10	8	22

Wśród przyczyn inwalidztwa wysuwają się na czoło *choroby układu krążenia*, następnie gruźlica i choroby układu nerwowego a dalej choroby gośćcowe i choroby narządu trawienia; najwięcej przypadków inwalidztwa z powodu chorób narządu krążenia stwierdza się wśród ubezpieczonych Zakładu w Królewskiej Hucie.

Według lat przyczyny inwalidztwa grupują się w sposób następujący:

Liczba przypadków:

	1930	1931	1932
Gruźlica i choroby dróg oddechowych	73	190	196
Choroby gośćcowe	39	69	79
Choroby przemiany materji	19	41	42
Choroby układu nerwowego	72	99	93
Choroby układu krążenia	163	384	435
Choroby narządu trawienia	15	41	44
Nowotwory złośliwe	5	8	9

Obliczenie powyższe wskazuje na bardzo gwałtowny w dwu ostatnich latach wzrost chorób układu krążenia i gruźlicy wśród przyczyn inwalidztwa — choroby układu krążenia występują 2 razy częściej niż gruźlica.

Podział przyczyn inwalidztwa według płci w ciągu okresu 1930—1932 przedstawia się jak następuje:

Liczba przypadków:

	mężczyźni	kobiety
Gruźlica i choroby dróg oddechowych	373	86
Choroby gośćcowe	167	20
Choroby przemiany materji	74	28
Choroby układu nerwowego	202	62
Choroby układu krążenia	900	82
Choroby narządu trawienia	91	9
Nowotwory złośliwe	15	7

Liczby te wskazują, iż mężczyźni w porównaniu z kobietami ulegają inwalidztwu:

z powodu	w stosunku	zgóra	4:1
gruźlicy i chorób dróg oddech.			
„ chorób gośćcowych	„	„	8:1
„ chorób przemiany materji	„	około	3:1
„ chorób układu nerwowego	„	zgóra	3:1
„ chorób układu krążenia	„	około	11:1
„ chorób narządu trawienia	„	zgóra	10:1
„ nowotworów złośliwych	„	„	2:1

Zważywszy, że w 3 Zakładach Ubezpieczeń o których mowa, stosunek ubezpieczonych mężczyzn do kobiet jest jak 3 — 4 : 1 można stwierdzić, iż jedynie gruźlica oraz choroby dróg oddechowych, choroby przemiany materji i choroby układu nerwowego jako przyczyny inwalidztwa odpowiadają liczbowemu stosunkowi obu płci — natomiast mężczyźni mają niewspółmierną przewagę w dziedzinie chorób układu krążenia (kiła i alkoholizm?), chorób narządu trawienia (alkoholizm?) i chorób gośćcowych (większe uleganie wpływom atmosferycznym wskutek częstszego przebywania na powietrzu?); w zakresie zapadalności nowotworowej przewagę mają kobiety (nowotwory złośliwe narządów rodnych?).

Jakkolwiek więc, jak wykazaliśmy poprzednio, *kobiety* naogół chorują więcej niż mężczyźni, to jednak, *jako kandydatki do rent inwalidzkich obciążają Zakłady Ubezpieczeń, jak się wydaje, w znacznie mniejszym stopniu.*

Nasuwa się pytanie, czy ze względu na częste występowanie chorób układu krążenia i chorób narządu trawienia jako przyczyn inwalidztwa wśród mężczyzn *Zakłady Ubezpieczeń nie powinnyby we własnym interesie popierać finansowo instytucje walczące z chorobami wenerycznymi i z alkoholizmem.* Wkraczamy już tutaj w dziedzinę profilaktyki.

Dotychczas głównym tematem naszych rozważań było leczenie, stosowane w Zakładach Ubezpieczeń na podstawie art. 61 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, czyli t. zw. w języku ubezpieczeniowym „leczenie zapobiegawcze”, leczenie mające na celu zapobieżenie przedwczesnemu inwalidztwu.

Natomiast profilaktyka sensu stricto jako zapobieganie powstawaniu chorób jest dotąd zaniedbanym kopcuszkim w naszych ubezpieczeniach długoterminowych; pewien wyjątek stanowią tu może ubezpieczenie od wypadków, którym zapobieganie stało się już przedmiotem uchwał i zaleceń XII Sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy, odbytej w Genewie w r. 1929, formułujących konieczność zapobiegawczej walki z wypadkowością w zakładach pracy.

Być może, iż jak ubezpieczenia od wypadków wyprzedziły inne postacie ubezpieczeń społecznych pod względem okresu powstawania, i profilaktyka wypadkowa utoruje drogę profilaktyce w ubezpieczeniach długoterminowych innych typów.

Już od pierwszej chwili powstania Związku Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wysunięto szeroko ujęty program akcji zapobiegawczej Zakładów Ubezpieczeń, który jednakże, pomimo życzli-

wego poparcia z wielu stron, nie mógł być zrealizowany głównie w obawie komplikacyj związanych z nasuwającym się kryzysem gospodarczym. Pomimo tego pierwszego niepowodzenia, sprawa ta powracała wciąż w dyskusjach odbywanych w łonie Zarządu Związku przy okazji omawiania spraw leczniczych w Zakładach Ubezpieczeń. Trzy punkty stanowią przedmiot największego zainteresowania w tej dziedzinie

1-o sprawa tworzenia domów wypoczynkowych, która mogłaby być łatwo rozwiązana przez subsydjowanie Związków Zawodowych Pracowników Umysłowych, pragnących domy takie zakładać. Domy takie posiadają ubezpieczeni pracownicy umysłowi w Czechosłowacji, w Austrii i w Niemczech.

2-o sprawa higieny biur i miejsc pracy pracowników umysłowych — na doniosłość sprawy warunków zdrowotnych pracy zwraca szczególną uwagę *dr. Bujalski*, który tak charakteryzuje jej stan obecny:

„Niedbałość o stworzenie odpowiednich warunków pracy cechuje znaczną większość instytucji i przedsiębiorstw nietylko prywatnych, ale i państwowych i społecznych. Obok wspaniale urządzonych żłobków dla niemowląt widzimy okropnie zaniedbane miejsca pracy pracowników umysłowych, których rodzaj pracy, ze względu na związany z nią poważny wysiłek nerwowy, wymaga dobrego higienicznego otoczenia tak dla ich zdrowia, jak i wydajności pracy”.

Zarządzenia ustawodawcze, opracowanie naukowe zagadnienia i praktyczna praca instrukcyjna na terenie biur przyczyniłyby się wiele do poprawy tych stosunków, pociągnęłyby za sobą automatyczne ograniczenie konieczności leczenia zapobiegawczego i restytucyjnego, gdyż „w olbrzymiej większości wypadków — mówi *dr. Bujalski* — obecne miejsca pracy stwarzają znakomite podłoże dla powstawania zmian chorobowych, które później trzeba leczyć, by nie dopuścić do inwalidztwa”.

3-o sprawa współpracy z ogólną akcją zapobiegawczą w Państwie — wskazaliśmy wyżej na wielką wagę zwalczania chorób wenerycznych, a kiły w szczególności oraz walki z alkoholizmem dla zmniejszenia inwalidztwa. Zagadnień analogicznych nasuwa się bardzo wiele, że wspomnę choćby akcję społeczną przeciw gruźlicy, cukrzycy, przeciw rakowi, przeciw chorobom serca, przeciw chorobom gośćcowym, etc. Subsydjowanie takiej akcji powinnyby wyrażać się w dopomaganiu do tworzenia odpowiednich instytucji. Już art. 58 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej „O organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych” z dn. 29 listopada 1930 r. nałożył na Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych obowiązek prowadzenia i popierania akcji profilaktycznej.

Do bardzo ważnych posunięć w dziedzinie akcji profilaktycznej należy akcja masowej budowy domów dla pracowników umysłowych i robotników, zainicjowana przez Ministerstwo Opieki Społecznej i zorganizowana przez t. zw. Stowarzyszenie budowlano-mieszkańcowskie (pozostające pod przewodnictwem *p. prez. G. Simona*), w którym Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wzięły bardzo poważny udział i kapitałami swojemi przyczyniły się do pobudowania szeregu wielkich domów mieszkalnych, odpowiadających wszelkim wymaganiom higieny, w najważniejszych ośrodkach przemysłowych Państwa; fundusz ulokowany w nieruchomościach mieszkalnych ze strony instytucji ubezpieczeń pracowników umysłowych, wynosił zł. 47,915,158 w dniu 31 grudnia 1932 r.; zbudowano 4,331 mieszkań z 10,574 izbami.

W dniu 28 marca 1933 r. Sejm na podstawie projektu, wniesionego przez Ministerstwo Opieki Społecznej, uchwalił „Ustawę o ubezpieczeniu społecznem”, mającą na celu scalenie wszystkich dotąd odrębnie działających na terenie Państwa instytucji ubezpieczeń społecznych. W szeregu artykułów tej wielkiej ustawy, której doprowadzenie do skutku zawdzięczamy P. Ministrowi *Drowi St. Hubickiemu*, a w której przygotowaniu czynnikami lekarskie wzięły wybitny udział (referentem ustawy na terenie Sejmu był *dr. Gosiewski*), znajdujemy postanowienia, dotyczące się wprowadzenia akcji profilaktycznej do zadań mających powstać instytucji ubezpieczeniowych (doniosły art. 24 w sprawie obowiązków Ubezpieczalni Społecznych, art. 56 — zakres działania Zakładu Ubezpieczeń na Wypadek Choroby, art. 57 — zakres działania Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków, art. 60 p. 2 — zakres działania Izby Ubezpieczeń Społecznych). Do najpilniejszych zadań organów lekarskich tych nowych instytucji należeć będzie wykorzystanie uprawnień ustawy z dn. 28 marca 1933 r. dla dobra ubezpieczonych i instytucji ubezpieczeniowych. Świat lekarski polski może być słusznie zadowolony, iż jego przedstawiciele tak czynnie i skutecznie współpracowali w dziele budowy nowego wielkiego gmachu ubezpieczeń społecznych, z którego Polska może być istotnie dumna.

Lecznictwo w innych instytucjach ubezpieczenia długoterminowego.

A. *Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu* ma w swym zakresie działania ubezpieczenie inwalidzkie i wypadkowe robotników na terenie województwa Poznańskiego i Pomorskiego.

Lecznictwo w dziale ubezpieczenia od inwalidztwa jest prowadzone „celem zapobieżenia przedwczesnej niezdolności do pracy ubezpie-

czonych lub celem usunięcia istniejącego inwalidztwa" (sprawozdanie za rok 1931), a to na podstawie §§ 1269 i 1270. Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej

Leczono ubezpieczonych w dziale inwalidzkim:

w r. 1930	2.674 osób
„ 1931	2.621 „

Ogólne wydatki na leczenie wynosiły:

w r. 1931 — zł. 513,714 gr. 75

Leczono ubezpieczonych w dziale ubezpieczenia od wypadków:

w r. 1930	265 osób
„ 1931	349 „

Koszty leczenia wynosiły:

w r. 1930	zł. 94.183 gr. 89
„ 1931	„ 116.305 „ 40

Główne przyczyny inwalidztwa według płci:

liczba przypadków w r. 1931:

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Gruźlica i choroby dróg oddechowych	947	462	1409
Choroby gośćcowe	485	336	811
Choroby przemiany materji	17	47	64
Choroby układu nerwowego.	191	204	395
Choroby układu krążenia.	1283	878	2161
Choroby narządu trawienia	487	327	814
Nowotwory złośliwe	49	16	65

Na pierwszy plan wysuwają się podobnie jak w Zakładach Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, jako przyczyna inwalidztwa choroby układu krążenia, a następnie gruźlica i choroby dróg oddechowych.

Ubezpieczalnia Krajowa posiada:

1-o *Sanatorjum przeciwgruźlicze pod Obornikami* — lekarz naczelny dr. W. Jankowski — w ciągu roku 1931 leczyło się 1024 chorych

(mężczyzn 717, kobiet 307), przeciętny okres leczenia wynosił 68,71 dnia; dla chorych (83), przysłanych przez Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Królewskiej Hucie — 75,91 dnia, dla chorych (27), przysłanych przez Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu — 44,85 dnia.

2-o *Dom Zdrowia w Inowrocławiu* — lekarz naczelny dr. St. Susszyński — leczono w ciągu 1931 roku 497 chorych (mężczyzn 257, kobiet 240) z chorobami gościcowemi. Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu skierował do domu zdrowia 67 chorych.

3-o *Uzdrowisko w Zagórz* — 3 chorych w sezonie letnim 1931 r.

B. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego w Królewskiej Hucie.

W dziale ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w myśl §§ 1269 i 1305 Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej instytucja ubezpieczeniowa śląska ma prawo poddać leczeniu ubezpieczonego w celu usunięcia grożącego mu inwalidztwa, jak również rencistę, aby przywrócić mu zdolność do zarobkowania, a w związku z tem wstrzymać wypłatę renty.

Liczba leczonych wynosiła:

w r. 1925	978 osób
„ 1926	837 „
„ 1927	916 „
„ 1928	875 „
„ 1929	1.299 „
„ 1930	1 581 „
„ 1931	1.654 osoby

w roku 1931 leczono:

z powodu gruźlicy i chor. dróg oddechowych	1063 osoby
„ chorób gościcowych	234 „
„ „ układu nerwowego	35 osób
„ „ krążenia	112 „
„ „ narządu trawienia	10 „

W roku 1930 leczono z powodu chorób układu krążenia 42 osoby, liczba tych chorych znacznie więc wzrosła — największej liczby leczonych dostarczyła gruźlica i choroby dróg oddechowych.

Wydatki na lecznictwo wynosiły:

w r. 1925	zł. 324.688	gr. 79	% od składek	3,3%
" 1926	" 267.242	" 02	"	2,7%
" 1927	" 258.558	" 25	"	2,3%
" 1928	" 248.812	" 82	"	1,4%
" 1929	" 472.284	" 01	"	2,3%
" 1930	" 795.632	" 81	"	4,1%
" 1931	" 827.062	" 00	"	4,8%

Słusznie zaznacza sprawozdanie za rok 1931:

„Uznając doniosłość lecznictwa, jako akcji zapobiegawczej przeciwko inwalidztwu, Zakład tutejszy, podobnie jak w roku zeszłym, nie szczędził zabiegów, ani wydatków dla jego największego rozkwitu i to pomimo coraz bardziej dającego się odczuwać kryzysu gospodarczego”.

Główne przyczyny inwalidztwa według płci

liczba przypadków w r. 1931:

	mężczyźni	kobiety	razem
Gruźlica i choroby dróg oddechowych	340	70	410
Choroby gośćcowe	120	50	170
Choroby przemiany materji	5	1	6
Choroby układu nerwowego	109	17	126
Choroby układu krążenia	224	106	330
Choroby narządu trawienia	55	26	81
Nowotwory złośliwe	4	5	9

Najczęstszymi przyczynami inwalidztwa są na terenie Zakładu Województwa Śląskiego: gruźlica, choroby układu krążenia, choroby gośćcowe oraz choroby układu nerwowego.

Zakład posiada własny dom zdrowia w Jastrzębiu Zdroju, w którym leczono od maja do grudnia 1931 roku ogółem 411 osób.

Zasługuje na szczególne podkreślenie, iż Zakład Ubezpieczeń Województwa Śląskiego wyasygnował w roku 1931 znaczną sumę zł. 30,000 dla Towarzystwa Walki z Gruźlicą, traktując to jako zarządzenie zapobiegawcze w myśl § 1274 Ordynacji Ubezpieczeniowej.

C. *Spółka Bracka w Tarnowskich Górach.*

Spółka Bracka w Tarnowskich Górach posiada t. zw. Kasę Pensyjną, stanowiącą instytucję ubezpieczenia długoterminowego; Kasa liczyła członków:

	mężczyzn	kobiet	ogółem
w dn. 31 grudnia 1929	89 934	3.519	93.453
" 31 " 1930	78.771	3.103	81.874
" 31 " 1931	73.323	2.458	75.881

Wydatki na lecznictwo wynosiły:

w r. 1929	zł. 565 866	gr. 07
" " 1930	" 684 431	" 33
" " 1931	" 672.586	" 71

Pomimo znacznego obniżenia liczby członków wydatki na leczenie w roku 1931 w porównaniu z rokiem 1929 wzrosły o około 20%.

Kasa Pensyjna leczyła dzieci inwalidów w zakładach leczniczych w Goczałkowicach, w Busku, w Rabce i w Gdyni:

w r. 1929	146 dzieci
" " 1930	123 "
" " 1931	76 "

dzieci leczyły się przeciętnie:

w Busku	w r. 1930	przez 98 dni
" "	" 1931	" 108,3 "
" Rabce	" 1931	" 29 "

Koszt przeciętny leczenia wynosił:

w Busku	w r. 1930	zł. 785	gr. 50
" "	" 1931	" 865	" 57
" Rabce	" 1930	" 60	" —
" "	" 1931	" 60	" —

Wśród przyczyn inwalidztwa członków Kasy Pensyjnej stały na pierwszym planie choroby układu krążenia, a następnie gruźlica i choroby dróg oddechowych.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Balcerski S.* Reforma organizacji instytucyj ubezpieczeń społecznych (Przegl. Ubezp. Społ. 1931. Nr. 1).
2. *Budzyński E.* Badania naukowe wód mineralnych polskich zdrojowisk (Przegląd zdrojowo - kąpielowy. 1933. Nr. 5).
3. *Bujalski J.* Pracownicy umysłowi a zapobieganie stanom chorobowym (Przegląd Ubezp. Społ. 1931. Nr. 2).
4. *Chodźko W.* Zadania społeczne uzdrowisk polskich (Zdrowie, 1929. Nr. 9).
5. *Chodźko W.* Uzdrawiska polskie wobec postulatów higieny społecznej (Lekarz Polski 1930. Nr. 10).
6. *Ciechanowski St.* W sprawie prowadzenia naszych zdrojowisk. (Pol. Gaz. Lek. 1924. Nr. 29).
7. Jahresbericht der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung für das Jahr 1931. Wien 1932.
8. Jahresbericht der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung für das Jahr 1932. Wien 1933.
9. *Kmiotowicz Fr.* Spostrzeżenia, historja i statystyka postaci chorobowych z 41-letniej praktyki w Krynicy - Zdroju. (Nowiny Lekarskie 1933. Nr. 11).
10. *Mazurkiewicz A., Grużewski A.* Zagadnienia statystyki wypadkowej ze stanowiska akcji zapobiegawczej. Warszawa 1933.
11. *Miklaszewski W.* Pracownicy umysłowi ze stanowiska higieny społecznej. (Wiedza Lekarska 1933. Nr. 7).
12. Mitteilungen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 1933. Nr. 4/8.
13. *Pasternak J.* Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Kraków 1928.
14. *Pohlen K.* Die Heilverfahren d. Angestelltenversicherung in d. Jahren 1924 bis 1931. (Reichsgesundheitsblatt 1933. Nr. 31).
15. Sprawozdanie Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych (rok 1929, rok 1930, rok 1931).
16. Sprawozdanie Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Królewskiej Hucie z działalności i zamknięć rachunkowych za rok 1931.
17. Sprawozdanie Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu za rok 1931. Poznań 1933.
18. Sprawozdanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego za rok 1931.
19. Sprawozdanie Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach za rok 1930.
20. Sprawozdanie Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach za rok 1931.
21. *Szulc G.* Cukrzyca jako zagadnienie społeczne i eugeniczne. (Zagadnienia Rasy, 1933. Nr. 1 — 2).
22. *Stritesky J.* Die Heilfürsorge der Allgemeinen Pensionsanstalt im Jahre 1931. (Die Pensionsversicherung 1932. Nr. 2).
23. *Stritesky J.* Die Heilfürsorge der Allgemeinen Pensionsanstalt im Jahre 1932. (Die Pensionsversicherung 1933. Nr. 3).
24. Zakład Ubezpieczenia od wypadków. Sprawozdanie z czynności i zamknięcia rachunków za rok 1930. Lwów. 1932.
25. Zakład Ubezpieczenia od wypadków. Sprawozdanie z czynności i zamknięcia rachunków za rok 1931. Lwów 1932.

Dr. med. ANTONI TUCHENDLER (Warszawa).

ISTOTA I LECZENIE ZAPARCIA NAWYKOWEGO W ŚWIETLE WSPÓŁCZESNYCH BADAŃ NAUKOWYCH.

Temat, na który mam zaszczyt dziś przemawiać, nie jest tematem banalnym. Posiada on raczej duże praktyczne znaczenie. Zaparcie, to jedna z najczęstszych chorób, z którą się lekarz styka w swej praktyce codziennej. A przytem sprawa ta w ostatnich czasach pod pewnymi względami się wyjaśnia. I to chyba zdecydowało o wyborze tego praktyczno - lekarskiego tematu przez Komitet Organizacyjny Kursów.

* * *

Wypóżnienie podlega częściowo mimowolnej, nieświadomej, a po części i dowolnej czynności organizmu. Ma ono na celu pozbycie się z organizmu nieużytych resztek pokarmowych. Jakkolwiek czynność ta nie należy do rzędu t. zw. żywotnych, to przebieg jej automatyczny odbywa się za pośrednictwem splotów i węzłów nerwowych z nadzwyczajną, podziwienią godną, dokładnością.

Czynność opróżnienia organizmu związana jest także z pewnym przyjemnem uczuciem i zadowoleniem. Stąd pochodzi starodawne wyrażenie „beneficium alvi”. Odbywa się ona raz, rzadziej 2 razy na dobę. 24-ch godzin potrzeba na to, by pokarm przebył cały przewód, wynoszący 8 — 9 metrów.

Szybkość postępowania naprzód zawartości w przewodzie pokarmowym nie jest wszędzie jednakowa. Już po 5-ciu, 6-ciu godzinach od chwili przyjęcia pokarmu jego pierwsza porcja dostaje się do zastłonki Bauhina. Od tego miejsca począwszy dalsze postępowanie zawartości staje się wolniejsze. Tu odbywa się odwodnienie papki kałowej, która

uzyskuje swoją zwykłą spoistość. Tu przebywa względnie najdłużej, zanim ulegnie wydaleniu. Tutaj zaczyna się formowanie kału i ruchliwa praca kiszki.

W kiszce ślepej i w części wstępującej kiszki grubej widoczne są przy prześwietlaniu promieniami Roentgena fale i ruchy robaczkowe kiszki zwykłe i wsteczne (retroperystaltyczne). W jedenastej mniej więcej godzinie od przyjęcia pokarmu rusza stąd zawartość i posuwa się naprzód. Nic dziwnego, że właśnie miejsce to szczególnie narażone jest tak często na uszkodzenia.

Poprzecznicę przebywa treść w 2 godziny. W godzinie 19-iej mniej więcej zaczyna się stopniowe zstępowanie treści od lewego zagięcia w kierunku do esicy, gdzie już przy bardzo powolnem posuwaniu się mas wyczuwamy charakterystyczne guzowatości kałowe.

Posuwający się dalej gotowy już wytwór wstępuje do odbytnicy. Z części jej bańkowej (z ampulli), idzie sygnał do pozbycia się ciężaru i ulżenia sobie. Wtedy rozpoczyna się u zdrowego człowieka czynność silnie rozwiniętego mechanizmu defekacji.

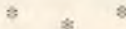
Musimy tu przypomnieć, że opróżnia się przytem prawidłowo nie tylko odbytnica, ale i kiszka esowata.

Ten tu pokrótce opisany mechanizm fizjologiczny daje się do pewnego stopnia opanować siłą woli. Ale dowolne zaniedbanie i lekceważenie sygnału lub nieuzasadnione stosowanie środków czyszczących łatwo wywołać mogą nieład i zamieszanie w całym aparacie.

Dlatego zaburzenia wszelkiego rodzaju zdarzają się tu w rzeczywistości niezwykle często. Przebiegają one w postaci przyspieszenia czynności czyli rozstroju lub też, co nas dziś interesuje, jako opóźnienie, jako zwłoka, jako zaparcie.

Musimy się tu liczyć z dużymi indywidualnymi wahaniami. Są ludzie, którzy choć codziennie mają wypróżnienie, a mimo to uważać ich można jako zapartych. Załatwiają bowiem zbyt prędko tę czynność. Zadowolają się opróżnieniem tylko części zawartości kiszki, pozostawiając znaczne ilości resztujące. („Defaecatio incompleta“).

Istnieje też typ dyspeptyków, którzy najlepiej czują się wtedy, kiedy są zaparci.

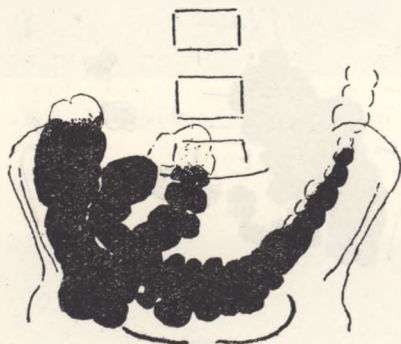


W rozpoznawaniu zaparcia nawykowego radjodiagnostyka odgrywa dziś rolę decydującą. Metoda badania promieniami Roentgena za pomocą środka kontrastowego, przyjętego doustnie, daje nam obrazy odpowiadające wprost fizjologicznym warunkom trawienia. Zapo-

mocą t. zw. wlewu kontrastowego stwarzamy już sztuczne warunki wypełniania jelita. Płyn wchodzi tu do kiszek pod ciśnieniem w kierunku przeciwnym prawidłowym przesuwaniu się treści. Ale obie powyższe metody badania pozwalają na wyciągnięcie różnego rodzaju wniosków rozpoznawczych i bywają stosowane przy rozstrzyganiu zagadnień dotyczących „zaparcia nawykowego”.

Sledząc z godziny na godzinę, względnie co kilka godzin, posuwanie się masy kontrastowej przez przewód pokarmowy, badamy szybkość tego zjawiska i jego rytm, zauważymy opóźnienie w dojściu masy do pewnych okolic lub przeciwnie — nadmiernie szybkie przesuwanie się jej.

Zwracamy uwagę na szerokość światła jelita, jego zarysy, sposób kurczenia się mięśnia i t. p. Znajomość tych wielkich wahań fizjologicz-



Rys. 1. Opadnięcie kiszki grubej.

nych: położenia formy, wielkości jelita, jest niezbędna, by uniknąć błędów rozpoznawczych.

Nieprawidłowość i zboczenie położenia kiszki grubej odgrywają w zaparciu wielką rolę. Długość, forma i położenie rozmaitych jej odcinków kiszki grubej wykazują już u zdrowego człowieka wielkie różnice i odmienności. Po większej części polegają to na wrodzonej skłonności. Wrodzone też bywają skrócenia pojedynczych odcinków kiszki. Część wstępująca np. może być skrócona do tego stopnia, że kiszka ślepa położona jest pod wątrobą.

Poprzecznicą wykazuje specjalnie dużą zmienność swego położenia. Tworzy ona często zwisającą od obu zagięć „girlandę”, wieniec nad wejściem do małej miednicy. Może ona sięgać i głęboko do małej miednicy. Forma jej bywa rozmaita: litery U. V. W., nieraz wielokrotnie skręcona (rys. 1). (Opadnięcie kiszki grubej z mocno krętym przebie-

giem poprzecznicą, kiszka gruba zwisa głęboko do miednicy. Ruchość kiszek prawidłowa).

Zwiśnięcie kiszek grubej może nie dawać żadnych objawów, może nie utrudniać wypróżnienia, ale może być jedynym powodem zaparcia. Daleko ważniejsze znaczenie ma zwiśnięcie kiszek grubej umocowane na narządach (rys. 2).

Przez pociąganie z powodu zrostów kiszka gruba może doznać dużych zmian drogą załamywania się i ostrokątnych zmian. Powoduje to również zaparcie (rys. 3). Kiszka ślepa, część wstępująca i poprzecznicą w postaci litery U nie dają się przesunąć. Oprócz kątnicy, tego



Rys. 2. Umocowanie opadnięcia kiszek grubej.

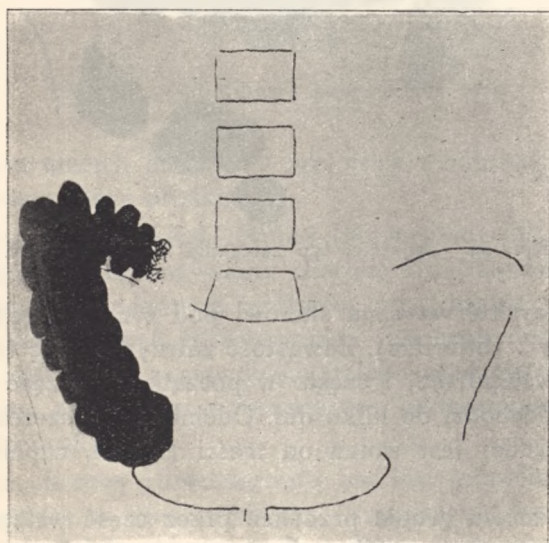
miejsca predylekcyjnego dla zrostów, przytoczymy jeszcze taki obraz, kiedy wstępująca część poprzecznicą tworzy wraz ze stromo opadającą ku dołowi tak zw. dubeltówkę (choroba Payera). W miejscu tego przegięcia tworzy się zator.

Prócz tego istnieje jeszcze cały szereg innych anatomicznych anomalij; jak wydłużona kątnica, megacolon, wydłużenie pętli esowatej. Mogą one być podłożem najrozmaitszych cierpień, a przede wszystkim przewlekłego zaparcia.

Anomalje te w większości przypadków nie dają o sobie znać klinicznie. Nagłe pojawienie się objawów ze strony jelita grubego stosunkowo często ujawnia owo podłoże. Trzeba zauważyć, że lekarze naogół niedoceniają ważności tych anomalij.



Rys. 3. Opadnięcie poprzecznicy.



Rys. 4. Zaparcie, typ wstępujący.

Jesteśmy więc dziś dokładnie poinformowani, o czasie przebywania zawartości w pojedynczych odcinkach kiszek i o poszczególnych fazach pasażu. Badanie radiologiczne daje nam jaknajdokładniejszą odpowiedź na powyższe pytanie. Przedewszystkiem badania te wykazały, że w rozmaitych postaciach zaparcia przejście przez kiszki cienkie nie jest opóźnione. Wielkie różnice występują dopiero w kiszkach grubych. Przytem tylko w niewielu przypadkach zaparcia mamy do czynienia z równomiernem opóźnieniem. Częściej występuje to opóźnienie w niektórych tylko odcinkach.



Rys. 5a. Zaparcie, typ zalegania w poprzecznicy.

Grupę charakterystyczną stanowi pod tym względem typ zaparcia „wstępujący”. (Stierlina). Zawartość zatrzymuje się tu w kiszce ślepej, w części wstępującej i często w początkowej części poprzecznicy. Opóźnienie to dochodzi do kilku dni. Odcinki te są szeroko wypełnione, reszta kiszki grubej jest wolna od treści (rys. 4, zaparcie, typ wstępujący).

W innej znowu grupie przejście przez część wstępującą nie jest opóźnione, zato treść wyraźnie zalega w poprzecznicy, przyczem część wstępująca i zstępująca są wolne od treści (rys. 5 i 6). Po 48 i 72 godzinach poprzecznicą jest wypełniona, tworzy literę U, wykazuje wyraźne wypuklenia okrężnicy (haustra coli). (Rysunek 6, typ zstępujący).

Zaparcie skurczowe, zastój w poprzecznicy i esicy. Kiszka ślepa i części wstępujące są puste. Uporczywe zaparcie, wypróżnienia co 5 — 6 dni (rys. 7).

W ostatniej grupie występuje opóźnienie treści tylko w dolnym odcinku kiszek w esicy i w odbytnicy. Jest to typ zaparcia odbytniczego. (*Obstipatio proctogenetica*) Dyschezia Herza, (rys. 8). Klinicznie zaparcie od wielu lat. Roentgen; po 38 godzinach cała kiszka gruba z wyjątkiem odbytnicy wolna od treści. Odbytnica po 60-ciu godzinach jeszcze wypełniona.

I rozszerzenia samoistne esicy zdarzają się również często niezależnie od powstałych powyżej zwężeń organicznych i stanowią przyczynę zaparcia.



Rys. 5b. Wydłużenie poprzecznicy zrost.

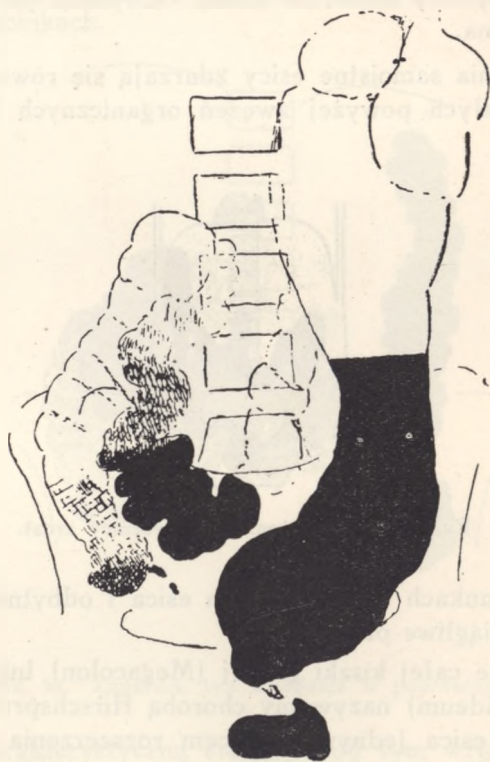
Już w warunkach fizjologicznych esica i odbytnica przedstawiają sobą bardzo rozciągliwe próżnie.

Rozszerzenie całej кишки grubej (*Megacolon*) lub dalszych odcinków (*Megasigmoideum*) nazywamy chorobą Hirschsprunga. W $\frac{1}{3}$ przypadków H. jest esica jednym miejscem rozszerzenia. Cechą najgłówniejszą, charakterystyczną Hirschsprunga jest brak wszelkiej przeszkody w świetle kiszek. W przypadkach daleko rozwiniętego Hirschsprunga napotykamy na rozmiary sprawiające podziwienie. Kobiety robią wrażenie ciężarnych.

Etiologia choroby Hirschsprunga nie jest jednolita. Dawniej upatrywano przyczynę w niedotwórstwie (*hypoplasia*) wrodzonym muskulatury dolnego odcinka кишки grubej. Dziś, jako przyczynę upatrują czynnościowe zwężenie. Z objawów klinicznych w klasycznym Hirschsprungu na pierwszy plan występuje zaparcie tak intensywne, jakiego niema w żadnej innej sprawie.

W opisanej przez nas sprawie załeganie w odbytnicy wynika z braku czucia, z beczułości lub zmniejszonej czułości nerwów czuciowych dolnego odcinka kiszki grubej. Wskutek tego nie dochodzi do skutku sygnał do opróżnienia kizek.

Choroba polega tu na przytępieniu czucia dla bodźców wychodzących z odbytnicy pod wpływem twardego kału. Stanowi ona nerwicę czuciową.

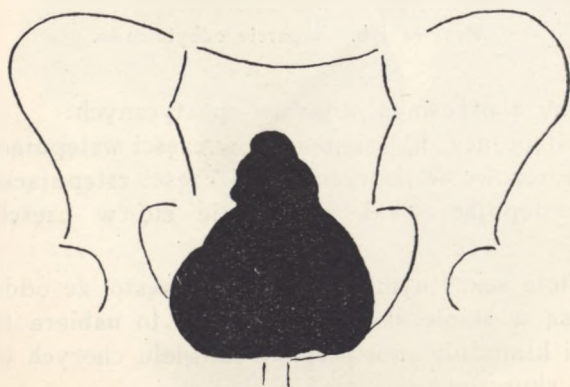


Rys. 6. Zaparcie, typ zstępujący.

Dzięki badaniom radiologicznym umożliwiony został podział „zaparcia nawykowego” na formy atoniczne i spastyczne. Pierwsza polega na niedostatecznej energii muskulatury kizek, w drugiej skurczowe zwężenie przeszkadza przejściu zawartości. Okazało się przytem, że nie można odróżniać formy czysto wiotkie i skurczowe (atoniczne i spastyczne), bo z reguły spotykamy kombinacje atonji ze skurczami. Jednakże na podstawie danych rentgenologicznych możemy je podzie-



Rys. 7. Zaparcie, typ skurczowy.



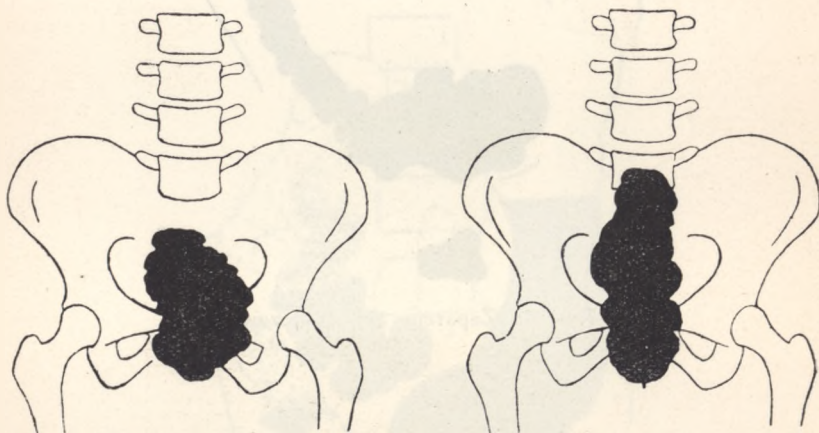
Rys. 8. Zaparcie, typ odbytnicowy.

lić na takie przypadki, w których przeważa więcej natura wiotka lub spastyczna. Tembardziej jest to wskazane, że z takiego podziału wypływają wnioski i korzyści lecznicze.

Kierując się temi danymi i porównyując je z objawami klinicznymi, możemy ustalić mniej więcej następujący podział postaci zaparcia.

I. Formy z przewagą objawów atonicznych:

- 1) zwolnione przejście masy w całej kiszce grubej (colostasis);
- 2) zwolnione przechodzenie masy przez poprzecznicę (transversostasis) (Stierlin);
- 3) zwolnione opróżnianie się odbytnicy (obstipatio proctogenetica Strauss, Dyschezia - Herz).



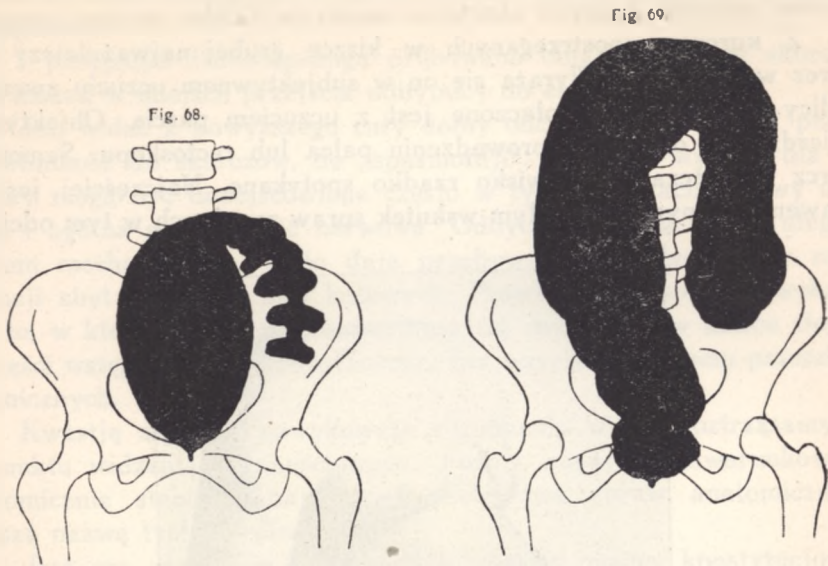
Rys. 9a i b. Zaparcie odbytnicowe.

II. Formy z przewagą objawów spastycznych:

- 1) typ wstępujący: kał skupia się w części wstępującej кишки grubej, objawy skurczowe w poprzecznicy i części zstępującej;
- 2) typ zstępujący: kał zatrzymuje się w części zstępującej, i w esicy.

Już na stole sekcyjnym stwierdza się często, że oddzielne odcinki кишки grubej są w stanie skurczu. Zjawisko to nabiera tem większego znaczenia, że i klinicznie spostrzegamy u wielu chorych cierpiących na zaparcie stany skurczowe w kiszce grubej.

W pracy swej „O skurczach кишки grubej” pisze Pręgowski: „Widzimy, że daleko częściej pojawiają się skurczenia kiszek w dolnym odcinku кишки grubej, aniżeli w górnym i to w stopniu silniejszym”.



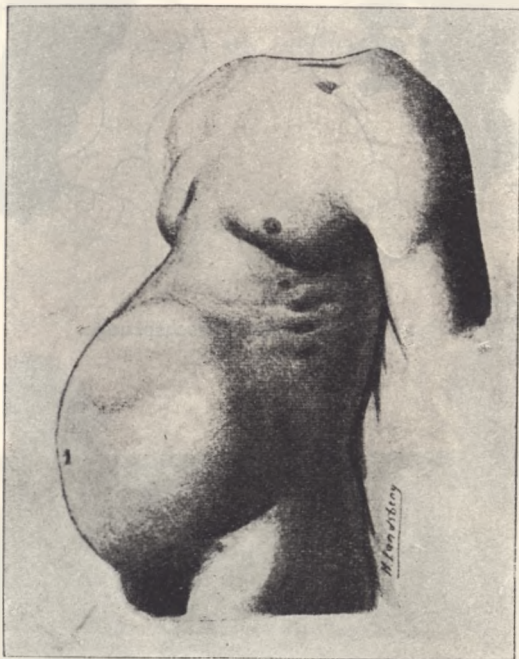
Rys. 10. Choroba Hirschsprunga.



Rys. 11. Choroba Hirschsprunga.

Upatruje autor też dlatego „gros“ zapartych nie w atonicznej, ale w spastycznej naturze. Zaparcie atoniczne uważa za daleko radsze zjawisko.

Z kurczów spostrzeganych w kiszce grubej najwazniejszy jest skurcz w odbytnicy. Wyraża się on w subiektywnym uczuciu zwężenia okolicy zwieracza, co połączone jest z uczuciem parcia. Obiektywnie stwierdza się on przy wprowadzeniu palca lub rectoskopu. Samoistny skurcz zwieracza, to zjawisko rzadko spotykane. Najczęściej jest on objawem wtórnym, powstałym wskutek spraw zapalnych w tym odcinku.



Rys. 12. Choroba Hirschsprunga (wygląd brzucha).

Stany skurczowe w bańce (ampulla recti) i w esicy są już więcej skomplikowane, jak również w zagięciu esowatym i w części zstępującej kiszki grubej.

Ale skurcz wtedy tylko uważać należy jako chorobliwy, kiedy rozciąga się on na dużą przestrzeń i jest mocno zwężający kiszkę, oraz kiedy daje się stwierdzić w konturach badania rentgenologicznego lub rektoskopowego.

Stany skurczowe w esicy bywają tak silne, że wywołać mogą objawy zamknięcia kiszek. Zrozumieć tedy łatwo, że i skurcze słabsze

izolowane, bądź obejmujące większe odcinki kiszek mogą być przyczyną zaparcia.

I przypadku Hirschsprunga próbowano objaśnić stanem skurczowym kiszek w miejscu przejścia odbytnicy do esicy.

Jak widać z powyższego cały dolny odcinek кишки grubej posiada skłonność do skurczów, do „spasmofilji”. Punktem wyjścia dla tej sprawy mogą być umiejscowione często w tych odcinkach sprawy urazowe i ogólna pobudliwość nerwowa. Odbytnica i esica łatwo ulegają urazom mechanicznym, jakie daje przebywanie twardych, a w razie retencji zbyt twardych mas kałowych. Prawdziwe zaparcie nawykowe jest to, w którym zawartość zatrzymuje się zbyt długo w kiszce ślepej, w części wstępującej i w poprzecznicy bez wszelkich ku temu przeszkód organicznych.

Kwestję zaparcia nawykowego rozumiemy więc i roztrząsamy tu z punktu widzenia czynnościowego. Formy zaparcia zawarunkowane anatomicznie stanowią najczęściej następstwa spraw anatomicznych i noszą nazwę tych cierpień.

Jest ono zaparciem, jeśli się tak wyrazić można, konstytucjonalnem, które nazywamy nawykowem, a przyczyna jego polega na jakimś braku w organizmie produkcji hormonu (cholino).

W ostatnich czasach uznano wybitny wpływ hormonów na czynność jelita grubego i na sprawę zaparcia.

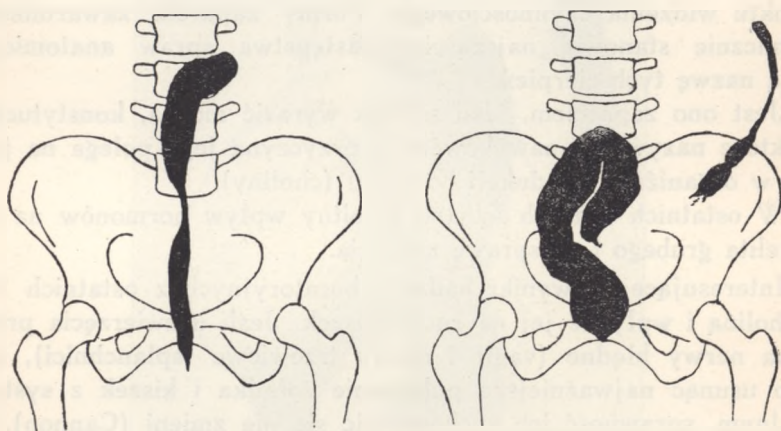
Interesujące są wyniki badań laboratoryjnych z ostatnich 20 lat nad choliną i wpływem jej na ruchy kiszek. Jeśli u zwierzęcia przeciąć obydwie nerwy błędne (vagi) i nerwy trzewiowe (splanchnici), w ten sposób usunąć najważniejsze połączenie żołądka i kiszek z systemem centralnym, sprawność ich ruchoma nic się nie zmieni (Cannon). Stąd wniosek, że aparat kierujący ruchami kiszek mieścić się musi gdzieś na obwodzie (periferji). Wiadomo również, że żołądek i кишки, z organizmu wyjęte, w ciepłym roztworze soli kuchennej, przy dopływie tlenu, wykazują nadal żywe ruchy całymi godzinami i dniami. Należało więc szukać tego aparatu w samej ścianie żołądka i kiszek. Przytem doświadczenia dawne wykazały, że samodzielne ruchy mięśniówki kiszek znajdują się pod panowaniem splotu Auerbacha. Powstaje więc pytanie, skąd splot Auerbacha otrzymuje bodźce, które mu umożliwiają utrzymywanie ruchów kiszek.

Przypadek dopomógł do wyjaśnienia właściwej drogi. W roku 1912 Weiland uczynił spostrzeżenie, że jeśli zostawić кишки na czas jakiś w odpowiednim roztworze soli, to płyn ten otrzymuje własność pobudzania i innych pętli kiszkowych. Jest w nim rozpuszczona jakaś sub-

stancja, która ma własność pobudzania ruchów kiszek. Zastrzyknięta do żyły królików i kotów wzmacnia ruchy kiszek.

Uczonemu Le Heux udało się otrzymać ciało to chemicznie. Należy ono do grupy pilokarpiny i muskaryny. Ściana кишки za życia zawiera to ciało, t. j. cholinę w ilościach, które są potrzebne do pobudzenia splotu Auerbacha. Obecność cholinę jest więc jednym z warunków utrzymywania ruchów automatycznych kiszek. Stąd więc nowe światło i na sprawę zaparcia nawykowego. Zналиśmy dotychczas taką chemiczną przyczynę jedynie dla centrum oddechowego. Zawarta jest ona, jak wiadomo, w koncentracji jonów H we krwi. Drugi przykład taki posiadamy obecnie w cholinie, mieszczącej się w ścianie kiszek.

Cholina więc jest przypuszczalnie tem specyficznem ciałem, które kieruje rytmicznymi ruchami w przewodzie pokarmowym.



Rys. 13. Zwężenie organiczne.

Obok tych rozważań teoretycznych próbowano w celach terapeutycznych stosować cholinę w pierwszym rzędzie w ostrej niedrożności i w porażeniu kiszek po operacjach. Po zastrzyknięciu do żyły 5 — 15 mg. cholinę zaobserwowano w Roentgenie silne ruchy kiszek i po 20-tu godzinach wypróżnienie.

Z początku natrafiono przy stosowaniu tych doświadczeń w klinice na cały szereg trudności. Dziś fabryki chemiczne wyrabiają cholinę w substancji i w ampułkach.

Spostrzeżenie więc Weilanda okazało się płodnym w następstwa i dało nowe poglądy na fizjologię, patologję i terapię tak ważnego zaburzenia w narządach trawienia, jakim jest zaparcie.

Wychodząc z założenia, że w obręku śluzowym (myxoedema) zaparcie jest stałym zjawiskiem, tłumaczono też sobie zaparcie jako następstwo niedowładu czynności gruczołu tarczowego. Charakterystyczne są w tych razach zmiany i zaburzenia odżywcze skóry, paznokci i włosów, zwłaszcza u kobiet. Nieduże dawki thyreoidyny usuwają zaparcie. Działa ona podobnie również tonizująco na spłot nerwowy Auerbacha i pobudza perystaltykę jelita. I doświadczenia na zwierzętach wykazują działanie pobudzające preparatów tarczycowych i przysadki mózgowej na kiszki. Polega to na wybitnym wpływie hormonów na czynność jelita grubego.

Pamiętać tu jednak winniśmy, że w powstawaniu zaburzeń perystaltyki odgrywają niemałą rolę i czynniki psychiczne.

* * *

Uspodobienie dziedziczne w „zaparciu nawykowym” nie daje się zaprzeczyć. Córki często usprawiedliwiają przed nami swoje cierpienia tem, że i matki ich cierpią na zaparcie. Idą one często wiernie w ślady swoich matek i pod innymi względami.

Współczesny rozwój nauki o konstytucji, jak również badania nad dziedzicznością i przenośnością przez dziedzictwo pobudziły zainteresowanie specjalnie w dziedzinie chorób żołądka i kiszek.

Zresztą już przed 30 laty Jung (Archiv. f. Verdaungskrankh. Tom 8) ogłosił pracę, z której wynikało, że na 597 przypadków w 98 sprawa miała charakter rodzinny, a najczęstszą ze spraw tych rodzinnych była sprawa opadnięcia trzewi (Enteroptosis).

Rozumie się, że tego rodzaju przypadki „zaparcia” rozwijają się do stopnia wyższego jeszcze i przez nabyte błędy wychowania i żywienia. Wogóle dziedzina rodzinnych cierpień żołądkowo - kiszkiowych wymaga jeszcze dalszych badań. A zasługuje na to w tym samym stopniu, w jakim oddawna jest brana pod uwagę w stosunku do cierpień wreczka żółciowego.

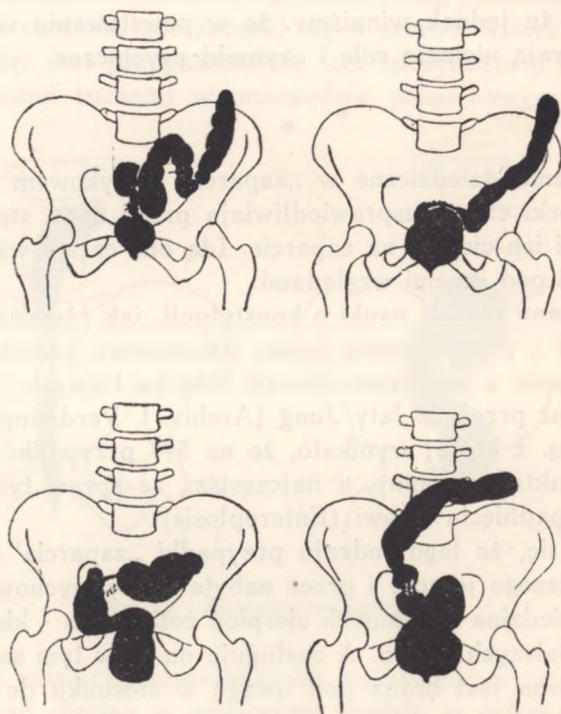
* * *

Różne są, jak widzimy, przyczyny zaparcia. Niema choroby ostrej, gorączkowej, ani też chronicznego cierpienia, któreby nie było związane z zaparciem. Wszelkie czynniki, które stanowią przeszkodę w przesuwaniu się treści w kiszkiach, począwszy od zmian anatomicznych żołądka i kiszek i ich sąsiedztwa.

Z cierpień ogólnych chorób przemiany, jak otyłości ogólna i związane z tem ograniczenie ruchów, cukrzyca z jednostronnem ży-

wieniem mięsnem. Następnie idą cierpienia mózgu centralne, zaburzenia obwodowe, porażenia ze zwiotczeniem mięśniówki kiszek i osłabieniem tłoczni brzusznej.

I inne czynniki odgrywają rolę w powstawaniu zaparcia, jak np. treść kiszek łatwo wchłaniająca się, zawierająca mało żółci u ludzi dotkniętych cierpieniem wątroby. Woda do picia tak zw. twarda, zawierająca dużo wapnia, nadużywanie nikotyny i t. d. odgrywają też pewną rolę. Również zawód nie pozostaje tu bez wpływu: podróżujący w celach handlowych nie zawsze mają czas na załatwienie czynności fizjo-



Rys. 14. Zwężenie organiczne.

logicznych. Domatorzy często cierpią na zaparcie. Ale z drugiej strony widzimy, że i ludzie, którzy zawodowo są od rana do wieczora w ciągłym ruchu np. listonosze, cierpią na zaparcie.

Zaparcie przewlekłe jest naprawdę w znacznej swej większości chorobą kobiecą. Znany i rozgłosny w literaturze typ (Moliere, Fleuron) mężczyzny chorego na zaparcie „malade imaginaire”, należy już do historii.

Pewna liczba t. zw. cierpień kobiecych musi być uważana jako następstwo zaparcia. Stosunek zaparcia do cierpień kobiecych jest wzajemny. Cały szereg właściwości anatomicznych i fizjologicznych organizmu kobiecego, jak również i momentów psychologicznych stanowi przyczynę zaparcia u kobiet.

Zaparcie u kobiet ma dlatego poza klinicznym i ważne znaczenie społeczno - higieniczne. To niezwykle częste u nich zjawisko jest wielce szkodliwe i powoduje zaburzenia i w sferze duchowej. Jest ono, jak wiadomo, jedną z ważnych przyczyn wyższych cyfr chorobowości u kobiet. Stanowi ono również w ubezpieczeniach społecznych, z którymi nas zaznajomił p. minister Chodźko, ważną rubrykę finansową. Dokładna znajomość anatomji narządów, mieszczących się w małej miednicy znakomicie to zjawisko objaśnia.

Różnica jaka zachodzi między mężczyzną i kobietą w tym względzie jest następująca: u mężczyzn pomiędzy dolnym odcinkiem kiszek i pęcherzem umieszczone są małe narządy; u kobiety mieszczą się tu większe narządy płciowe. W ciągłym cyklu miesięcznym zwiększają się one i zmniejszają. Prócz tego w cierpieniach kobiecych zmiany chorobowe przechodzą na kiszkę i wywołują zaparcie. Kobiety przytępiają wrażliwość kiszek i przez to, że są wychowywane by ukrywać i tłumić tę potrzebę fizjologiczną, i naprawdę mają zaparcie z nawyknięcia.

Nawykowe zaparcie, jak widzieliśmy, nie przedstawia pod względem etjologicznym ściśle określonego typu chorobowego.

Jest to pojęcie kliniczne, w obszernem tego słowa znaczeniu, chorobą czysto czynnościową bez żadnych zmian organicznych w przewodzie pokarmowym.

Nawykowe zaparcie może być wywołane 3-ma czynnikami:

- 1) albo pokarm jest zbyt jednolity, zawierający mało pierwiastków drażniących i nie wywołuje prawidłowych ruchów robaczkowych;
- 2) albo sploty nerwowe kiszek są mało pobudliwe;
- 3) albo ośrodkowy układ nerwowy, ów regulator ruchów przewodzie pokarmowego, jest schorzały i tamuje ruchy kiszek.

Biegański wyróżniał trzy postacie nawykowego zaparcia: 1) postać pokarmową, stojącą najbliżej granic fizjologicznych, 2) prawdziwą nerwicę brzuszną i 3) postać będącą wyrazem ogólnej neurastenji.

Dunin, jak wiadomo, tłumaczył całą tę sprawę jedynie udziałem ośrodkowego układu nerwowego i sprowadził całe nawykowe zaparcie do zwykłego objawu neurastenji.

Pogląd ten i dziś niepozabawiony jest w części słuszności. Jest on jednak w ogólnym swym zarysie zbyt jednostronny.

W każdym razie przyznać musimy, że mamy tu do czynienia z nerwicą nie mającą żadnej wyraźnej podstawy anatomicznej.

Przechodzimy do kwestji leczenia zaparcia nawykowego. I tu znowu odróżniamy celowo leczenie form z przewagą atoniczną i skurczową. Wiele jednakże zabiegów leczniczych jest stosowanych w obydwu rodzajach zaparcia. Podział taki nie uważamy za ważny, jeśli idzie o dietetyczne leczenie. Daleko ważniejszy jest podział na formy, w których są zmiany chorobowe na błonie śluzowej i te, w których błona śluzowa jest nienaruszona.

Leczenie przyczynowe zaparcia możemy zastosować w postaciach: pokarmowej, tarczycowej i wewnątrzpochodnej. W przypadkach, w których podejrzewamy upośledzoną czynność gruczołu tarczowego, jak to już nadmieniliśmy, należy ostrożnie zastosować preparaty tarczycy w kombinacji z przysadką mózgową (Hypophysis). Dla wewnątrzpochodnych służą zastrzyki 10 ctm. fizjologicznego roztworu soli kuchennej + 23 mg. siarkowodoru. Zaparcie i skąpy mocz potem znikają.

W leczeniu zaparcia u chorych sercowych z obrzękami zaleca Groedel środki czyszczące solne. Leczenie zaparcia nawykowego powinno być przedewszystkiem dietetyczne.

Wychodząc z założenia, iż przyczynę choroby stanowi hamowanie odruchu defekacyjnego, należy pouczyć pacjentów, że powinni wychodzić z potrzebą stale o jednej porze. Najlepiej załatwiać tę czynność zrana po wstaniu z łóżka. Nigdy nie wolno zatrzymywać, ani też odkładać tych czynności na później.

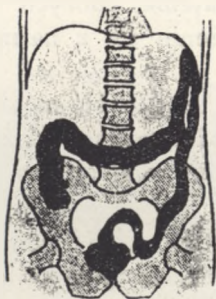
Leczenie dietetyczne polega na podawaniu pokarmów, posiadających własność pobudzania ruchów kiszki. Przez odmianę diety można znakomicie wpływać na florę jelit i zmienić charakter produktów rozbudowy części pokarmowych.

Nie mogą to być pokarmy łatwo ulegające wchłanianiu i strawieniu, gdyż te nie dojdą wogóle do kiszki grubych. Ulegają one wchłanianiu w jelitach cienkich. Najlepiej nadają się do tego celu pokarmy, których węglowodany zawarte są w otoczce, nie ulegającej trawieniu przez soki trawienne. (Dzięki temu przechodzą one niezmiennie do kiszki grubych, gdzie po zniszczeniu przez bakterje otoczki błonnikowej, ulegają działaniu drobnoustrojów fermentacyjnych).

Działanie tak często stosowanego lnianego siemienia (semina lini usitatissimi) tłumaczyć sobie należy także tylko mechanicznie. Tak też postępują myśliwi, którzy leczą śrutem swoje psy cierpiące na zaparcie.

Dopokąd niema jeszcze stanów podrażnienia i mocniejszych kurczów w kiszki wskazana jest dieta obciążająca, obfitująca w szlaki. Najodpowiedniejsze będą więc ciemne gatunki pieczywa, chleby otrębiaste (chleb razowy. Graham i t. d.) owoce i rośliny strączkowe, łupinowe np. groch, fasola i t. d. Wskazane są słodkie owoce, jak: figi, daktyle, sliwki suszone, które winny być podawane nie jako deser, a jako specjalna potrawa (niegotowane, lecz moczone 2 godziny w wodzie lub lepiej jeszcze w mleku).

Wogóle jarstwo, to dziedzina mająca tu wielkie pole. Tylko nie należy przesadzać. Dla większości ludzi zawsze najodpowiedniejsza, to dieta mieszana. Własność pobudzenia ruchów robaczkowych posiadają również pokarmy zawierające kwasy organiczne i kwas węglowy. Zsiadłe mleko, od czasów najdawniejszych — kefir, jogurt, wprowadzony



Rys. 15. Wlewanka kontrastowa prawidłow.

przez Miecznikowa, kumys i t. d., oraz pokarmy tłuszczowe dzięki odszczepianiu wolnych kwasów tłuszczowych są najbardziej wskazane.

Nie wolno zapominać również o bodźcach cieplnych, gdyż pokarmy i napoje zimne pobudzają ruchy robaczkowe jelit.

I alkohol w przypadkach, w których niema przeciwwskazania, działa regulująco. Wody mineralne, kawa, herbata i piwo pobudzają nerki, odciągają wodę z kiszki i sprowadzają zaparcie.

Lato i jesień, to najodpowiedniejsze pory roku do leczenia zaparcia. Mamy wtedy soczyste i świeże owoce i jagody w obfitości. W Ameryce, jak wiadomo, jest zwyczaj jedzenia zrana naczko pomarańczy lub „grape fruit” (citrus aurantium). Ziemniaki w mundurze, w łupinach z masłem, są tam także zalecane w tym celu do pierwszego śniadania.

Opierając się na tych przesłankach opracował Porges następujący schemat diety bardzo prostej i oddającej dobre usługi w zaparciu nawykowym:

- a) naczczo szklanka zimnej wody z 1 — 2 łyżkami stołowymi cukru mlecznego;
- b) na drugie śniadanie i podwieczerek po 10 fig, daktyli lub śliwek moczonych;
- c) w ciągu dnia 150 — 250 gr. ciemnego chleba i 100 — 150 gr. masła;
- d) poza tem wolno jeść choremu wszystko.

Stałe podawanie środków przeczyszczających należy uważać za błąd w sztuce leczenia, ponieważ drażnią one kiszki i powodują ich stan zapalny.

Dlatego na czele wszelkiego leczenia zaparcia musi stać bezwzględnie zupełne odzwyczajenie chorych od środków czyszczących i pouczenie o uważnem liczeniu się z najmniejszą potrzebą i natychmiastowe jej załatwienie.

Stosowane ćwiczenia cielesne i gimnastyczne wpływają dodatnio na wzmożenie ruchów perystaltycznych kiszki. Wywołują one wybitne ruchy przepony. Działają też pobudzająco na czynność wątroby i wydzielanie żółci.

Sporty, to droga obosieczna. U wielu osobników cierpiących na zaparcie, spokojne zachowanie się daje najlepsze rezultaty.

W początkowych okresach leczenia zaparcia nawykowego pomagać sobie można ławatywami z pokojowej wody, bynajmniej nie z ciepłej, ani gorącej, które hamują ruchy kiszki. Ewentualnie można podawać parafinę (Enterol, Nujol) w ilości 1 — 3 łyżek stołowych przed pójściem spać.

W objawach skurczowych wskazane jest stosowanie zewnątrz (termofory, elektrofony, kataplazmy) i wewnątrz ciepłe ławatywy z oliwy z dodatkiem kilku kropel olejku miętowego. I kąpiele solankowe posiadają własność antyspastyczną. Ze środków leczniczych najlepsze są preparaty belladonny, bellafolin i papaweryna.

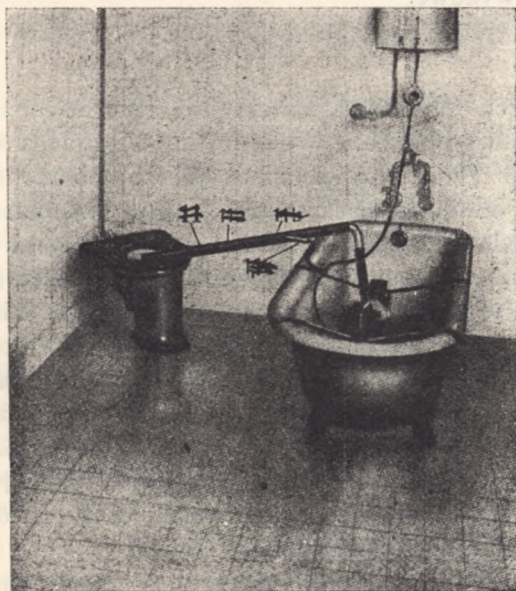
Dobre rezultaty w zaparciu skurczowym dają następujące pigułki: folia Belladonnae, extractum Belladonnae aa 0,3, Succus et pulvis Liquiritiae q. s. ut fiant pillulae Nr. 30. S. zrana naczczo 1 pigułkę lub 3 × dziennie po 1 pigułce. Można dodać do tego jeszcze papaweryny (mniej więcej 0,04 na 1 pigułkę). Ma to wpływ na kurcze gładkiej muskulatury. W cięższych przypadkach szczególnie skuteczne jest opium (mniej więcej 0,1 na 30 pigułek). (Dla zwalczania czynnika nerwowego

zalecane są także brom, waleriana, luminal, preparaty kamforowe. Nie zyskały sobie one szerszego uznania).

Wody mineralne w zdrojowiskach przy jednoczesnym leczeniu dietetycznym i zastosowaniu hydroterapii dają wyniki dodatnie.

Leczenie hydropatyczne w zaparciu jest bardzo wskazane, a mianowicie procedury zwalczające objawy kurczowe: ciepłe okłady, nasiadówki, ciepłe kąpiele i enterocleaner D-ra Broscha.

Działanie kąpeli kiszkowej polega na grubym opróżnieniu kiszki grubej i pobudzeniu muskulatury do pracy samodzielnej.



Rys. 16. Aparat Doc. Broscha.

Mimo codziennych wypróżnień z pomocą metody Broscha usuwa się jeszcze nieprawdopodobnie wielkie ilości resztujące. Jest więc w tem pewna pomoc dla wszelkich postaci zaparcia. Często udaje się tą drogą usunąć najuporczywsze zaparcie.

Zdrowiskowe leczenie nadaje się szczególnie do leczenia zaparcia nawykowego. Odciąga ono pacjenta od utrapień życia codziennego i wpływa korzystnie sugestywnie na neurotyczny charakter tego cierpienia. W zdrojowiskach posiadamy wiele środków działających na organizm przestrajająco. Pobudzenie czynności skóry z pomocą fizykal-

nych i chemicznych bodźców zasługuje w zdrojowisku na największą uwagę.

Psychoterapia w leczeniu zaparcia nawykowego zajmuje również wybitne miejsce. Zaburzenie równowagi duchowej często odgrywa najważniejszą rolę i w powstawaniu i w ciężkości tego cierpienia.

Oceniając rozmaite przytoczone tu środki przeciwko zaparciu, powinniśmy w nich widzieć tylko środek do wytworzenia nowego odruchu warunkowego, któryby przywrócił zburzony wyżej wspomniany rytm.

Tak w szkicowym zaledwie zarysie mogliśmy tylko musnąć zasadnicze wytyczne do tego tak zawikłanego jeszcze zagadnienia, jakim jest zaparcie nawykowe.



Kąpiel kiszek (Darmbad, Enterocure, enterocleaner), dokonywane z pomocą specjalnego aparatu w ciepłej kąpeli polega na przepłukiwaniu grubej kiszki. Płyn wprowadzony tym sposobem do kiszek dochodzi do cienkiego jelita, do kiszki ślepej. Zabieg ten nie sprawia żadnych dolegliwości. Woda w kąpeli pozostaje zupełnie czysta. Z pomocą aparatu Broscha mamy możliwość dogodnego i estetycznego stosowania wlewań do kiszek z rezerwuaru zawierającego płynu do 25 litrów.

O korzystnym znaczeniu przepłukiwań kiszek powyższą metodą słyszemy coraz częściej głosy z najpoważniejszych klinik europejskich. Stosowana jest ta metoda nie tylko w zaparciu i najrozmaitszych cierpieniach przewodu pokarmowego, nieżytach kiszek, cierpieniach wreczka żółciowego, ale i w chorobach przemiany materji, sklerozie, podagrze, otyłości i t. d. Następnie w przygotowaniu do operacji szeroko stosowana jest ta metoda oczyszczania kiszek.

Regularnemu opróżnianiu kiszek od czasów najdawniejszych przypisywano wielkie znaczenie.

Dziś dzięki wynalezieniu aparatu specjalnego przez wiedeńskiego docenta D-ra Broscha sprawa ta wzbudza nanowo duże zainteresowanie w świecie lekarskim. W wielkich miastach zagranicą istnieją już wszędzie specjalne instytuty (Darmbadinstitute).

Prof. MAKSYMILJAN ROSE (Wilno).

RWA KULSZOWA I JEJ LECZENIE.

Pojęcie „ischias“ jest narazie wielkim kotłem obejmującym cierpienia najróżnorodniejszego pochodzenia, których wspólną cechą jest typowe umiejscowienie i charakterystyczny ból, zwany rwą lub bólem neuralgicznym. Chodzi więc nie o jednostkę chorobową w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz raczej o charakterystyczny zespół objawów występujący z najróżnorodniejszych przyczyn.

Przez rwę (neuralgia) rozumie się ogólnie ból napadowy o wielkim nasileniu, który chorzy określają jako kłujący, ciągnący, wiercący lub krający jakby nożem. Pomiedzy poszczególnymi napadami ból przeważnie się utrzymuje, chociaż w znacznie mniejszym nasileniu. Rzadko tylko w tych przerwach zupełnie znika. Każdy ruch mięśni leżących w okolicy danego nerwu wywołuje nowy napad bólu i dlatego chory tych ruchów unika. Widzimy to najlepiej przy rwie nerwu trójdzielnego, przy której chory stara się nawet unikać rozmowy, aby wargi się nie zetknęły; jada z wielką ostrożnością, boi się wykonywać ruchy mimiczne. Ból neuralgiczny ma też tę właściwość, że zaczyna się wprawdzie przeważnie zrazu w określonej tylko części nerwu, ale po chwili jak fala promieniuje wzdłuż całego nerwu, albo w pewnym jego odgałęzieniu. Powyższe cechy rwy czyli bólu neuralgicznego napotykamy we wszystkich bez wyjątku nerwach. Tylko w przebiegu rwy kulszowej ból przeważnie nie jest napadowy, lecz stały. Rzadko tylko bowiem spotykamy w nerwie kulszowym typowe dla rwy paroksyzmy bólu. I dlatego to pierwotny pogląd, że neuralgię charakteryzują tylko bóle napadowe, ulec musi rewizji w tym kierunku, że także bóle stałe do tego obrazu zaliczamy.

Jasną jest rzeczą, że nawet prowizoryczne określenie jednostki chorobowej, albo zespołu objawów nie może się opierać li tylko na obec-

ności bólu w jakimś określonym nerwie. I tak jak w przypadku guza mózgowego uciskającego nerw trójdzielny, lub guza śródpiersia uszkadzającego nerwy międzyżebrowe nie mówimy o rwie nerwu trójdzielnego lub międzyżebrowego, taksamo guzy opon rdzeniowych lub guzy nerwu kulszowego, zapalenie opon rdzenia, choroby szkieletu i mięśni, uszkadzające bezpośrednio nerw kulszowy i wywołujące w nim bóle wykluczamy zgóry z naszych rozważań. Choroby te, stanowiące same w sobie znane nam dobrze jednostki chorobowe i wywołujące tylko wtórnie objawy ze strony nerwu kulszowego, omówimy przy rozpoznaniu różniczkowem rwy kulszowej.

Obecnie zajmujemy się więc tylko tą formą rwy kulszowej, której podstawą są zmiany zapalne w samym nerwie kulszowym, powstałe na tle cierpień ogólnych, a nie na tle mechanicznego uszkodzenia nerwu. Do tych cierpień ogólnych zaliczamy np. cukrzycę, dnę, kiłę, zatrucie alkoholem, ołowiem lub innymi metalami, gościec i t. p. Zdajemy sobie sprawę z tego, że powyższe ujęcie rwy kulszowej jest nieco sztuczne i dlatego uważane być musi za prowizoryczne, ale pozwala nam ono przynajmniej w przybliżeniu określić zasięg omawianego przez nas zespołu objawów.

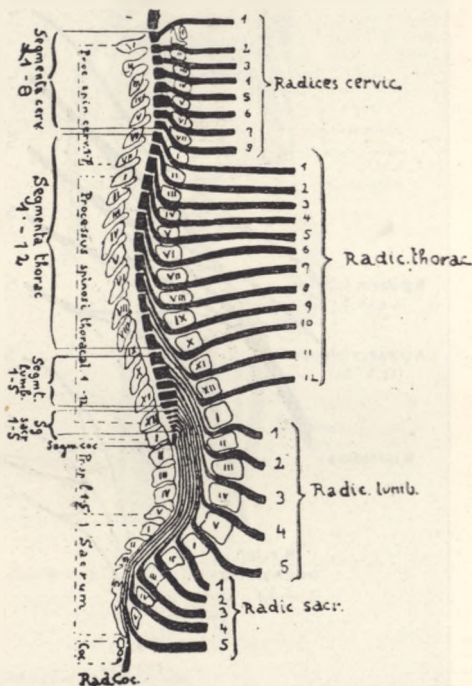
Skoro rwa kulszowa (*neuralgia ischiadica*) polega na procesie zapalnym w nerwie, to wypada z kolei zapytać, jaka zachodzi różnica pomiędzy nią, a zapaleniem nerwu (*neuritis ischiadica*). W tym kierunku musimy się jasno wypowiedzieć, że zasadniczej różnicy między niemi ani etjologicznej, ani anatomicznej, ani też klinicznej, nie znamy. Różnice bowiem, które autorzy podają, sprowadzają się jedynie do nasilenia obrazu anatomicznego i objawów klinicznych, tudzież do trwania choroby. Mówi się np. powszechnie o zapaleniu nerwu kulszowego (*neuritis ischiadica*) przy zniesieniu odruchu Achillesowego. Skoro jednak niema specjalnych cech usprawiedliwiających taki podział, będziemy stosowali nazwy *neuralgia* i *neuritis ischiadica* dla określenia tego samego cierpienia.

Rozróżniamy dwójakiego rodzaju zapalenie nerwów obwodowych: zapalenie mięszkowe i zapalenie tkanki łącznej śródmięszkowej.

Zapalenie mięszkowe nerwu odpowiada w zupełności zwyrodnieniu włókna nerwowego, przyczem objawy zapalne mogą ustępować na drugi plan. Zmiany dotyczą więc głównie włókien nerwowych jako takich, t. j. włókien osiowych i pochewek myelinowych, podczas gdy łącznotkankowe pochewki nerwowe (*perineurium*, *endoneurium*, *epineurium*) poza nieznacznem bujaniem nie wykazują żadnych zmian. Ta forma zapalenia najprawdopodobniej nie wyraża się klinicznie silniej-

szemi bólami i dlatego ważniejszą dla nas jest owa forma *neuritis*, przy której dochodzi do zapalenia tkanki łącznej śródmiaższowej.

Ostre śródmiaższowe zapalenie tkanki łącznej nerwu zauważa się już gołym okiem, ponieważ pień nerwu jest zaczerwieniony i obrzękły. Przy chronicznym zapaleniu śródmiaższowym wyczuwa się przeważnie pień nerwu jako stwardniały postronek, wykazujący miejscami zgrubienia. Mikroskopowo stwierdza się przy ostrym zapaleniu wysięk w tkance łącznej nerwu, obecność nacieku drobnokomórkowego w epi-



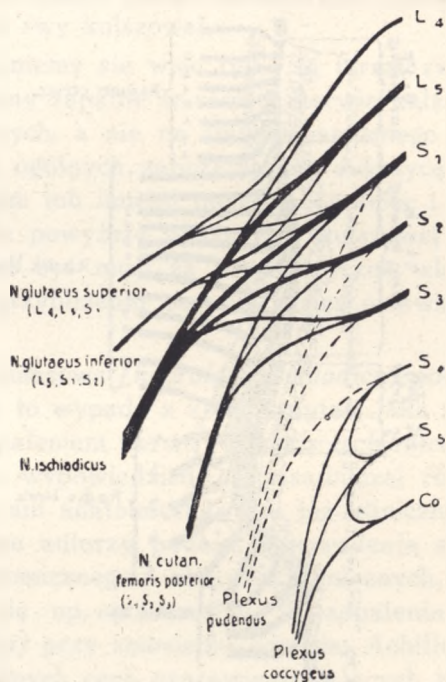
Ryc. 1. Wzajemny stosunek topograficzny odcinków rdzenia, kręgów i korzonków według Binga.

i *endoneurium* i znaczne rozszerzenie naczyń. W późniejszych stadiach utrzymuje się nacieczenie, a znika tylko przekrwienie. Stadium końcowe charakteryzuje się przez silny rozrost tkanki łącznej około- i śródnervowej (*neuritis prolifera Virchow*). W razie występowania zgrubień łącznotkankowych w pewnych odstępach w nerwie mówimy o zapaleniu nerwu guzkowem (*neuritis nodosa*).

Ważnem jest, że zmiany patologiczne w nerwie nie zawsze idą w parze z nasileniem objawów klinicznych. I tak zdarza się, że przy

nieznacznych stosunkowo zmianach bóle są niezwykle nasilone i przeciwnie. Bardzo silne bóle przy nieznacznych zmianach anatomicznych ujmuje się też, jak to wyżej przytoczono, jako rwę (*neuralgia*) w odróżnieniu od bólów wywołanych wybitnymi zmianami zapalnymi (*neuritis*).

Przy toksycznych sprawach napotyka się częstokroć zmiany zapalne nie tylko w nerwach obwodowych, lecz także w sznurach tylnych. Przy zatruciach alkoholowych występują zmiany zapalne nawet w mózgu (*polyneuritis Korsakowi*).



Ryc. 2. Splot krzyżowy.

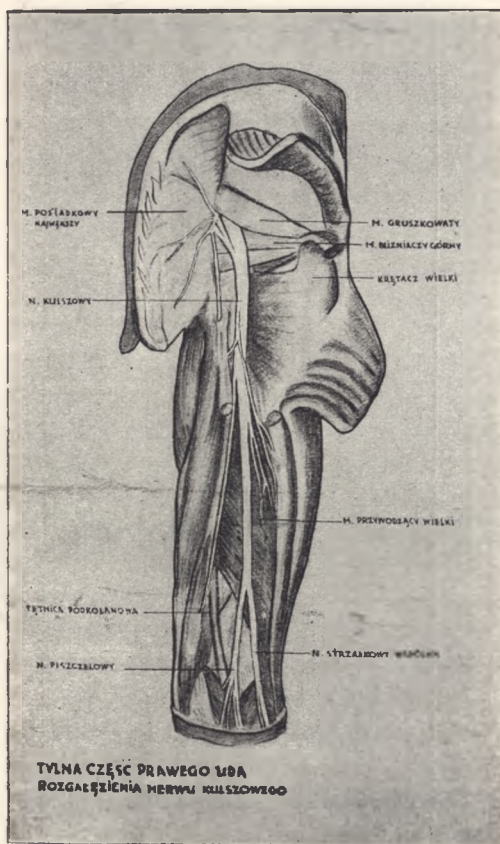
Na podstawie lokalizacji procesu w obrębie nerwu kulszowego rozróżnia się powszechnie 3 formy ischias:

1. *ischias pnia*,
2. *plexitis*,
3. *radiculitis*.

Dla zrozumienia tych stosunków przypomnieć musimy normalne stosunki anatomiczne.

Ryc. 1 przedstawia nam schematycznie stosunek poszczególnych odcinków rdzenia i wychodzących z nich korzonków do poszczególnych

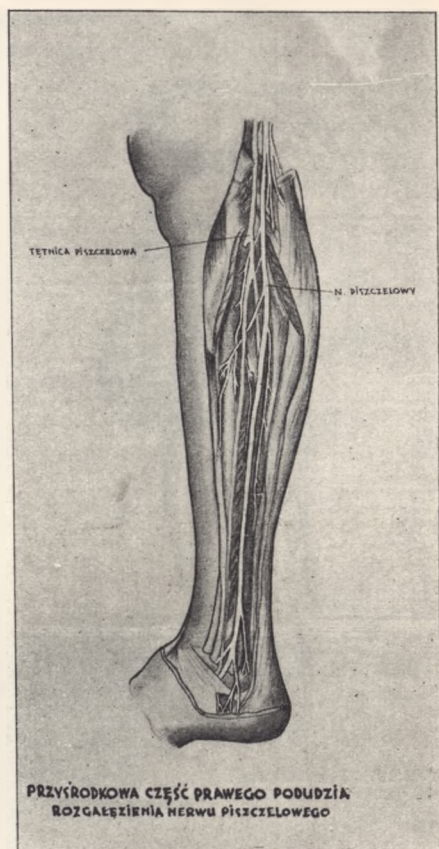
kręgów. Widzimy, że rdzeń właściwy kończy się przeważnie na wysokości górnej granicy drugiego kręgu lędźwiowego. Począwszy od drugiego kręgu lędźwiowego w dół napotykać tylko ogon koński (*cauda equina*). Jeśli spojrzymy na szyjne odcinki rdzenia, to zauważymy, że korzonki z nich wychodzące opuszczają rdzeń na tej samej prawie wy-



Ryc. 3.

sokości. W miarę zbliżenia się do rdzenia piersiowego i w tym ostatnim, korzonki wychodzące z poszczególnych odcinków przebiegają coraz dłuższą przestrzeń w dół w obrębie kanału rdzeniowego, zanim opuszczają kręgosłup. W dolnej części rdzenia piersiowego korzonki te biegną w kanale rdzeniowym zupełnie skośnie, a w okolicy lędźwiowej i krzyżowej nawet równoległe do osi ciała.

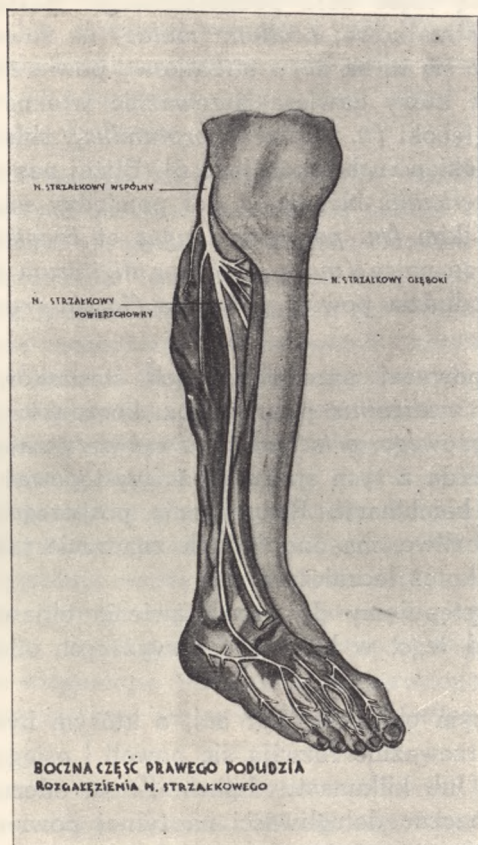
Nerw kulszowy rozwija się za pośrednictwem spłotu krzyżowego (ryc. 2) z korzonków wychodzących z IV i V-go odcinka lędźwiowego (L_4 , L_5), tudzież I, II, III odcinka krzyżowego (S_1 , S_2 , S_3). Nerw kulszowy powstały w ten sposób opuszcza miednicę (ryc. 3) pod dolnym brzegiem mięśnia gruszkowatego (*musculus piriformis*), pomiędzy nim



Ryc. 4.

a mięśniem bliźniaczym górnym (*m. gemellus superior*). Potem przebiega pomiędzy krętarzem wielkim (*trochanter major*) i guzem kości kulszowej (*tuber ossis ischi*) przykryty przez mięsień pośladkowy największy (*musc. gluteus maximus*). Następnie leży na tylnej powierzchni mięśnia przywodzącego wielkiego (*musc. adductor magnus*) przykryty zginaczami odchodzącymi od guza kości kulszowej. Doszedłszy

do dołu podkolanowego (*fossa poplitea*) leży mniej więcej pośrodku przykryty powięzią podkolanową (*fascia poplitea*). Nerw kulszowy dzieli się przeważnie w górnej części dołu podkolanowego na nerw piszczelowy (*n. tibialis*) i nerw strzałkowy (*n. peroneus*). Podział ten nastąpić też może znacznie wyżej.



Ryc. 5.

Nerw piszczelowy (ryc. 4) biegnie opuściwszy dół podkolanowy pomiędzy obydwoma głowami mięśnia brzuchatego łydki (*m. gastrocnemius*), aż do brzegu mięśnia spodniego łydkowego (*m. soleus*). Potem znajduje się pomiędzy mięśniem piszczelowym tylnym (*m. tibialis posticus*), a mięśniem łydkowym spodnim (*m. soleus*) i dostaje się w dalszym swoim przebiegu pomiędzy kostką goleniową środkową (*malleolus medialis*) i kość piętową (*calcaneus*). Poza kostką goleniową środkową

występuje podział nerwu piszczelowego na 2 gałęzie końcowe, t. j. na nerw podeszwowy zewnętrzny i wewnętrzny (*n. plantaris lateralis et medialis*).

Nerw strzałkowy (ryc. 5) biegnie po oddzieleniu się od nerwu piszczelowego wzdłuż brzoğu mięśnia dwugłowego uda (*m. biceps femoris*) i przez boczną część dołu podkolanowego. Następnie przechodzi obok szyjki kości strzałkowej (*collum fibulae*) na zewnętrzną powierzchnię kości, dzieląc się tu na nerw strzałkowy powierzchowny (*n. peroneus superficialis*), który zawiera przeważnie włókna czuciowe, i na nerw strzałkowy głęboki (*n. peroneus profundus*), składający się przede wszystkim z włókien ruchowych (ryc. 6). Bliżej nas interesujący *nervus peroneus superficialis* biegnie w dół pomiędzy mięśniem strzałkowym długim i krótkim (*m. peroneus longus et brevis*), potem wzdłuż mięśnia prostującego palce (*musculus extensor digitorum longus*), przebija w dolnej części podudzia powięź podudzia (*fascia cruris*) i kończy się jako nerw skórny.

W świetle powyżej przedstawionych stosunków anatomicznych będziemy mówili o *radiculitis* przy zajęciu korzonków, o *plexitis* przy zajęciu splotu krzyżowego, o *ischias pnia* zaś przy zajęciu samego *nervus ischiadicus*. Każda z tych spraw może występować osobno, a może też dojść do ich kombinacji. Rozpoznanie poszczególnych tych grup nie zawsze jest możliwe, ma ono jednak znaczenie tak pod względem prognostycznym jakoteż leczniczym.

Z kolei przystępujemy do przedstawienia objawów rwy kulszowej, niezależnie od tego, w którym z powyższych odcinków toczy się proces chorobowy.

Najistotniejszym objawem jest ból, o którym była już mowa na wstępie. Ból ten przeważnie rozwija się powoli i osiąga właściwe sobie nasilenie po kilku lub kilkunastu dniach. Zrazu odczuwa chory przeważnie tylko nieznaczne dolegliwości na tylnej powierzchni uda, czasem w okolicy siedzeniowej, krzyżowej lub lędźwiowej. Stopniowo ból przechodzi w gwałtowny o charakterze kłującym, wiercącym, rwącym. Zaczyna się w różnych miejscach, najczęściej jednak w okolicy otworu kulszowego (*foramen ischiadicum*), stąd strzela w dół wzdłuż powyżej opisanego przebiegu nerwu i przechodzi w obrębie podudzia przeważnie w jedno ze swoich odgałęzień, t. j. albo w nerw piszczelowy, albo strzałkowy, czasem jednak w oba. Często chory palcem wskazuje przebieg nerwu, orjentując się tylko tem, jaką drogą przebiega w nim ból. Nie-raz, chociaż rzadko, występują szczególnie nasilone bóle w obrębie izolowanej gałązki nerwu kulszowego np. w obrębie jednej lub obu gałą-

zek stopowych (*nervus plantaris lateralis et medialis*). Już na wstępie podnosiliśmy, że w przebiegu rwy kulszowej ból jest przeważnie stały, chociaż i tu nie brak jest przypadków z bólami napadowymi lub zaostrzającymi się okresowo. W każdym razie paroksyzmy bólu tak typowe np. dla rwy nerwu trójdzielnego występują stosunkowo rzadko w rwie kulszowej. Ruchy wykonywane szczególnie przy wstawaniu z pozycji leżącej lub siedzącej wzmagają ból. Także chód jest przeważnie wskutek bólu bardzo uciążliwy; nierzadko zdarza się jednak, że chorzy przy chodzie odczuwają ulgę w bólu. Bóle wzmagają się też z reguły przy kaszlu i kichaniu.

W niektórych przypadkach stosunkowo wcześniej, w niektórych dopiero w późniejszych okresach rozwija się boczne skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*). Mówi się nawet o *scoliosis ischiadica* lub *neuropathica*. Skrzywienie to skierowane jest przeważnie swą wypukłością w stronę zdrową. Zdarza się jednak, chociaż rzadko, skrzywienie w stronę przeciwną. Tłumaczenie mechanizmu powstawania skrzywienia kręgosłupa jest różne. Jedni tłumaczą skrzywienie kręgosłupa dążnością do odciążenia chorej nogi i przeniesieniem punktu ciężkości ciała na stronę zdrową. M a n n uważa skrzywienie kręgosłupa jako następstwo niedowładu *musculus erector trunci*, Lesser zaś wyraził przypuszczenie, że przez typowe ustawienie przy skrzywieniu kręgosłupa chory unika ucisku mięśnia gruszkowatego na nerw kulszowy. Ważnym jest jednak, że skrzywienie kręgosłupa występuje nie tylko przy rwie kulszowej, lecz także w przebiegu gościa mięśniowego, prowadzącego do stwardnień mięśniowych, albo w przebiegu cierpień kostnych. Czynnikiem wywołującym skrzywienie kręgosłupa jest zatem najprawdopodobniej tylko ból i dlatego należałoby zastąpić nazwę *scoliosis ischiadica* przez nazwę *scoliosis e dolore*.

Nieraz stwierdza się uciskową bolesność nerwu kulszowego w całym prawie jego przebiegu. Częściej jednak napotyka się bolesne punkty odpowiadające przeważnie tym miejscom nerwu, które się znajdują blisko powierzchni skóry, albo leżą niedaleko kości lub na niej. Najczęstszymi punktami bolesnymi jest punkt w miejscu wyjścia nerwu z otworu kulszowego (*foramen ischiadicum*), punkt pomiędzy krętarzem większym (*trochanter major*), a guzem kulszowym (*tuber ischi*) i punkt w okolicy kostki zewnętrznej (*malleolus externus*). Rzadziej stwierdza się punkt bolesny na tylnym górnym kolcu biodrowym (*spina ossis ilei posterior superior*), w środku dołu podkolanowego, do tyłu od główki kości strzałkowej (*fibula*) i na wyrostku kolczastym 5 kręgu lędźwiowego (G a r a). Czasem spotyka się też bolesność splotu lędź-

wiowego przy ucisku *per vaginam* lub *per anum*. W przypadkach rwy korzonkowej opisał Gierlich punkt bolesny około 3 cm do boku od wyrostka kolczastego 5 kręgu lędźwiowego.

Znamy jednak jeszcze szereg innych sposobów dla wykrycia bolesności nerwu. W pierwszej linii wymienić tu należy objaw *L a s è g u e ' a*. Choremu w pozycji leżącej zginaamy biernie w stawie biodrowym kończynę wyprostowaną w kolanie. W razie obecności rwy kulszowej w podnoszonej kończynie uczuwa chory przy mniejszem lub większem uniesieniu tej kończyny ból, który znika natychmiast, gdy

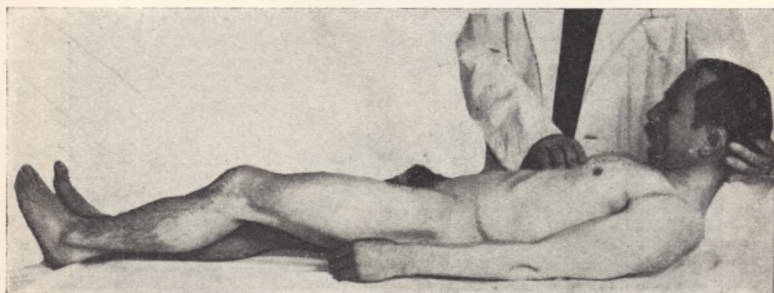


Ryc. 6. Lewostronna rwa kulszowa. Objaw *S a m b u r o w a* przy skrzyżowanym objawie *L a s è g u e ' a*.

zegniamiy biernie kończynę w kolanie. Zjawisko to polega na tem, że zginając w stawie biodrowym kończynę wyprostowaną w kolanie wydłużamy nerw kulszowy o 3—4 cm. To wyciągnięcie nerwu jest w warunkach prawidłowych niebolesne, wywołuje natomiast przy rwie kulszowej dotkliwy ból, który znika po rozluźnieniu nerwu przez zgięcie kolana. Często też, szczególnie w ciężkich przypadkach, otrzymujemy ból w chorej kończynie przy wywołaniu *L a s è g u e ' a* po stronie zdrowej, co również odnosimy do działania mechanicznego. *S a m b u r o w* zwrócił uwagę na to, że przy skrzyżowanym objawie *L a s è g u e ' a* badany nie tylko odczuwa ból w chorej kończynie, lecz także zgina ją w stawie kolanowym (ryc. 6). Objaw *L a s è g u e ' a* ma dla rozpoznania rwy kul-

szowej bardzo duże znaczenie, występuje on jednak także przy schorzeniu innych części miękkich narażonych na wyciąganie przy jego wywoływaniu (np. mięśni pośladkowych, zginaczy uda i t. p.) i dlatego musi być z wielką ostrożnością oceniany.

W wypadkach, w których chodzi nam o wykluczenie schorzenia mięśni lub stawów, posługiwać się możemy objawem Lindnera, polegającym na tem, że choremu leżącemu zginamy biernie głowę ku przodowi (ryc. 7). Przy takim ruchu często występuje ból w zajęтым nerwie kulszowym, przyczem chory daną kończynę zgina w stawie biodrowym i kolanowym (Samburov). Ponieważ przy objawie Lindnera nie naciągamy zupełnie mięśni kończyn, przemawia on w wypadku pozytywnym za rwą kulszową. Tu wymienić też należy objaw Bechterewa: chory siedzący w łóżku może wyprostować zdrową kończynę



Ryc. 7. Lewostronna rwa kulszowa. Objaw Lindnera.

dolną tylko wtedy, gdy wykona zgięcie w stawie biodrowym i kolanowym kończyny chorej (ryc. 8).

Z wielką korzyścią stosować też można objaw Turyna: Chory leży poziomo. Po stronie chorej wykonujemy fleksję dorsalną palucha (ryc. 9). Przez ten zabieg naciągamy nerw podszwowy zewnętrzny i wewnętrzny (*nn. plantaris lateralis et medialis*), które, jak wiadomo, odchodzą od nerwu piszczelowego (*n. tibialis*). Wskutek tego dochodzi więc do przemieszczenia w pniu nerwu kulszowego gałązek zmierzających do nerwu piszczelowego i wywołania u badanego bólu w okolicy pośladkowej. Przy pomocy tej metody możemy też określić, czy rwa dotyczy nerwu kulszowego w całym jego przekroju. Jeżeli dotyczy bowiem całego przekroju, to otrzymujemy ból tak przy wyprostowaniu palucha (*n. piszczelowy, n. tibialis*), jakoteż przy jego zginaniu (nerw strzałkowy, *n. peroneus*). Przy zajęciu tylko nerwu piszczelowego otrzymuje się natomiast ból wyłącznie przy wyprostowaniu palucha,

przy zajęciu zaś tylko nerwu strzałkowego wyłącznie przy jego zgięciu (ryc. 10). W razie więc, gdy objaw Turyna występuje równocześnie z objawem Lasègue'a przemawia on za schorzeniem nerwu kulszowego, a nie innych części miękkich, ponieważ części miękkie nie doznają przy jego wywoływaniu żadnego naciągnięcia.

Zaburzenia czucia nie są typowe dla rwy kulszowej. Zdarza się jednak wyjątkowo przytępienie czucia, szczególnie na przestrzeni skórnej zaopatrywanej przez *nervus tibialis posterior* lub *nervus peroneus*. Znaczniejsze zaburzenia czucia budzić jednak muszą zawsze podejrzenie, że chodzi o proces uciskowy w obrębie rdzenia, ogona końskiego, splotu krzyżowego lub nerwu obwodowego.

W dziedzinie odruchów nie napotyka się w lżejszych przypadkach żadnych zmian. W przypadkach dalej posuniętego zapalenia nerwu kul-



Ryc. 8. Lewostronna rwa kulszowa. Objaw Bechterewa.

szowego zauważa się nierzadko osłabienie, albo nawet zniesienie odruchu Achillesowego. Pamiętać należy o tem, że zniesienie odruchu kolanowego wyklucza samoistną rwę kulszową, a przemawia za procesem toczącym się w ogonie końskim lub jego otoczeniu, w oponach lub w nerwie udowym (*n. femoralis*), ponieważ mięsień czterogłowy (*m. quadriceps*) zaopatrywany jest przez ten nerw.

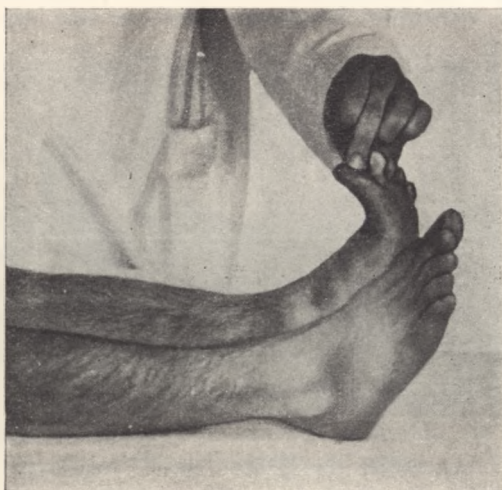
Oppenheim zwrócił uwagę na zwiotczenie i zwężenie ścięgna Achillesowego po stronie chorej. Objaw ten zauważa się jednak stosunkowo rzadko.

Banchieri znalazł w 50% przypadków zmiany zapalne w płynie mózgowo - rdzeniowym. Przyjąć więc można, że w tych przypadkach chodzi o schorzenie korzonków, z których tworzy się nerw kulszowy. W tych przypadkach rozpoznać więc musimy ischias korzonkowy

(*radiculitis*). W przypadkach *radiculitis* napotyamy, jakto już wyżej przytoczono, punkt uciskowy 3 cm do boku od wyrostka kolczastego 5 kręgu (Gierlich). Zmiany zapalne w płynie mózgowo-rdzeniowym opisał też przy *ischias* Kunitzin i Brahme.

Kahlmater zwrócił uwagę na podwyższenie ciepłoty ciała w przebiegu rwy kulszowej, która ma występować stosunkowo często. Nie brak też spostrzeżeń epidemicznego występowania rwy kulszowej.

Nerw kulszowy jest, jak wiadomo, nerwem mieszanym. Dlatego uderzającym jest, że mimo bardzo wybitnych objawów czuciowych, które napotyamy w przebiegu rwy kulszowej, objawy ze strony sfery ru-



Ryc. 9. Objaw Turyna.

chowej należą do rzadkości. Wymienić tu należy zanik mięśni przy dłuższym trwaniu cierpienia, którego nie możemy zawsze wytlumaczyć samą tylko nieczynnością, gdyż tu i ówdzie stwierdzić można częściowy odczyn zwyrodnienia. Zdarza się to oczywiście tylko w bardzo ciężkich przypadkach, które niektórzy klinicyści ujmują jako zapalenie nerwu (*neuritis*). Objawy porażenne nie należą jednak do obrazu rwy i zawsze budzą podejrzenie innej sprawy chorobowej.

Pamiętać wreszcie należy o tem, że rwa kulszowa kombinuje się u osobników neuropatycznych, podobnie jak inne cierpienia, z szeregiem objawów psychicznych, jak nadmierne reakcje bólowe, nadmierne utykanie i t. p. Poza tem dochodzi często u tych osobników, mimo przed-

miotowo dającą się stwierdzić poprawę, a nawet wyleczenie, do utrwalenia (fixacji) podmiotowych objawów.

Najistotniejsze przyczyny rwy kulszowej zostały wymienione powyżej. Zwróciliśmy też uwagę na to, że szereg lekarzy rozpoznaje rwę kulszową także w innych cierpieniach samoistnych, dających obraz podobny, ponieważ wywołują bóle w tej samej okolicy lub uciskają nerw kulszowy. Przypadki takie uwzględnić musimy przy rozpoznaniu różniczkowym.

Ujęcie bowiem rwy kulszowej jako jednostki chorobowej jest, jak to już na wstępie zaznaczyliśmy, narazie niemożliwe. Trudno też postawić ostrą granicę pomiędzy temi czynnikami, które przyjmujemy



Ryc. 10. Objaw Turyna.

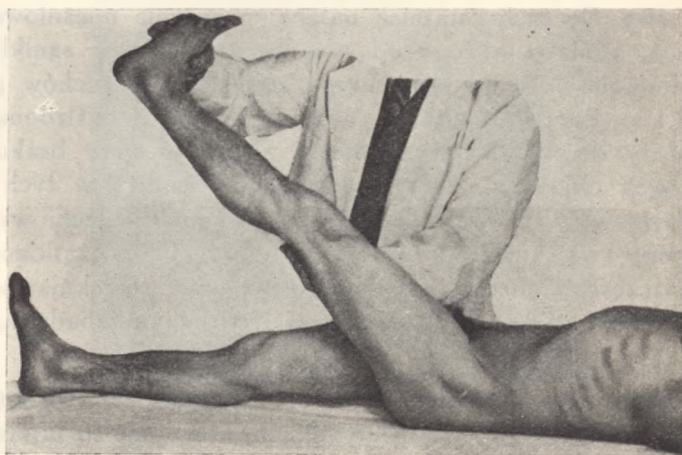
jako czynniki etiologiczne rwy, a temi, które odrzucamy jako takie. Napotkawszy zespół ischiadyczny przy cukrzycy, dnie, alkoholizmie, zatruciu ołowiem, chorobach infekcyjnych i t. p. każdy lekarz rozpozna rwę. Niejeden lekarz rozpozna jednak rwę także przy zwężeniu otworu międzykręgowego (*foramen intervertebrale*) i wywołanym przez to ucisku na nerw kulszowy, przy ucisku blizn sąsiadujących na nerw i t. p. Nie jest to nawet zasadniczym błędem, ponieważ także i te zmiany prowadzą do procesów zapalnych w nerwie kulszowym, dając obraz rwy. Ważnem jest tylko, aby ustalić przyczynę i nie leczyć jako ischias np. przypadków gruźliczego zapalenia kręgow, guzów rdzenia, mięsaków kości miednicy lub kości udowej i t. p. Te przypadki dają bowiem również szczególnie w początkach ten sam zespół, jaki napotykamy w rwie kulszowej, ale stanowczo nie mieszczą się w tem rozpoznaniu.

W imię szczerości, która cechować winna każdego badacza, podnieść wreszcie pragnę, że przyczyn rwy kulszowej znamy bardzo wiele, gdy jednak mamy przyczynę określić w danym przypadku, który zasięga naszej porady, to przyczyny tej bardzo często nie potrafimy podać. Znaczy to, że nauka nasza o rwie kulszowej nie jest jeszcze dostatecznie ugruntowana i że obok wielu czynników etjologicznych, które znamy, jest napewno jeszcze więcej takich, które nam są narazie obce.

Wogóle stwierdzić należy, że lekarze za często posługują się rozpoznaniem rwy kulszowej, ponieważ rozpoznają ją w każdym przypadku bólu uczuwanego w typowej okolicy. Rozpoznanie opierać się jednak musi z jednej strony na stwierdzeniu powyżej przytoczonego zespołu objawów, z drugiej zaś na braku pewnych objawów, których obecność wyklucza rwę. Do tych ostatnich należą: porażenia mięśniowe, wybitne znieczulenia, silnie wyrażony odczyn zwyrodnienia w zanikłych mięśniach, zniesienie odruchu kolanowego, zniesienie odruchów po stronie zdrowej i t. p. Pamiętać wreszcie należy o tem, że obustronna rwa kulszowa należy do wielkich rzadkości i że nawet przy braku powyżej przytoczonych objawów negatywnych zawsze należy w tych przypadkach podejrzewać sprawę, toczącą się w kanale rdzeniowym. Także jednostronna rwa kulszowa jest jednak często początkiem choroby rdzenia najczęściej guzów i dlatego rozpoznanie rwy kulszowej postawione być może tylko po bardzo wszechstronnem zbadaniu neurologicznem.

Najczęstszem cierpieniem z którem zamienia się rwę kulszową są bóle mięśniowe (myalgje). Przy myalgjach, które nas tu interesują, mamy przeważnie do czynienia ze stwardnieniami mięśniowemi (myogelozy) w mięśniach lędźwiowych (*lumbago*), w mięśniach siedzenia i mięśniach uda. Są to podłużne, okrągławe stwardnienia, które osiągają nieraz długość i grubość małego palca. Stwardnienia te nie ustępują w narkozie (Fritz, Lange, Schade). Przyczyną stwardnień są zaziębienia, choroby zakaźne, choroby przemiany materji, chwilowe lub stałe natężenia mięśni (szybki ruch, podźwignięcie się i t. p.). Przy stwardnieniach w mięśniach siedzeniowych i zginaczach uda lokalizują choroby ból samoistny podobnie jak przy rwie kulszowej. W tych przypadkach napotykamy też dodatni objaw *Lasègue'a*, powstały wskutek naciągania schorzałych mięśni przy tym zabiegu. Dla stwierdzenia jednak czy mamy do czynienia z prawdziwym objawem *Lasègue'a* w przebiegu rwy kulszowej, czy też z pseudo-*Lasègue'm* przy myogelozie, wykonujemy powyżej przytoczone próby *Lindnera* i *Tury*na lub następującą próbę: choremu leżącemu unosimy kończynę wyprosto-

waną w stawie kolanowym, aż do chwili, gdy zacznie się skarżyć na ból. Wtedy wykonujemy dorsalną fleksję stopy (ryc. 11). Gdy mamy do czynienia z rwą kulszową, to ból się wzmacnia, ponieważ fleksja dorsalna stopy powoduje dalsze naciąganie nerwu; przy stwardnieniu zaś w obrębie mięśni siedzenia i mięśni uda ból się z natury rzeczy nie wzmacnia, gdyż mięśnie te nie ulegają przy tym zabiegu naciąganiu. Wskutek myogeloz i przykurczów powstałych w obrębie mięśnia gruszkowatego (*m. piriformis*) i bliźniaczego górnego (*gemellus superior*) dojsć może do ucisku nerwu kulszowego, który leży między temi mięśniami. W tych przypadkach więc leczyć musimy nie nerw kulszowy lecz mięśnie E. P l a t e opisał przypadki, w których gościec mięśnia biodro-



Ryc. 11. Zginanie stopy przy objawie L a s è g u e'a.

wo - lędźwiowego (*m. ilio - psoas*) dawał objawy rwy kulszowej. Niektórzy autorzy wyrażają wogóle zdanie, że proces zapalny w mięśniach jest zawsze pierwotny i przenosi się dopiero wtórnie na nerw kulszowy (F. C. Purser).

Leczenie stwardnień mięśniowych jest bardzo wdzięczne. Polega ono na masażu przy pomocy którego usuwa się stwardnienia (*gelotrypsja*). W ostrych przypadkach postrzału w krzyże wystarczą masaże lżejsze. Technika tych masaży jest następująca: skórę pokrywa się płynną parafiną i masuje się zrazu całą dłońią. W miejscach stwardnienia masujący wypycha końce palców w głąb i ruchami gniotącemi usuwa myogelozę. Masujący czuje wyraźnie jak stwardnienie mięknie a cho-

ry podaje równocześnie, że ból się zmniejsza. Następnie na miejsce bolące stosuje się ciepło.

Jest zasługą Lindstedta, że na przeszło 100 przypadkach wykazał, jak często stawia się fałszywie rozpoznanie myalgia albo neuralgia. Bardzo często bowiem chodzi o bóle wywołane organicznymi zmianami w kościach i stawach. Nieślusznym jest jednak wniosek Lindstedta, że rwa kulszowa może być wywołana przez płaską stopę. Bóle bowiem przy stopie płaskiej są wywołane zmianami w statyce. Bóle w łydce, w udzie i stawie biodrowym są przy stopie płaskiej następstwem zbytowego napięcia pewnych grup mięśniowych. Wskutek przeciążenia powstają w tych mięśniach myogelozy i dochodzi do bólów podobnych do kulszowych. Te bóle jednak znikają w 90% po zastosowaniu wkładek, t. j. przez poprawienie stosunków statycznych. W pozostałych przypadkach musi się jeszcze leczyć myogelozy. Stopa płaska jest więc cierpieniem samoistnym, nic nie mającym wspólnego z rwą kulszową.

Doświadczenie codzienne uczy też, że rozpoznanie rwy kulszowej stawia się często przy zniekształcającym zapaleniu stawów dolnych kręgów lędźwiowych, szczególnie stawu między 4 a 5 kręgiem lędźwiowym (Putti i Valls, Danforth, Murray, Wilson i Biancheri). Hance, Mody i Ujwal uważają nawet, że większość przypadków rwy kulszowej powstaje wskutek infekcyjnych zmian stawowych kręgosłupa lędźwiowego. Zmiany te prowadzić bowiem mają do zacieśnienia otworów międzykręgowych (*foramina intervertebralia*) a w następstwie tego do żylnego zastojów i ucisku na nerw. Przyczyną tych zmian infekcyjnych mogą być wedle amerykańskich autorów zepsute zęby, powiększenie migdałków, zapalenie jam bocznych, dróg moczowych i t. p. Zmiany stawowe kręgów rozpoznać lub wykluczyć można tylko na zdjęciu rentgenologicznym.

Inaczej przedstawia się sprawa zniekształcającego zapalenia stawu biodrowego. Tu bowiem przy pomocy objawu J. Forestiera możliwe jest stosunkowo wczesne rozpoznanie nawet bez zdjęcia rentgenicznego. Pacjenta kładzie się na brzuchu. Badający zgina pod udzie wobec uda pod kątem prostym i ująwszy za stopę wykonuje nią szybko ruchy w osi poziomej w jedną i drugą stronę. Przy tym zabiegu staw biodrowy ulega ruchom rotacyjnym na zewnątrz i na wewnątrz. W prawidłowych warunkach i w przebiegu rwy kulszowej ruchy w biodrze są wolne, wydatne i niebolesne. Przy *malum coxae* natomiast jest amplituda ruchu w biodrze mniejsza i występują bóle. W przebiegu rwy kulszowej chory nie uczuwa zgola żadnego bólu,

a ruch jest swobodny i wydatny. Dla rozpoznania zapalenia stawu biodrowego ważny jest też objaw Hoffa'y polegający na tem, że abdukcja kończyn dolnych jest w tem cierpieniu bolesna i ograniczona, w przebiegu zaś rwy swobodna i niebolesna.

Rozpoznając rwę kulszową musimy też wykluczyć zmiany zapalne w stawie biodrowo-krzyżowym, co najłatwiej skutecznie można przy pomocy zdjęcia rentgenicznego.

Nader trudno może być wreszcie rozpoznanie różniczkowe między rwą kulszową a chromaniem napadowym (*claudicatio intermittens*). W cierpieniu tem chodzi o osłabienie i ból występujący po dłuższem lub krótszem chodzeniu w jednej, a bardzo rzadko w obu nogach. Bóle te dochodzą przy dalszem chodzeniu do bardzo wielkiego nasilenia, tak, że chory musi usiąść lub położyć się. Po dłuższej lub krótszej pauzie chód znowu jest możliwy. Ból lokalizują chorzy albo w łydce albo w udzie albo, jak to przeważnie bywa, w całej kończynie dolnej. Choroba ta opisana została najpierw u koni (Bouley). W późniejszych stadjach chromania napadowego bóle bywają stałe nawet w pozycji siedzącej i leżącej. Z reguły stwierdza się objawy naczyniowo-ruchowe w postaci błądźcy stopy lub sinicy, które występują szczególnie po chodzeniu. Pacjentom tym polecamy przez kilka chwil szybko chodzić, poczem podeszwa przybiera woskowo bladą barwę (Oppenheim). Odruchy zachowują się przeważnie prawidłowo. Podłożem tej choroby jest miażdżycza tętnic, zapalenie zarostowe tętnic (endarteriitis obliterans) albo stany spastyczne. Zmiany naczyniowe można często wykazać nawet rentgenicznie. Z reguły jednak stwierdzić możemy znikanie pulsu w tętnicach stopy szczególnie w *arteria dorsalis pedis* i *tibialis postica*. Leczenie tego cierpienia jest oczywiście zupełnie odmienne aniżeli rwy kulszowej i polega na leczeniu miażdżycy względnie innych cierpień prowadzących do zarostu naczyń, tudzież na stosowaniu ciepła i środków rozszerzających naczynia (np. *natrium nitrosum*).

Posiadamy bardzo dużo środków przeciw rwie kulszowej, co już samo przez się świadczy o tem, jak trudne jest leczenie tej choroby i że brak nam jest suwerennego środka. Nie może nas to jednak wcale dziwić, skoro przypomniemy sobie, że rwa kulszowa nie stanowi zwartej jednostki chorobowej, lecz jest tylko zespołem objawów, występującym z najróżnorodniejszych przyczyn.

Mówiąc o leczeniu, niepodobna nie zwrócić uwagi na to, że rwa kulszowa nawet o bardzo wielkiem nasileniu nieraz ustępuje po kilku tygodniach, a nawet po kilku dniach po różnorakim leczeniu. Są to przypadki, które dla doświadczonego lekarza stanowią miłą niespo-

dziankę, a w niedoświadczonym budzą nieusprawiedliwioną ufność w jej metody lecznicze. Zdarzają się jednak przypadki rwy niezwykle uporczywej w leczeniu, ciągnące się miesiącami a nawet latami, poprawiające się na pewien czas i znowu się powtarzające. Najgorsze jest rokowanie wtedy, gdy chodzi o niewyleczalne cierpienie zasadnicze, najlepsze w ostrych przypadkach na tle gośćcowem lub urazowem.

W każdym ostrym przypadku należy rozpocząć leczenie rwy od leczenia cierpienia podstawowego, o ile je oczywiście możemy wykryć, co niestety dość często się nie udaje.

Każdy ostry przypadek należy do łóżka. Choremu aplikuje się w miejscach bolesnych ciepłe okłady przez kilka godzin dziennie. Okłady te nie powinny być za gorące. Najlepiej użyć do tego ciepłego piasku w workach, flaszek gumowych z ciepłą wodą lub poduszczyk elektrycznych. Można też stosować okłady borowinowe lub fango, gorące powietrze lub diatermję. Najistotniejszym wydaje mi się jednak, aby ciepło było stosowane bardzo długo, gdyż przekrwienie wywołane w ten sposób jest najenergiczniejszym środkiem leczniczym. W miejscach punktów bolesnych stosują niektórzy środki drażniące. Polecenia godne jest zastosowanie w miejscach bolesnych baniek lub kilku pijawek. Równocześnie podawać należy środki wewnętrzne. Na największe polecenie zasługują preparaty salicylowe, chinina i phenacetyna. Doświadczenie uczy, że przy stosowaniu powyższych środków nawet w cięższych przypadkach otrzymujemy po krótszym lub dłuższym czasie pożądaną wyznik. Wrazie silnych bólów stosować można mieszankę aspiryny lub piramidonu z luminalem lub codeiną. W bardzo ciężkich przypadkach nie unikniemy też stosowania pantoponu lub morfiny. W ostrych przypadkach stosuje się w ostatnich latach, podobnie zresztą jak w chronicznych, z niezłym skutkiem vaccineurinę i proteino-terapię. Leczenia tego nie stosuje się jednak w ostrych przypadkach odrazu, lecz dopiero po 2—3 tygodniach.

W ostatnich czasach bardzo zalecane są szczególnie przez Chenilleau i Dejust'a i Lepsky'ego naświetlania promieniami ultrafioletowemi o dawkach wywołujących rumień. Gdy rumienia nie można zwywołać promieniami ultrafioletowemi, doradza Lepsky poprzednie zastosowanie promieni cieplnych (lampa sollux lub łukowa). Wynik leczniczy jest tem lepszy, im większy jest rumień skóry. Szczególnie dobre wyniki osiąga się tą metodą przy lumbago.

Polecane jest też leczenie lampą kwarcową (Hall, Humphris, Morel, Troup i Churchill).

Na szczególne uwzględnienie jako bardzo skuteczny środek zasługuje galwanizacja. Stosuje się 10—30 MA, codziennie 1—2 razy 10—15 minut, przyczem katodę umieszcza się na zdrowej kończynie lub tułowiu, a anodę na punkcie bolesnym. Wymienić wreszcie należy także jonizację (P. Mathieu).

W przypadkach uporczywej rwy kulszowej stosuje się z dobrym skutkiem naświetlania rentgeniczne, które są też skuteczne przy rwach innych nerwów. Kolj'u mógł wśród swoich 182 przypadków rwy kulszowej stwierdzić w 35% przypadków zupełne wyleczenie, w 50% zaś znaczną poprawę. Dobre wyniki podaje też po leczeniu rentgenicznym Zimmern i Chavany. E. Juster proponuje w uporczywych przypadkach kombinacyjne leczenie diatermją i rentgenem.

Prawie zupełnemu zapomnieniu uległo stosowanie przy rwie kulszowej naciągania nerwu. Jest ono w chronicznych przypadkach niewątpliwie bardzo skuteczne. Zabieg ten, polegający na kilkakrotnym powolnym biernym unoszeniu chorej kończyny, wyprostowanej w kolanie, jest szczególnie w początkach dla chorego przykry.

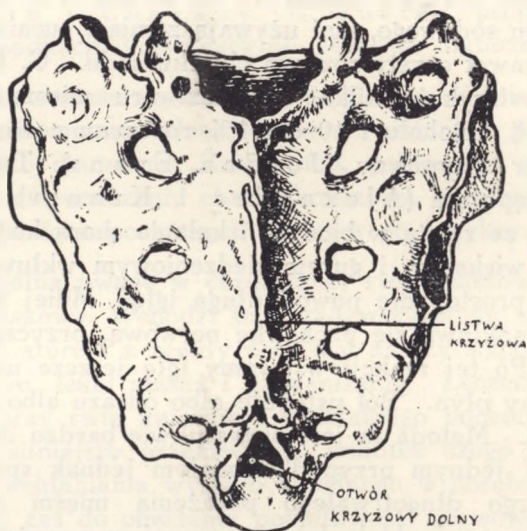
Na szczególną uwagę w chronicznej rwie kulszowej zasługuje leczenie zdrojowiskowe. Wchodzi tu przedewszystkiem w rachubę leczenie termalne, z którym z reguły połączyć należy wspomniane powyżej naciąganie nerwu, lekki masaż i galwanizację. Leczenie termalne stosować można przy rwie kulszowej wszelakiego pochodzenia, ponieważ powoduje ono silniejsze przekrwienie, wskutek czego dochodzi z jednej strony do wchłaniania wysięku zapalnego w obrębie nerwu kulszowego, z drugiej zaś do obniżenia pobudliwości nerwowej a tem samem do zmniejszenia bólów. Poza kąpielami termalnymi stosować można kąpiele mułowe, które obok działania ciepła łagodzą bóle i wzmagają wchłaniające działanie kąpieli termalnych. Wymienić wreszcie należy korzystne działanie kąpieli siarkowych i solankowych. W kraju naszym rozporządzamy wielką ilością zdrojowisk przewyższających częstokroć pod względem leczniczym zdrojowiska zagraniczne. O ile chodzi o rwę kulszową należy w pierwszej linii wymienić Ciechocinek, który łączy w sobie możliwość leczenia termalnego, mułowego i solankowego. Poza tem stosować można kąpiele siarczano - solankowe w Busku i Solcu, siarczane w Horyńcu, Krzeszowicach, Swoszowicach, Lubieniu Wielkim i Niemirowie. W tych wszystkich miejscowościach jest też możność stosowania kąpieli borowinowych. Przy rwie kulszowej na tle wadliwej przemiany materji wskazane jest wreszcie leczenie w Truskawcu lub Krynicy.

W ciężkich przypadkach leczenie polegać musi na blokadzie nerwu. Gierlich poleca zależnie od lokalizacji procesu zastrzyki śródnerwowe 0,2% tutocainy w korzonki lub pińe nerwu. Do zastrzyków korzonkowych używa on igły 8 cm długiej, 0,6 mm szerokiej, którą wkłwa w okolicy punktu bolesnego Gierlicha, na prawo od wyrostka kolczastego 5 kręgu lędźwiowego. Chory uczuwa przy nakłuciu korzonka silny ból i wtedy należy wstrzyknąć 10—20 cm³ roztworu tutocainy. Bóle znikają odrazu. Bardzo rozpowszechnione są zastrzyki w pień nerwu kulszowego lub jego okolice (Lange, Schlösser, Krause, Wiener, Bum, Alexander i in.). Do zastrzyków używa się różnych środków. Lange poleca 70 — 80 cm³ 1⁰/₁₀₀ eucainy + 8⁰/₁₀₀ roztworu chlorku sodowego, inni używają zamiast eucainy tropococainę, novocainę lub nawet czysty roztwór chlorku sodu. G. Labat i M. B. Greene wstrzykują kilka cm³ roztworu mieszaniny do której użyli 5 cm³ 95% alkoholu i 10 cm³ 1% roztworu novocainy. Używany jest też roztwór antypiryny (Jordan, Evans). Technika blokady nerwu jest następująca (Alexander i Kroner): chory leży na zdrowej stronie ze zgiętą w biodrze i kolanie chorą kończyną. Pomiędzy krętarzem większym i guzem siedzeniowym wkłwa się po oczyszczeniu skóry prostopadle powoli długą igłę. Mniej więcej w głębokości 7—9 cm nakłwa się pochewkę nerwową, przyczem chory uczuwa silny ból. Po tej reakcji wsuwamy igłę jeszcze nieco głębiej (ca 1 cm) i wlewamy płyn. Ból ustępuje albo odrazu albo po 2 względnie 3-cim zastrzyku. Metoda ta jest niewątpliwie bardzo dobra i daje dobre wyniki. W jednym przypadku miałem jednak sposobność obserwowania ciężkiego długotrwałego porażenia mięśni zaopatrywanych przez nerw kulszowy po blokadzie dokonanej w powyższy sposób.

W wypadkach, w których blokada nerwu nie okazuje się skuteczna, osiągamy nieraz zupełne znikanie bólu po jednym lub kilku zastrzykach ponadoponowych (epiduralnych) wykonanych wedle Cathelin'a i Sicard'a.

Worek opony twardej sięga u dorosłego człowieka mniej więcej do II kręgu krzyżowego. Poniżej napotykamy w kanale krzyżowym tylko korzonki nerwowe splotu krzyżowego, tkankę tłuszczową i naczynia. Do kanału krzyżowego dostać się można przez otwór krzyżowy dolny (*foramen sacrale inferius*). Otwór ten łatwo można wyczuć palcami, albowiem ograniczony jest od góry przez koniec listwy krzyżowej, a do boku przez dwa wyrostki. Cały otwór zamknięty jest więzadłem krzyżowo-ogonowym (*lig. sacro-coccigeum*). Jeżeli końcem palca posuwamy się w dół po środkowej listwie krzyżowej, to wpada on nagle w za-

głębienie, odpowiadające otworowi krzyżowemu dolnemu (ryc. 12). Najlepiej wyczuć można punkty orientacyjne dolnego otworu krzyżowego, gdy chory znajduje się w pozycji łokciowo - kolanowej lub w pozycji bocznej przy silnym zgięciu kręgosłupa i dolnych kończyn. Do zastrzyku nadoponowego posługujemy się strzykawką 10 cm i igłą 6—8 cm długą. Do zastrzyku używamy 1% roztworu kokainy lub 4% roztworu stovainy (Blum). Późniejsze zastrzyki wykonywać można nawet czystym roztworem soli fizjologicznej. Określiwszy w powyżej podany sposób miejsce otworu krzyżowego dolnego, wprowadzamy igłę przy zachowaniu aseptyki pod kątem 20° i przekuwamy najprzód wię-



Ryc. 12. Kość krzyżowa.

ządło krzyżowo-ogonowe. Potem wprowadzamy już igłę poziomo do kanału, poczem przekonawszy się, że nie nakłuliśmy żyły ani worka oponowego, wstrzykujemy powoli płyn. Przeważnie bóle ustępują natychmiast. W cięższych przypadkach powtarza się zabieg do 5 razy w 2—3-dniowych odstępach czasu.

W przypadkach szczególnie opierających się leczeniu stosował E. W. Baum z dobrym wynikiem operację Stoffel'a.

Babtschin wykonał w jednym przypadku nader uporczywej ischias korzonkowej chordotomię metodą Foerstera na wysokości piątego odcinka piersiowego, która sprowadziła zupełne wyleczenie. Chordotomia polega, jak wiadomo, na przecięciu w rdzeniu przednio-

bocznego pęczka (*fasciculus antero - lateralis Gowersi*), w którym bieżą drogą przewodzące ból.

Mimo, że brak nam jest, jak to na wstępie podnieśliśmy, uniwersalnego środka dla leczenia rwy kulszowej, nie stoimy już obecnie wobec tego cierpienia bezbronni, ponieważ doświadczony lekarz znajdzie zawsze wśród stojących mu do dyspozycji środków taki, jaki się w danym przypadku nadaje.

Najważniejszą podstawą leczenia rwy kulszowej jest jednak przede wszystkim trafne rozpoznanie, które nie obejdzie się nigdy bez dokładnego zbadania neurologicznego, tudzież zbadania mięśni i kości.

Już powyżej zwrócono uwagę, że rwa kulszowa może być tak silnie psychicznie utrwalona, że chory skarży się na dotkliwie bóle, mimo to, że podstawa tych bólów w postaci zapalenia nerwu już ustąpiła. Przypadki te kwalifikują się do leczenia psychicznego. Są to bardzo uporczywe, często przez lekarzy nierozpoznane przypadki, które nagle doznają wyleczenia u znachora. Przypadki rwy kulszowej utrwalonej psychicznie leczone być mogą tylko przez lekarza obeznanego z psychoterapią. Trudno tu oczywiście powiedzieć jaka metoda psychoterapeutyczna w danym przypadku uwieńczona będzie pomyślnym skutkiem. Na ogół powiedzieć tylko można, że obojętnem jest często jaką metodę się stosuje, a istotnem jest, kto tę metodę stosuje. Psychoterapeutą trzeba się bowiem urodzić.



Docent Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI, (Lwów).

CIERPIENIA ZATOK BOCZNYCH NOSA I ICH LECZENIE ZDROJOWISKOWE.

Przed około 60 laty cierpienia zatok bocznych nosa należały do ciężkich, trudno dostępnych i niewdzięcznych do leczenia. Z końcem ubiegłego i z początkiem obecnego stulecia ukazał się szereg prac różnych autorów jak Schecha, Ziemsza, Schäffera, Lichtwitztza, Lermoyez'a, Killiana, Hajeka, a u nas Mikulicza, Sędziaka, Dmochowskiego i innych, które rzuciły światło na etiologję, patologję i terapię schorzeń jam bocznych nosa.

Stwierdzono przedewszystkiem, że cierpienia zatok bocznych nosa są częste i nie należą do rzadkich, jak dawniej sądzono. Dowodzą tego badania Dmochowskiego na zwłokach, który na 152 przypadków w 12 stwierdził ropienie jamy szczękowej. Według Oppikofera w materjale sekcyjnym przeważa ostre zapalenie, w badaniu zaś klinicznym przewlekłe zapalenie zatok bocznych nosa.

Wszystkie zatoki boczne nosa stanowią jakby uchylki jamy nosowej, z którą łączą się zapomocą odpowiedniego ujścia i są wyścielone cienką śluzówką, pokrytą nabłonkiem migawkowym i wiotko zrosniętą z okostną. Jak wiadomo, ujście jamy szczękowej znajduje się pod małżowiną środkową, a więc na najwyższym punkcie jej światła. Ma to ważne znaczenie w stanach zapalnych tejże jamy, ponieważ opróżnianie się z wydzieliny nagromadzonej w niej może mieć miejsce tylko wówczas, kiedy ta jama całkowicie się wypełni wydzieliną lub też, gdy głowa przechyli się na stronę przeciwną i ku przodowi. Jama czołowa komunikuje się z jamą nosową przez tak zwane ujście czołowe, które jest zakończeniem kanału nosowo-czołowego. Znajduje się ono na najniższym punkcie jamy pod muszlą środkową, lecz bardziej z przo-

du od ujścia jamy szczękowej. Komórki przednie sitowe mają swe ujścia również w środkowym przewodzie nosowym, a jedynie tylne komórki sitowe i jama klinowa uchodzą w górnym przewodzie nosowym, a więc ponad małżowiną środkową. Przez te ujścia następuje stała wymiana powietrza oddechowego, dochodzącego do zatok bocznych nosa z jamy nosowej. Ponieważ szerokość światła tych ujść zatok bocznych nosa waha się w granicach kilku milimetrów, może ona w przypadkach patologicznych skutkiem obrzęku śluzówki zwęzić się bardzo znacznie, a nawet może ujście całkowicie się zamknąć i wytworzyć ślepą jamę. Dzięki tej stałej komunikacji zatok bocznych nosa z jamą nosową wszystkie prawie stany zapalne, którym ulegają jamy nosowe, mogą się przenieść i często się przenoszą na zatoki boczne nosa. Dlatego nie będziemy daleko od prawdy, jeśli powiemy, że w naszych warunkach klimatycznych każdy dorosły człowiek miał przynajmniej raz w życiu zapalenie jakiejś zatoki bocznej nosa. Twierdzenie to znajduje częściowe uzasadnienie w zestawieniach statystycznych różnych autorów, którzy w 20 do 30% zwłok stwierdzali zapalenie jam bocznych nosa. Znacznie bowiem więcej jest stanów zapalnych zatok bocznych niż się ich za życia rozpoznaje.

Dawniej powszechnie sądzono, że najczęstszą przyczyną powstawania zapalenia zatok bocznych nosa jest gruźlica. Tymczasem wspomniane już powyżej badania sekcyjne Oppikofera wykazały, że stany zapalne zatok bocznych nosa występują w przebiegu wszystkich chorób, które w znacznym stopniu zmniejszają odporność organizmu a więc także i przewlekłych takich jak np. wada serca, zapalenie nerek, marskość wątroby i t. p. Najczęstszą jednak przyczyną powstawania stanów zapalnych w zatokach bocznych nosa są choroby zakaźne, do których także i ostry nieżyt nosa zaliczyć musimy; ponadto występują one w przebiegu grypy, zapalenia płuc, płonicy, błonicy, róży, duru, ospy, krztuśca i nagminnego zapalenia opon mózgowych.

Następną przyczyną powstawania stanu zapalnego w jamach bocznych nosa jest uraz, który może być zadany od zewnątrz lub wewnątrz. Zewnętrzny uraz powstaje skutkiem uderzenia lub przebicia ściany zatoki, wewnętrzny zaś skutkiem zabiegu operacyjnego w nosie, skutkiem dostania się ciała obcego do zatoki, zwłaszcza po wymiotach i t. p.

Wreszcie stany zapalne w jamach bocznych nosa mogą powstać także skutkiem przeniesienia się zapalenia z kości na śluzówkę. Takim typowym przykładem jest stan zapalny okołozębowy, który może się przenieść na jamę szczękową. Ponadto stany zapalne swoiste, jak zmiany kiłowe, gruźlicze, nowotworowe oraz zapalne w sąsiedniej za-

toce bocznej nosa mogą być przyczyną powstania stanu zapalnego w obrębie poszczególnych zatok bocznych nosa.

Odnosnie do częstości występowania stanów zapalnych w poszczególnych zatokach, to najczęściej występują one w jamie szczękowej, następnie w komórkach sitowych, w jamie klinowej, a wreszcie w jamie czołowej. Rzadko tylko występuje stan zapalny w jednej jamie, gdyż częściej równocześnie w kilku jamach jednostronnie lub nawet obustronnie jako t. zw. pansinusitis.

Pod względem anatomo - patologicznym, a także klinicznym, mamy podział zapalenia zatok bocznych nosa na ostre i przewlekłe (*sinusitis acuta vel chronica*). Ostre zapalenie zatoki może być kataralne lub też ropne. Podobnie też przewlekłe zapalenie zatoki bocznej nosa może być kataralne lub ropne.

Pod względem bakteriologicznym zapalenie zatok bocznych nosa może być wywołane przez najróżnorodniejsze zarazki, w większości zaś przypadków przez kilka rodzajów równocześnie. Według Fränkla wywołują zapalenie zatok bocznych nosa najczęściej gronkowce, paciorkowce, lasecznik influenzy, błonicy, rzekomobłoniczy, ziarenkowiec zapalenia nagminnego opon mózgowych, lasecznik ropy błękitnej, dwinka zapalenia płuc i inne. Zarazki te dostają się do jam bocznych nosa najprawdopodobniej przy siąkaniu i kichaniu lub też w łączności z ciałem obcym z urazem, albo z otoczenia, gdzie się toczy proces chorobowy.

O ile z wymienionych przyczyn powstanie stan zapalny w zatoce bocznej nosa, może on jako ostry stan zapalny w krótkim czasie ustąpić, zwłaszcza gdy ustąpi choroba zasadnicza, która go wywołała. Może jednak mimo ustąpienia przyczyny, która go wywołała, pozostać niejako utrwalic się i przejść w przewlekły stan zapalny tejże zatoki. Wówczas po ustąpieniu choroby zasadniczej zapalenie zatoki bocznej nosa wymaga już osobnego leczenia, podczas gdy ostry stan zapalny może ustąpić nawet bez żadnego leczenia.

Jakie przyczyny wpływają na to, że ostry stan zapalny zatok bocznych nosa przechodzi w przewlekły? Przyczynę tego utrwalenia się stanu zapalnego w jamach bocznych nosa należy szukać po pierwsze w t. zw. anatomicznej predyspozycji, do której zaliczymy zaleganie wydzieliny śluzowej względnie śluzowo-ropnej, skutkiem w pierwszym rzędzie wrodzonego małego ujścia, niedogodnego dla odpływu lub też całkowicie zamkniętego skutkiem obrzęku śluzówki. Ponadto ściśnięcie przyleganie obrzękłej małżowiny środkowej do bocznej ściany nosa lub nadmierne rozwinięcie najniższej położonej komórki sitowej t. zw.

bullae ethmoidalis, mogą spowodować całkowite przykrycie ujścia niektórych zatok bocznych nosa. Wreszcie skrzywienie przegrody nosowej na stronę chorej zatoki wpływa ujemnie na wyleczenie się ostrego stanu zapalnego, powstałego w tej zatoce.

Zatem, że wszystkie powyższe czynniki wpływają na ustalenie się zapalenia w zatokach nosowych, przemawiają spostrzeżenia kliniczne wykazujące szybsze wyleczenie stanu zapalnego po stronie przeciwnej w odróżnieniu od tej, która ma wyżej wspomnianą predyspozycję anatomiczną.

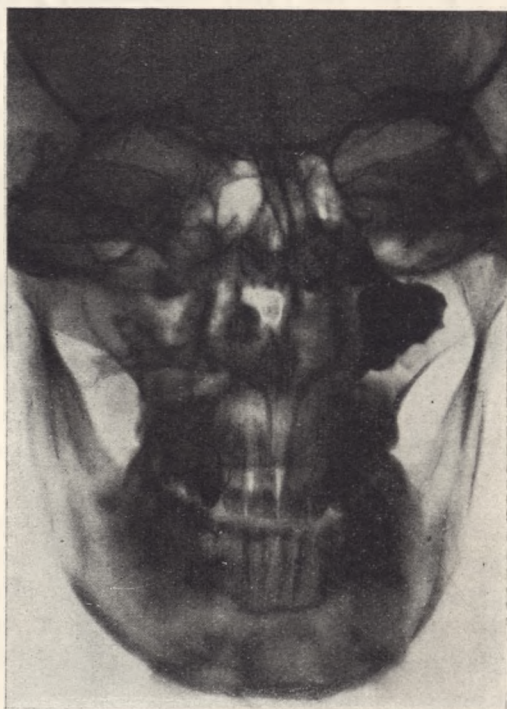


Rys. 1. Całkowite zaciemnienie lewej jamy szczękowej z powodu ropnego zapalenia.

Drugim czynnikiem, powodującym zaleganie wydzieliny śluzowej lub śluzowo - ropnej w obrębie zatok bocznych nosa, są polipy nosowe, które zwykle towarzyszą przewlekłemu zapaleniu najczęściej ropnemu zatok bocznych nosa, jakkolwiek powstają one w przebiegu ostrego stanu zapalnego tychże zatok. Polipy nosowe jak wspomniałem, powstają według teorii Uffenordre'a, Hajeka i innych w przebiegu ostrego stanu zapalnego kataralnego skutkiem obrzęku wiotkiej tkanki podśluzówkowej, zwłaszcza w obrębie ujść zatok bocznych nosa, w których śluzówka jest luźno zrośnięta z kością.

Trzecim czynnikiem powodującym przejście ostrego stanu zapalnego zatok nosowych w przewlekłe—są cztery nawroty, które za każdym następnym razem pozostawiają coraz większe i głębsze zmiany patologiczne w śluzówce. Staje się ona skutkiem nawrotów coraz bardziej oporna na całkowite wyleczenie.

Wreszcie czwartym czynnikiem wpływającym dodatnio na ustalenie się zapalenia kataralnego lub ropnego w obrębie zatok bocznych



Rys. 2. Zdjęcie kontrastowe jam szczękowych po wypełnieniu lewej jamy lipiodolem, wykazujące polipowate zgrubienie śluzówki.

nosa, jest zmniejszenie odporności organizmu skutkiem cierpień konstytucjonalnych, ogólnych schorzeń i chorób zakaźnych.

Zmiany anatomo-patologiczne śluzówki w przewlekłym stanie zapalnym jam bocznych przedstawiają się różnie, zależnie od długości trwania procesu chorobowego i żywotności oraz charakteru zarazków które go wywołują. Śluzówka jest naogół obrzękła i zgrubiała, nieraz c zabarwieniu szaro - czerwonym i gąbczastej spistości z widocznymi wybujałościami na powierzchni. Drobnowidowo uderza nas silne na-

cieczenie komórkowe tkanki z widocznymi pod nabłonkiem komórkami przeważnie limfocytami, a wśród nich rozrzucone są wielojądrzaste leukocyty eozynochłonne i komórki plazmatyczne. Obraz ten nacieczenia komórkowego ulega z czasem organizacji łącznotkankowej. Oprócz powyższych zmian stwierdzamy w śluzówce torbiele, które według Dmochowskiego powstały z przewodów gruczołowych, uciśniętych przez bliznowaciejącą tkanekę, lub z drobnych naczyń chłonnych. Dmochowski stwierdzał również zmiany w ścianach kostnych otaczających jamę szczękową, dotkniętą przewlekłym ropieniem. Zmiany te uwidocznione były w jedностajnym zgrubieniu ścian kostnych, albo też w formie t. zw. osteofitów, t. j. małych płytek kostnych, leżących wolno w okostnej, albo połączonych mostkami z kością. Nowsze badania potwierdzają dalej, że zawsze prawie kość wykazuje reakcję zapalną w przewlekłych stanach zapalnych jam bocznych nosa. Niektórzy autorzy, jak M a n a s s e, spostrzegali obraz zaniku kości.

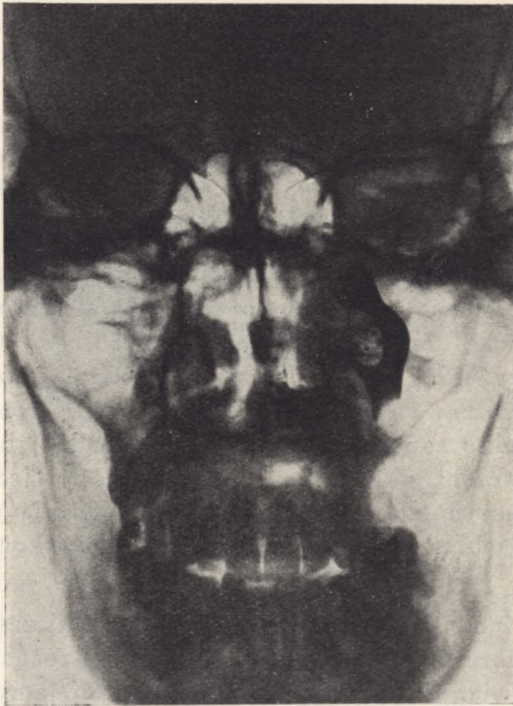
Objawy przewlekłego zapalenia zatok bocznych nosa mogą mieć różne nasilenie. Znane są bowiem przypadki, w których objawy nie dochodzą przez całe życie do świadomości chorego. Chory nie wie o tem, że ma przewlekły stan zapalny zatoki bocznej nosa. Uważa on że cierpi na chroniczny katar, a pod obrazem tego chronicznego kataru kryje się przewlekłe zapalenie zatoki nosowej jednej lub nawet kilku które mogło trwać już długi okres czasu. Częściej jednak występują objawy, które chorym dokuczają dotkliwie, wpływają ujemnie na ich usposobienie, na ich nastrój psychiczny, oraz na wykonywanie ich zawodu.

Z objawów podmiotowych, na które chorzy najczęściej się skarżą, są bóle głowy, które mogą mieć różny charakter i różne nasilenie. Najczęściej umiejscowiają chorzy te bóle w okolicy tej jamy, w której stan zapalny jest najsilniej rozwinięty. Bóle te są przeważnie tępe, mogą jednak przybierać postać bólów napadowych, kłujących, nieraz o charakterze neuralgicznym, ograniczonym tylko do górnej jednej lub dwu gałęzi nerwu trójdzielnego. W zapaleniu jamy klinowej występują bóle głowy w tyle w okolicy potylicy.

Bóle głowy w przebiegu przewlekłego zapalenia zatok bocznych nosa są najsilniejsze zwykle w godzinach przedpołudniowych wskutek zalegania wydzieliny. Zwłaszcza w jamie szczękowej, z której wydzielina w pionowym ustaleniu głowy nie może przez wysoko postawione ujście odpłynąć. Nieraz mogą wystąpić bóle w obrębie wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego, a więc w całej połowie twarzy. Bóle mogą

mieć też charakter bólów głowy migrenowych, jakkolwiek występują one stosunkowo bardzo rzadko.

Drugim objawem zapalenia zatok bocznych nosa jest częste zatkanie nosa, zwłaszcza tej strony, po której mamy zapalenie zatoki bocznej nosa. Zatkanie nosa występuje skutkiem przekrwienia śluzówki, obrzęku małżowin nosowych, przerostowego nieżyty nosa lub wreszcie polipów nosowych.



Rys. 3. Zdjęcie kontrastowe jamy szczękowej wykazujące obecność polipa w jamie szczękowej.

W parze z zatkaniami nosa idzie często brak węchu skutkiem tego, że powietrze nie dochodzi do szczeliny węchowej (anosmia respiratoria).

Następnym objawem przewlekłego stanu zapalnego zatok bocznych nosa jest obfita wydzielina, która może być śluzowa w kataralnym zapaleniu lub śluzowo-ropna, względnie ropna, w ropnym przewlekłym zapaleniu. Ropna wydzielina może mieć nieprzyjemny zapach, który sprowadza chorego do lekarza. Wydzielina może spływać do

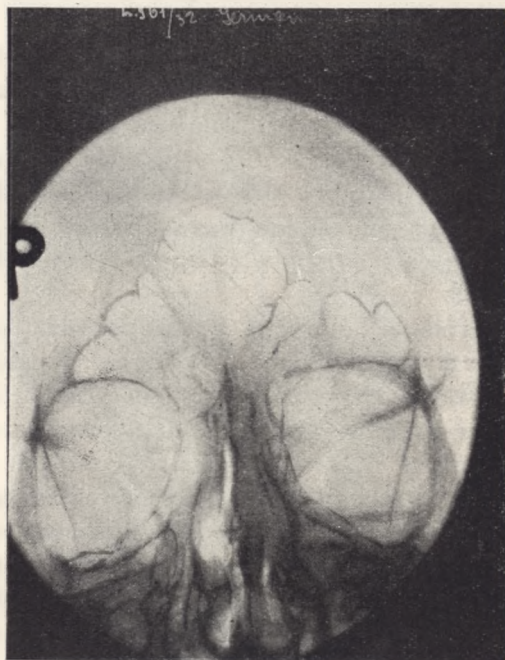
gardła zwłaszcza w czasie snu, zasychać w jamie nosowo - gardłowej i powodować podrażnienie do wymiotów, występujących w rannej porze (t. zw. vomitus matutinus). W gardle może wydzielina ropna powodować stałe podrażnienie w formie zapalenia gardła i krtani. Może ona ściekać do gardła, przełyku, nawet żołądka i dawać zaburzenia żołądkowe. O ile więc cierpienie zasadnicze nie zostanie rozpoznane i nie jest leczone, mogą wystąpić u chorego zaburzenia psychiczne, stan depresji lub podniecenia i niechęć do życia i do pracy.

Z objawów przedmiotowych możemy stwierdzić bolesność na ucisk względnie dotyk zewnętrznej ściany tej jamy, w której istnieje stan zapalny, a więc zewnętrznej ściany jamy szczękowej lub jamy czołowej lub też zewnętrznej ściany komórek sitowych, znajdującej się w wewnętrznym kącie oczodołu. Bolesność ta jest zwykle większa w ostrym stanie zapalnym niż w przewlekłym. W ostrym stanie zapalnym może wystąpić obrzęk zewnętrznej ściany jamy czołowej, obrzęk powieki górnej lub dolnej w razie schorzenia jamy szczękowej lub komórek sitowych.

Badanie wziernikowe pozwala nam stwierdzić obecność obfitej śluzowej, względnie śluzowo - ropnej lub ropnej, wydzieliny w obrębie środkowego lub nawet dolnego przewodu nosowego. Nieraz widoczne jest po oczyszczeniu środkowego przewodu nosowego świeże napływanie ropnej wydzieliny w okolicy ujść zatok bocznych nosa. Ponadto stwierdza się zwykle obrzęk małżowin nosowych środkowej i dolnej. O ile wydzielina ropna gromadzi się w szczelinie wężowej, względnie ponad małżowiną środkową, odpowiada to stanowi zapalnemu w tylnych komórkach sitowych lub jamie klinowej. Podobnie, ściekanie ropnej wydzieliny do tyłu pod górną małżowiną nosową jest objawem zapalenia jamy klinowej.

Rozpoznanie przewlekłego stanu zapalnego kataralnego lub ropnego zatoki bocznej nosa może często natrafiać na trudności. Jeśli jednak uwzględnimy opisane powyżej objawy oraz wynik badania wziernikowego i badań dodatkowych, będziemy mogli łatwiej rozpoznać stan zapalny jamy bocznej nosa. Trudno jest natomiast nieraz rozpoznać, czy mamy do czynienia ze stanem zapalnym w jednej tylko jamie czy też w kilku równocześnie. Dla dokładnego rozpoznania podciągamy wyniki badań dodatkowych, a więc przede wszystkim t. zw. diafanoskopji podanej przez Herynga, która daje nam obraz zaciemnienia, o ile badana jama jest wypełniona płynem wysiękowym lub też ma znacznie zgrubiałą śluzówkę. Dokładniejszy obraz powietrzności jam bocznych nosa daje nam zdjęcie rentgenologiczne w projekcji

przednio-tylnej. Na zdjęciu tem możemy widzieć kształt, wielkość i powietrzną jam boczną nosa, porównując ze sobą obie strony. Z t. zw. więc zaciemnienia zatoki bocznej nosa wnioskujemy o stanie zapalnym, w niej się odbywającym. To też obecnie w każdym przypadku podejrzanym na zapalenie zatok bocznych nosa posługujemy się zdjęciem rentgenowskim. Możemy też zużytkować dla diagnostyki zatok bocznych nosa a szczególności zatoki szczękowej, zdjęcia



Rys. 4. Silne zaciemnienie komórek sitowych po stronie lewej. Ethmoiditis purulenta chronica.

rentgenowskie kontrastowe, które wykonuje się po wprowadzeniu do jamy szczękowej środka kontrastowego np. lipjodolu lub jodypiny. Wartość zdjęć kontrastowych wraz ze sposobem ich wykonania opisałem w roku 1925 wspólnie z kol. Lenartowskim. Na zdjęciach kontrastowych widzimy obraz powierzchni śluzówki wzgl. możemy na podstawie ubytków w cieniu wnioskować o obecności polipów w jamie szczękowej.

Wreszcie możemy dla diagnostyki zużytkować też sondowanie ujść zatok bocznych po uprzednim znieczuleniu jamy nosowej zapo-

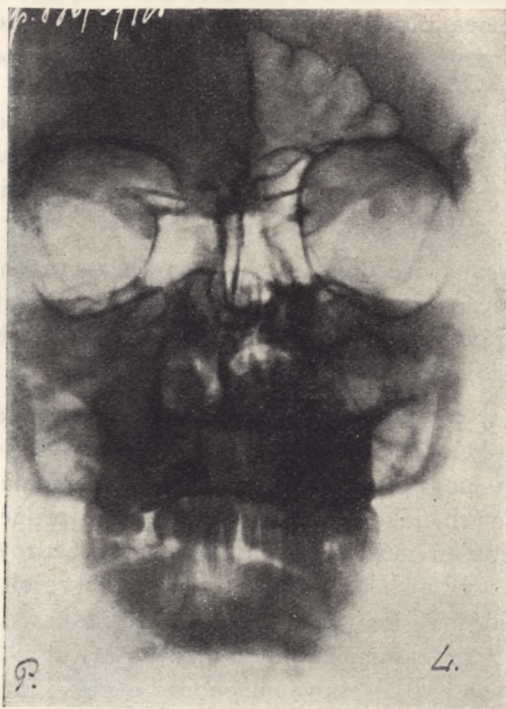
mocą kokainy z dodatkiem adrenaliny. Po wprowadzeniu sondy do ujścia jamy czołowej, możemy zauważyć wyciekanie wzdłuż niej wydzieliny ropnej. Większą wartość niż sondowanie ma dla diagnostyki ropienia jamy szczękowej próbné nakłucie i wypłokanie tejże jamy. Próbné nakłucie wykonujemy od strony jamy nosowej w dolnym lub środkowym przewodzie nosowym zapomocą odpowiedniej igły lub trójgrańca i po wprowadzeniu tejże igły lub odpowiedniej rurki wypłokujemy zapomocą płynu odkażającego przezroczystego jamę szczękową. Wówczas możemy się przekonać o obecności w niej śluzowej lub też ropnej wydzieliny, świadczącej o charakterze zapalenia tejże jamy. Jamę czołową zaś możemy wypłokać nieraz po wprowadzeniu odpowiedniej rurki przez ujście jej w jamie nosowej, niekiedy zaś rurkę tę możemy wprowadzić dopiero po wycięciu przedniego końca środkowej małżowiny nosowej.

Uwzględniwszy więc opisane w ogólnych zarysach objawy stanów zapalnych jam bocznych nosa, oraz wyniki badań dodatkowych pomocniczych możemy postawić rozpoznanie, które jamy są objęte stanem zapalnym i jaki jest jego charakter.

Rokowanie w przewlekłym zapaleniu jam bocznych nosa jest na ogół dobre, jakkolwiek mogą się zdarzyć wyjątkowe powikłania nawet śmiertelne, które mogą wystąpić w przebiegu ropienia jamy czołowej lub komórek sitowych, jako powikłania mózgowo, (ropne zapalenie opon mózgowych lub ropień mózgu). O ile jednak przeprowadza się systematyczne leczenie przewlekłego stanu zapalnego zatok bocznych nosa, to w najcięższych i najdłużej trwających przypadkach da się osiągnąć wyzdrowienie czy to zapomocą metod zachowawczych, czy też radykalnie operacyjnych. O ile bowiem chodzi o stany zapalne kataralne, to te dadzą się usunąć leczeniem zachowawczem przedewszystkiem tych przyczyn, które je wywołują, a znajdujących się przeważnie w obrębie jam nosowych. Przewlekłe ropienia zatok bocznych nosa dają się w pewnej ilości niewielkiej usunąć drogą leczenia zachowawczego, a w znacznie większej bo np. nawet do 100% przypadków dochodzącej w ropieniu jamy szczękowej drogą operacji radykalnej. Oczywista rzecz, że do operacji radykalnej zatok bocznych nosa podciągniemy te przypadki przewlekłego ropienia zatok bocznych nosa, w których śluzówka uległa już daleko posuniętym zmianom przerostowym i polipowatym, tak że o regeneracji jej skutkiem leczenia zachowawczego nie może być mowy. Wówczas bowiem tylko radykalne usunięcie chorobowo zmienionej śluzówki i pokrycie z czasem w jej miejsce

śluzówką, która wrasta z jamy nosowej, daje rękojmię trwałego wyleczenia z tak przewlekłego i nieraz długie lata trwającego cierpienia.

Przewlekłe zapalenie kataralne zatok w wielu przypadkach leczy się równocześnie z leczeniem przewlekłego kataru nosa samoistnie. Niekiedy zaś wykonanie próbne punkcji jednorazowe lub kilkakrotne i wypłókanie zalegającego śluzu, daje całkowicie uspokojenie tegoż cierpienia

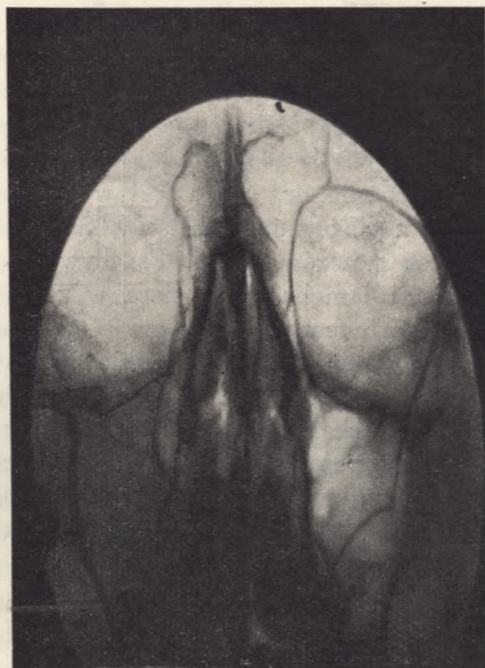


Rys. 5. Całkowite zaciemnienie prawej jamy czołowej z powodu ropnego zapalenia.

Podobnie niezbyt zaniedbane i niedługo trwające przewlekłe ropienia zatok bocznych mogą się wyleczyć zapomocą płókania płynami odkażającymi, jak roztwór kwasu borowego, wody utlenionej, soli srebrowych (prorgol, collargol), roztwór barwików (rivanol, trypoflavina i t. p.). Oczywista rzecz, że w przebiegu przewlekłego zapalenia zarówno kataralnego jak ropnego, mogą występować zaostrzenia, których leczenie jest podobne jak w ostrem zapaleniu (ciepłe okłady, podawanie środków napotnych i przeciwbólowych, proteinoterapia i t. d.).

Jakie cierpienia zatok bocznych będą się nadawały do leczenia w zdrojowiskach i na czem ma polegać to leczenie?

Otóż przedewszystkiem przewlekłe stany zapalne zatok bocznych nosa kwalifikują się do leczenia w zdrojowiskach. Jak wiadomo, tym przewlekłym stanom zapalnym zatok bocznych nosa towarzyszą często przewlekłe katarry jam nosowych zwykłe i przerostowe, lub też w przebiegu przewlekłego kataru jam nosowych występują nawrotowe zapalenia w zatokach bocznych nosa. Dlatego też leczenie przewlekłego



Rys. 6. Zaciemnienie wszystkich jam bocznych nosa z powodu ropnego zapalenia Pansinusitis dextra.

nieżyty nosa ropnego lub przerostowego jest równocześnie zapobieganiem powstawania stanów zapalnych w zatokach bocznych nosa. Wiadomo bowiem, że bezpośrednią przyczyną częstych nawrotów stanów zapalnych w zatokach bocznych nosa jest przewlekły nieżyt nosa we wszystkich swych formach, a więc zwykły kataralny i ropny, przerostowy i zanikowy. Leczenie przewlekłego nieżyty nosa w uzdrowisku ma przedewszystkiem doniosłe znaczenie dla odzyskania drożności nosa, która jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania głębszych odcinków dróg oddechowych. Ze spostrzegania przypadków przewlekłego ropnego nieżyty nosa, który po leczeniu zdrojowiskowem można uważać za kli-

nicznie wyleczony, wynika, że leczenie zdrojowiskowe może wesprzeć i uzupełnić leczenie chirurgiczne, jak obcinanie śluzówki małżowin nosowych i przypalanie galwanokaustyczne. Nie można mówić, że zabiegi chirurgiczne powyżej wspomniane nie są w tych przypadkach potrzebne lecz, że mimo ich wykonania, leczenie powinno być uzupełnione przez leczenie zdrojowiskowe. Przez całkowite wyleczenie przewlekłego nieżyty nosa zapobiegamy stanom zapalnym zatok bocznych nosa.

Jakie czynniki w zdrojowisku mogą wpływać na leczenie cierpień zatok bocznych nosa?

Pierwszym ważnym czynnikiem w leczeniu przewlekłego stanu zapalnego zarówno kataralnego jak ropnego zatok nosowych, jest sam pobyt w zdrojowisku. W czasie tego pobytu chory jest zupełnie izolowany od szkodliwych czynników, jakim jest w pierwszym rzędzie powietrze wielkich miast z olbrzymią domieszką kurzu, dymu węglowego gazów spalinowych z motorów i t. p. Przebywanie chorego z przewlekłym katarą nosa i jam bocznych nosa w zdrojowisku górskim nadmorskim, czy też nizinnem lesistem, ma pierwszorzędne znaczenie dla regeneracji śluzówki, która w zdrojowisku nie jest już, a przynajmniej nie powinna być narażona na działanie szkodliwych czynników powietrza wdechowego. W katarach nosa połączonych z wydzielaniem dużej ilości śluzu i występujących napadowo z nadmierną wydzieliną ma klimat górski duże działanie osuszające. Nieżyty zaś nosa ze skłonnością do wysychania poprawiają się lepiej w klimacie nadmorskim.

Drugim czynnikiem wpływającym leczniczo w zdrojowisku jest wypoczynek, a więc usunięcie się na pewien czas od pracy, co pod względem psychicznym i nerwowym bardzo korzystnie wpływa na leczenie wszystkich chorób przewlekłych, a więc także przewlekłych stanów zapalnych jam bocznych nosa. Znane są bowiem stany kataralne nosa, które u osób nerwowych napadowo mogą występować. Pobyt w zdrojowisku wpływa zwykle bardzo korzystnie na leczenie tych stanów nadmiernego uczulenia, względnie nadmiernej wrażliwości śluzówki nosa.

Trzecim czynnikiem może najważniejszym, który w zdrojowiskach wpływa korzystnie na leczenie stanów zapalnych jam nosowych i ich zatok bocznych jest stosowanie względnie podawanie wód mineralnych. I e r m o y e z, jeden z najwybitniejszych laryngologów francuskich, zrobił swego czasu zarzut lekarzom francuskim, że nie dość często stosują w schorzeniach dróg oddechowych leczenie zdrojowiskowe. H e y m a n zaś twierdzi, że zarzutu tego nie można odnieść do lekarzy niemieckich którzy mając szereg miejscowości klimatycznych, przeprowadzają le-

czenie zapomocą wód mineralnych ku zadowoleniu wielkiej rzeszy chorych i ich lekarzy. W Polsce mamy wiele zdrojowisk obfitujących w bogate źródła wód mineralnych, które w wielu przypadkach nadawałyby się prócz stosowania kąpieli, także do leczenia dróg oddechowych. Nie wszystkie jednak mają potrzebne do tego celu urządzenia. Wody mineralne rodzime stosujemy w chorobach nosa i zatok bocznych nosa w sposób następujący: 1) zapomocą picia, 2) wziewania i 3) płókania. We wszystkich tych sposobach stosowania wód mineralnych na śluzówkę jam nosowych, dostają się składniki wód na jej powierzchnię i działają niewątpliwie korzystnie na wydzielanie gruczołów śluzowych, oraz na przyspieszenie ruchu migawek nabłonka pokrywającego śluzówkę. W ten sposób działając, wody mineralne powodują rozwodnienie zagęszczonego śluzu i szybsze jego wydalanie z jam i uchyłków, w których on zalega z powodu przewlekłych stanów zapalnych.

Przez picie wody dostają się niewątpliwie pewne składniki, a przede wszystkim pewne sole oraz bezwodnik węglowy na powierzchnię śluzówki górnych dróg oddechowych. Chlorek sodowy i dwuwęglan sodu mogą wydzielać się na błonę śluzową dróg oddechowych i przyspieszając ruch migawek i rozwadniając równocześnie śluz, zalegający w przypadkach z przewlekłymi nieżytami, powodują szybsze wyprowadzanie jego nazewnątrz. Ponadto bezwodnik węglowy uwolniony z kwasu węglowego wypitej szczawy, wydziela się przez pęcherzyki płuc i przechodząc w nieco zwiększonej ilości do powietrza wydechowego, przyspiesza nieco ruch migawek.

Stosowanie wód mineralnych na śluzówkę dróg oddechowych a w szczególności na śluzówkę jam nosowych w formie wziewania jest oddawna w lecznictwie znane i rozpowszechnione. Z polskich zdrojowisk nie wszystkie wyzyskują swoje wody do leczenia wziewaniem. Wziewalnie posiada solankowy Ciechocinek, Rabka, Inowrocław, Truskawiec, Delatyn, Iwonicz i słono - alkaliczna Szczawnica. Nie posiadają natomiast wziewalni Krynica, która ma w Zdroju Zuber a jedną z najsilniejszych wód sodowych na świecie i w rozcieńczeniu woda z tego źródła przypominałaby swym składem źródła Vichy. Podobnie w Rymanowie Julja i w Krościenku Stefan nadawałyby się do stosowania w postaci wziewania. Wziewanie 2 — 3% solanki, względnie rozpylanie jej pod ciśnieniem do jam nosowych, wpływa bardzo korzystnie na leczenie ropnych stanów zapalnych w obrębie jam nosowych. Potwierdzają to liczne spostrzeżenia autorów zagranicznych, a u nas Herzynga, Szmurły, Sawicza i innych na podstawie przypadków leczonych w Ciechocinku, Inowrocławiu, Rabce, Szczawnicy, Delatynie i t. d., że

przewlekłe nieżyty nosa ropne i przerostowe ulegają nawet całkowitemu wyleczeniu po stosowaniu rozpylań względnie wziewań w ilości około 30 w ciągu 10 — 20 minut o ciepłocie 35 — 40°. Spostrzegane zaś przypadki z przewlekłym stanem zapalnym kataralnym, śluzoworopnym i ropnym zatok bocznych nosa, które po leczeniu w uzdrowisku zapomocą wziewań lub rozpylań wody mineralnej rodzimej uległy całkowitemu wyleczeniu lub bardzo znacznej poprawie, dowodzą niezbitie tego, że rozpylana do nosa woda mineralna dostaje się przez ujścia do zatok bocznych nosa i tam oddziaływa korzystnie na ustępowanie stanu zapalnego. Skutkiem leczenia jam nosowych zapomocą wody mineralnej ustępuje przekrwienie i obrzęk śluzówki, a ujścia jam bocznych nosa stają się znacznie szersze i dogodniejsze do odprowadzania zalegającego śluzu i do wprowadzania rozpylonej i wziewanej wody mineralnej rodzimej.

Rozpylanie względnie wziewanie wody mineralnej rodzimej do jam nosowych może się odbywać w wziewalni jednostkowej, gdzie chore rozpylaną wodę mineralną rodzimą, wydostającą się pod ciśnieniem, wciąga zapomocą nasadki nosowej do nosa. W tych wziewaniach mogą być dodawane do rozpylanej solanki odpowiednie do schorzenia leki, jak roztwory soli srebrowych, roztwory jodu, olejków aromatycznych i t. p.

Oprócz wziewalni jednostkowej mamy wziewalnie zbiorowe, jako zamknięte kamery, w których powietrze wdechowe jest silnie nasycone rozpyloną pod ciśnieniem wodą mineralną (solanką). W kamerze tej przebywają chorzy około 30 minut i wdechają przez nos powietrze silnie nasycone składnikami wody mineralnej, które wraz z wdychanym powietrzem wprowadzają na śluzówkę jam nosowych. Solankę stosuje się do wziewań w postaci roztworów hipertonicznych w przypadkach przewlekłych stanów zapalnych z nadmierną wydzieliną, w postaci zaś roztworów hypotonicznych w przypadkach ze skłonnością do wysychania śluzówki w celu zwilżenia i rozpułchnienia śluzówki. Badania doświadczalne moje i Kmiotowicza wskazują, że najsilniejszym czynnikiem przyspieszenia ruchu migawek nabłonka jest kwas węglowy, następnie zaś dwuwęglan sody i bezwodnik węglowy, oraz hypotoniczne roztwory soli kuchennej.

Jako trzeci sposób bezpośredniego stosowania wody mineralnej na śluzówkę nosa i jam bocznych nosa jest płókanie. Przepłókiwanie jam nosowych można stosować jedynie w przypadkach suchego zanikowego nieżyty nosa z obecnością strupów zasychającej wydzieliny. Przepłókiwanie jam nosowych musi być stosowane z ostrożnością, ażeby nie

spowodować zapalenia ucha środkowego, które łatwo może po niem wystąpić.

Oprócz przepłókiwania jam nosowych stosują niektórzy autorzy np. francuscy Boyer i Got przepłókiwania jam bocznych nosa przedewszystkiem czołowych i szczękowych zapomocą wód mineralnych. Wspomniani autorzy widzieli dobre wyniki w przypadkach przewlekłych stanów zapalnych kataralnych i ropnych po przepłókiwaniu zapomocą wód siarkowych w Cauterets w Pirenejach.

Autorzy francuscy podkreślają ogromnie działanie wód siarkowych w leczeniu przewlekłych ropnych stanów zapalnych jam nosowych jako bardzo korzystne i lecznicze. W Polsce mamy wziewalnie wód siarkowych w Lubieniu obok Lwowa, dokąd skierowywane przypadki z przerostowemi katarami nosa wracały ze znaczną poprawą. Siarka bowiem posiada na śluzówkę silne działanie odkażające.

Oprócz działania leczniczego przewlekłych stanów zapalnych jam nosowych i bocznych zatok nosa zapomocą wziewań wód mineralnych rodzimych osiągamy również działanie uspokajające i hartujące, które usuwa nadwrażliwość i zapobiega przez to nawrotom.

Podsumowując to, co dotychczas powiedziałem o cierpieniach zatok bocznych nosa i ich leczeniu, chciałbym podkreślić, że podostre i przewlekłe stany zapalne zatok nosowych nadają się do leczenia zapomocą wziewań solankowych, wód słono - alkalicznych i siarkowych. Leczenie to w wielu przypadkach doprowadza do całkowitego ustąpienia stanu zapalnego w zatokach, w przypadkach zaniedbanych zaś i leczonych operacyjnie wzmacni to leczenie przez doprowadzenie do szybszej regeneracji śluzówki i uzupełni je przez doprowadzenie do zmniejszenia wydzieliny.

Zdrojowiska zaś polskie zupełnie równowartościowe zagranicznym pod względem jakości wód, które nie posiadają wzorowych wziewań, powinny poświęcić więcej miejsca i nakładu ich urządzeniu.

Doc. Dr. FRANCISZEK RASZEJA, (Poznań)

DIAGNOSTYKA REUMATYCZNYCH SCHORZEŃ STAWÓW I ICH LECZENIE ZDROJOWISKOWO - ORTOPEDYCZNE.

Dzięki akcji towarzystw Walki z Reumatyzmem jesteśmy w ostatnich latach świadkami wytężonych wysiłków, zmierzających do wyświetlenia istoty schorzeń reumatycznych i opracowania skutecznych środków zapobiegawczych. Sprawa reumatyzmu stanowi w medycynie dziedzinę bardzo zawiłą zarówno pod względem pojęć, jak również mianownictwa. Posiadamy kilka podziałów schorzeń reumatycznych, zbudowanych na podstawie etjologicznej, bądź opartych na obrazie anatomiczno-patologicznym, radiograficznym lub też na zespole objawowo-klinicznym. Stąd też pochodzi, że prawie każdy autor w dziedzinie przewlekłych schorzeń stawowych posiada i stosuje własną klasyfikację, i że ta sama postać chorobowa przez różnych autorów niekiedy różnie jest nazywana. Ujednostajnienie pojęć pod tym względem jest istotnie niełatwe. Ten sam bodziec bowiem wywołać może rozmaite obrazy chorobowe i różne przyczyny chorobotwórcze prowadzą w późniejszych okresach do ukształcenia się obrazów bardzo do siebie podobnych. Ta wielopostaciowość reumatycznych schorzeń stawów, ich niejednolite mianownictwo oraz brak dokładniejszych danych z zakresu ich patogenyzy, tłumaczy nam trudności, jakie następują przy wyodrębnieniu poszczególnych jednostek chorobowych.

Rozpoznanie kliniczne schorzeń stawowych opiera się przeważnie na *anamnezie*. Wywiad dokładny posiada tu większe aniżeli gdziekolwiek bądź znaczenie, skrupulatna anamneza jest poniekąd życiorysem danej jednostki chorobowej. Od niepamiętnych czasów przypisywano w powstawaniu schorzeń stawowych wielką rolę szczególnemu usposobieniu, które określono później nazwą „arthritisme”. Okazało się jednak z biegiem czasu, że ten czynnik nie posiada tak wielkiego znacze-

nia w tworzeniu podatnego podłoża dla rozwoju spraw reumatycznych. Największą rolę odgrywa *usposobienie* i *dziedziczność* w podagrze i w tych postaciach, w których tworzą się guzki Heberdena. W ostatnich latach wysunął P a y r nowe pojęcie o patologji konstytucjonalnej stawów. To też obecnie coraz częściej przystępujemy do segregowania na poszczególne typy konstytucyjne chorych z przewlekłymi schorzeniami reumatycznymi, a szczególnie z goścem zniekształcającym (osteoarthritis def.). Wprawdzie podział taki nie jest prosty. Trudno niekiedy uchwycić klasyczne typy konstytucyjne, istnieją bowiem przejścia, a z biegiem czasu, pierwotny typ konstytucyjny u tego samego osobnika może nawet przechodzić swoiste metamorfozy. Poza dziedzicznością musimy u chorego zebrać dane o bliższych jego stosunkach mieszkaniowych, warunkach bytu oraz rodzaju pracy zawodowej. Niektóre zajęcia zawodowe obciążają zbyt silnie pewne grupy stawów lub wystawiają chorego na działanie niekorzystnych wpływów atmosferycznych. Widzimy u młodocianych robotników niekiedy dolegliwości w kolanach i stopach, które uważane mylnie za reumatyczne, są jedynie wyrazem przeciążenia lub wadliwego obciążenia kończyn przy pracy zawodowej. Bardzo szczegółowy powinien być nasz wywiad co do chorób przebytych, i to w pierwszym rzędzie co do gruźlicy i kiły. Są to bowiem schorzenia ustrojowe, na podłożu których rozwija się bardzo znaczny odsetek schorzeń stawowych. Należy dalej pamiętać o szeregu spraw bakteryjnych, co do których sprawę stawową trzeba uważać za powikłanie, a nie jako zasadnicze umiejscowienie czynnika chorobotwórczego. Są to: rzeżączka, czerwonka, szkarlatyna, dur brzuszny, zapalenie płuc krupowe, róża, angina, grypa, zakażenie połogowe i t. p. W obrazie klinicznym i przebiegu wszystkich tych gośćców infekcyjnych „wtórnych“, występujących bądź to w toku największego nasilenia objawów, bądź też po ich ustąpieniu, daje się często zauważyć pewne stopniowanie. Jest ono szczególnie wyraźne w zapaleniu rzeżączkowym i prowadzi od postaci bólowej bez większych zmian anatomicznych do postaci zniekształcającej i ropnej. Trzeba w anamniezie brać pod uwagę działanie czynników toksycznych, które wywołać mogą ostre i przewlekłe schorzenia stawowe. Czynniki te przenikają do ustroju zzewnątrz w postaci jądów bakteryjnych (jady zatrucia mięsnego, paraduru B), mogą być przyjęte wraz z pokarmem (ostrzygi, małże, poziomki) pochodzą z leków (aspiryna, antipyrina), wreszcie z surowic leczniczych. Z czynników toksycznych, powstających wewnątrz ustroju, pamiętać musimy o zaburzeniach przemiany azotowej, węglowodanowej, o skazie krwotocznej (haemophilia) etc. U kobiet

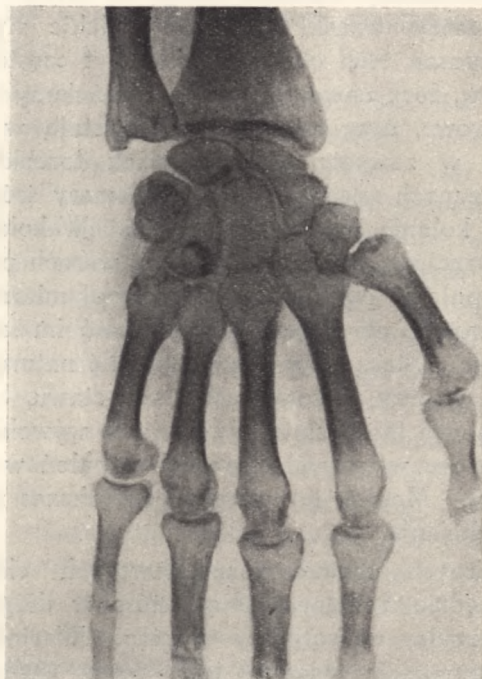
musimy ustalić związek przyczynowy pomiędzy miesiączką lub okresem przekwitania a wystąpieniem objawów stawowych względnie ich nasileniem. W stanach przewlekłych i nawrotach ważnym będzie dla diagnostyki, jaki czasokres minął od ostatnich nasileń, czy nasilenia łączyły się ze zwykłą ciepłotą lub z równoczesnym zajęciem wsierdzia czy tęczówki. Co do samych dolegliwości, na które się chory skarży to należy bliżej określić naturę i ich charakter. Odróżniamy bóle palące, ciągnące, napadowe np. w stawie paluchowym (arthritis urica), bóle które zjawiają się przeważnie w nocy (lues, periarthritis humeroscapularis), lub występują tylko przy chodzeniu, a ustępują przy oszczędzaniu kończyn (płaskostóp).

Badanie kliniczne nie może ograniczyć się tylko do badania schorzałego stawu, a powinno obejmować całość ciała chorego, gdyż w wielu przypadkach odosobnione schorzenie stawu jest tylko wyrazem cierpienia ogólnego. Tak więc wygląd chorego, wykwity skórne (arthritis psoriatica, arthritis luetica), guzki na małżowinie usznej lub w miejscu kaletek (arthritis urica), szaro-sinawe zabarwienie twardówki (arthritis alcaptonurica) mogą w znacznym stopniu ułatwić nam rozpoznanie. Ciepłota ciała, oporność na środki farmakologiczne (np. salicyl), umiejscowienie się procesu chorobowego oraz kolejność, z jaką on zajmuje poszczególne stawy, stanowią ważne kryteria rozpoznawcze. Zajęcie wszystkich stawów połączone z podniesioną ciepłotą i zajęciem wsierdzia przemawia za gościem stawowym ostrym, gdy tymczasem proces, atakujący głównie małe stawy rąk i nóg, a przebiegający bez zwykłej ciepłoty, przedstawia cechy typowe dla gościa pierwotnego zniekształcającego wielostawowego (polyarthritis deformans primitiva progrediens). Zajęcie jednego stawu przy wielkiej bolesności i wysokiej temperaturze cechuje zapalenie na tle rzeźączki, zupełną prawie bezbolesność pomimo daleko posuniętych zmian widzimy w schorzeniach stawów na tle neuropatycznym. (Arthropathia tabetica, arthropathia e syringomyelia). Zajęcie stawu mostkowo-obojęzycznego przy wielostawowym ostrym schorzeniu przemawia często za podłożem kiłowym. Również wygląd schorzałego stawu często pozwala wnioskować o podłożu, na którym się rozwija w nim sprawa chorobowa. Zatarcie konturów zewnętrznych stawu spowodowane być może wysiękiem lub obrzękiem. W większości przypadków skóra ponad stawem jest w dotyku cieplejsza. W postaciach wysiękowych i niektórych formach gościa odosobnionego zniekształcającego (osteoarthritis def.) torebka stawu jest w dotyku cienka, ulega zaś zgrubieniu w stanach, wykazujących dążność do zniekształceń. Ze zniekształceń najczęściej spo-

tykamy przykurczenia w stawach z mniej lub więcej dobrze utrzymaną ruchomością. Zupełna sztywność w stawie przykurczowym przemawia często za gruźliczym zapaleniem. Tak samo silny, już we wczesnych okresach zaznaczony, zanik mięśni w sąsiedztwie stawu spotykamy w schorzeniach na tem samym tle. W zapaleniu rzeźączkowym stawu oraz w odosobnionym gościcu zniekształcającym (osteoarthritis def.), w którym zresztą ruchomość najdłużej jest zachowana, układ mięśni jest najmniej upośledzony. Przy badaniu czynnej i biernej ruchomości w stawie należy zwracać uwagę na tarcie wyczuwalne pod ręką oraz na szmery, trzaski i krepitacje, jakie słyszymy w stawie. Wartość diagnostyczna tych objawów jest zbyt często przeceniana nie tylko przez laików, lecz nawet lekarzy. Odróżniamy trzaski i krepitacje wewnątrzstawowe, oraz takie, które powstają w tkankach okołostawowych, i to w zewnętrznych częściach torebki, w więzadłach ścięgnach i przyczepach mięśni do kości. Szmery śródstawowe słyszymy najczęściej w kolanie i stawie barkowym. W kolanie powstają one zwykle w fazie przejścia ruchu toczenia się w ruch poślizgowy. O ile objawy te występują w obu stawach w równej mierze i nie powodują żadnych dolegliwości, nie należy przypisywać im szczególnych cech patognomonicznych. Starano się bliżej określić naturę i charakter tych szmerów i trzasków przy pomocy auskultacji stawu. Chodziło głównie o wysłuchanie słabych tarć i chrzęszczeń, jakie wywołuje włóknik, znajdujący się nieraz we wczesnych okresach zapaleń w małych ilościach w jamie stawowej. Metoda ta jednakże dotychczas nie znalazła szerszego rozpowszechnienia.

Z pomocniczych metod rozpoznawczych chciałbym omówić w pierwszym rzędzie rentgenografię, która w diagnostyce schorzeń stawowych stworzyła niewątpliwy postęp. Wartość rentgenografji w ostrych schorzeniach stawów jest dosyć ograniczona. Zmiany we wczesnych okresach chorobowych dotyczą przeważnie torebki stawowej i miękkich części okołostawowych i są rentgenologicznie niedostrzegalne. W przebiegu ostrych spraw zapalnych powstaje stosunkowo wcześnie odwapnienie kości. To rozrzedzenie substancji kostnej, obejmujące odcinki nasad kostnych, jest najsilniej zaakcentowane w zapaleniach po grypie oraz na tle rzeźączki (Rg. 1). Odróżnienie na podstawie danych rentgenologicznych przewlekłego gościca reumatycznego od pierwotnego gościca zniekształcającego (polyarth. def. prim. prog.), jest prawie niemożliwe. Wiemy, że w sprawach wtórnych występują ciężkie zeszczywnienia stawów wskutek zrostu kostnego w postaciach zaś pierwotnych następuje kurczenie się torebki, które

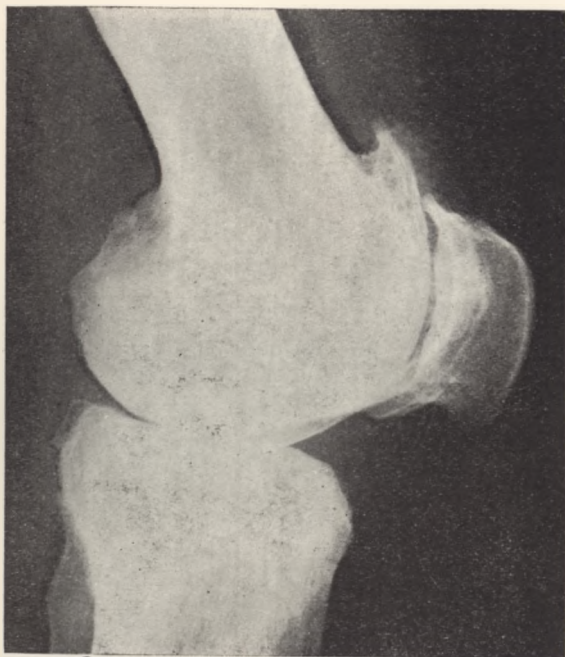
dopiero sprowadza zwężenie i następnie zanik szpar stawowych. Chrzątka stawowa również ulega uszkodzeniu i wówczas stykają się ze sobą spłaszczone części przystawowe kości. Po zupełnym zniszczeniu chrząstki powstają zrosty kostne, tak, że obraz zmian w pierwotnym przewlekłym zniekształcającym gościecu staje się pod względem rentgenologicznym zupełnie podobny do obrazu zmian zapalnych wtórnych. W sprawach gośćcowych o nieco dłuższym trwaniu stwierdzamy rentgenologicznie w nasadach kości śródrezcza i paliczkowych ma-



Rg. 1

łe wyjaśnienia plamiste, otoczone niekiedy obrąbkiem więcej zbitej tkanki kostnej. Podobne obrazy spotykamy również w podagrze, tu jednakże plamki te są większe, łączą się bezpośrednio z jamą stawową i nie posiadają ciemniejszej obwódki. Wyjaśnienia plamiste w podagrze są spowodowane złożami soli moczanowych, które są przepuszczalne dla promieni X. Rentgenografia więc z łatwością pozwoli nam odróżnić dnę moczanową od dny wapniowej, której cechą charakterystyczną jest tworzenie się w tkankach okołostawowych złożeń fosforanu i węgla wapnia, które są nieprzepuszczalne dla promieni X

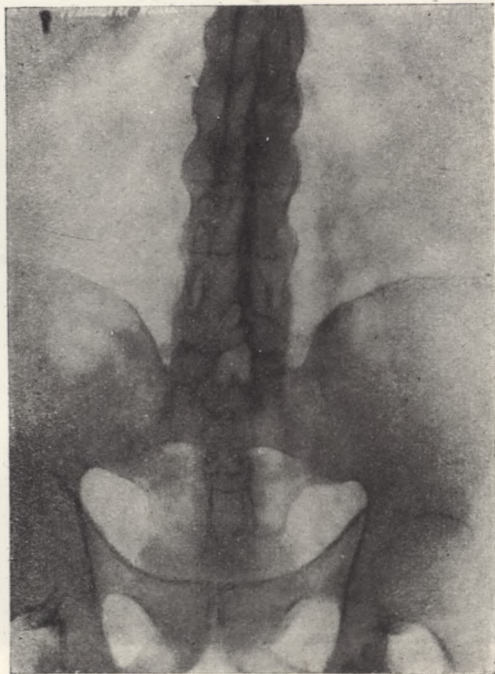
i dla tego w obrazie rentgenowskim występują jako plamy ciemne. Także w innych przewlekłych schorzeniach stawowych oddaje nam rentgenografja cenne usługi dla diagnostyki. Wybitne odwapnienie kości objawiające się znacznym zmniejszeniem cienia istoty zbitnej i rozrzedzeniem substancji gąbczastej, a występujące już w bardzo wczesnych okresach schorzenia stawowego, przemawia często za sprawą gruźliczą. Podobnych obrazów nie spotykamy nigdy w schorzeniach o podłożu kiłowym lub w gościecu zniekształcającym (osteoarthritis deformans).



Rg 2

W tym ostatnim zmiany występują przede wszystkim w chrząstce stawowej, która może ulec załamaniu się i następnie zwyrodnieniu i zanikowi. Równocześnie z temi zmianami rozwijają się procesy wytwórcze, polegające na bujaniu okostnej i wytwarzaniu się wyrostki kostnych (Rg. 2). Rentgenografją posługujemy się również dla odróżnienia dwóch spraw reumatycznych, tocących w obrębie kręgosłupa. Przy gościecu kręgowym zeszywniającym (spondylarthritis ankylopoetica Bechterew) zmiany zachodzą w chrząstkach oraz stawach międzykręgowych i kręgowo-żebrowych. Stwierdzamy więc zanik szpar małych stawów kręgosłupa, natomiast brak jest spłaszczeń i zniekształ-

ceń kręgów. Wskutek kostnienia więzadeł tworzą się pomosty kostne łączące kręgi, a z drugiej strony jako objaw unieruchomienia występuje dosyć silne odwapnienie, niespotykane w sprawach zniekształcających (Rg. 3). W gościecu typowym zniekształcającym (spondylitis spondylosis deformans) zmianom pierwotnym niezapalnym ulega chrząstka międzykręgowa. Obraz rentgenologiczny wykazuje nierówność szpar międzykręgowych, na brzegach zaś spłaszczonych i zdeformowanych kręgów widoczne są wyrosłe i mostki kostne, łączące po-

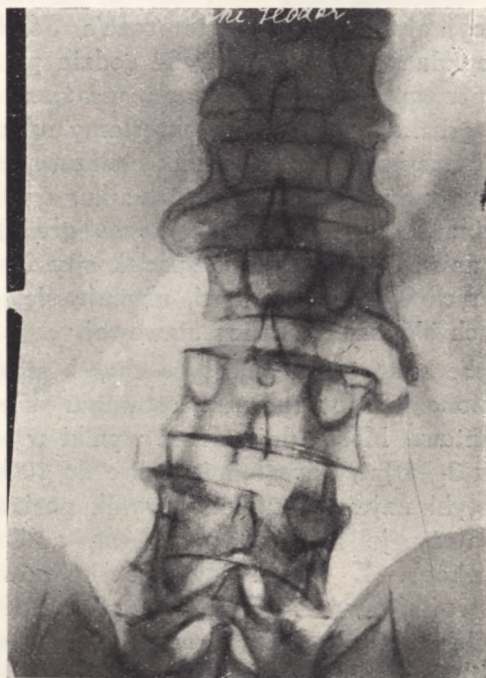


Rg. 3

wierzchnie przylegających do siebie kręgów. Atrofji kości w obrazie rentgenologicznym tej jednostki chorobowej niema. (Rg. 4).

Poza rentgenografią stosujemy w diagnostyce schorzeń stawowych również badania krwi i płynu stawowego. Co do obrazu morfologicznego krwi, to nie wykazuje on cech charakterystycznych w chorobach stawów. W ostrych sprawach gośćcowych widzimy niekiedy niezbyt wielki wzrost leukocytów, również obraz limfocytów, monocytów i eozynofilów jest bardzo atypowy. W stanach przewlekłych obraz morfologiczny krwi jest jeszcze mniej charakterystyczny i dlatego jest

bez znaczenia dla diagnostyki różniczkowej. Znacznie większą wartość posiada odczyn Biernackiego, to jest określenie szybkości opadania krwinek czerwonych. Szybkość opadania krwinek jest wyrazem wielkości rozpadu tkanek w ustroju. Stopień przyspieszenia sedymentacji zależny jest więc od rozmiarów procesu zapalnego. Łatwo więc odróżnić możemy tym sposobem wszelkie postacie gościa zapalnego od zmian zniekształcających (osteoarthritis deformans) lub spraw chorobowych na tle zaburzeń hormonalnych, w których wobec braku cech



Rg. 4

zapalnych, a wobec przewagi zmian degeneracyjno-wytwórczych opadanie krwinek obraca się w granicach normalnych. We wszystkich ostrych sprawach gośćcowych i zapaleniach stawów opadanie jest bardzo przyspieszone. W toku przewlekłych spraw reumatycznych wnioskować możemy z zachowania się chyżości opadania o stopniu nasilenia procesu chorobowego. Wielkie zasługi oddaje nam odczyn Biernackiego w rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy gruźliczem schorzeniem stawu a schorzeniem na innym tle. Chodzi tu w pierwszym rzędzie o odróżnienie np. u dzieci gruźlicy biodra od odosobnionego scho-

rzenia stawu biodrowego na tle niegruźliczem (osteochondritis coxae def. juvenilis), dalej schorzenie gruźlicze jednego lub licznych stawów (rheumatismus tuberculosus Poncet) od spraw gośćcowych lub stanów pourazowych. W bardzo wczesnych okresach gruźliczego schorzenia stawu brak nam niekiedy jednakże wyraźniejszego przyspieszenia sedymentacji krwinek. Dla tego też w przypadkach z normalną lub mało przyspieszoną sedymentacją, a jednocześnie podejrzanych o gruźlicze podłoże, stosujemy zastrzyki tuberkuliny Kocha, które podajemy podskórnie w dawce 0,03 — 0,1 mg po poprzednio wykonanej próbie sedymentacyjnej sposobem Westergreen'a. Jeżeli ponowne określenie szybkości opadania, wykonane w 24 godzin po zastrzyku tuberkuliny wykazuje przyspieszenie o 3—6 mm, uważamy to za wynik dodatni dla sprawy gruźliczej. Poza tem określamy w celach rozpoznawczych razem z sedymentacją współczynnik białkowy, t. j. stosunek globulin do albumin w surowicy krwi. Ilość białka, a w szczególności jego frakcja globulinowa doznaje w schorzeniu gruźliczem wyraźnego zwiększenia. Wahania te, jak również spadek siły fermentatywnej czynników lipolitycznych w surowicy krwi, ukazują się jednakże dopiero w dalej posuniętych okresach gruźlicy stawowej.

Używanie tuberkuliny w diagnostyce chorób stawowych jest bardzo rozpowszechnione. Próby te w zastosowaniu skórnym (Koch, Pirquet, Mendel, Mantoux, Moro) dają dobre wyniki w wieku dziecięcym najlepsze w wieku 3—4 lat, a względnie dobre do 10 lat. U dorosłych może dla diagnostyki najwyżej ujemny wynik posiadać jakiegokolwiek znaczenie. Tu należy je zastąpić podskórną aplikacją tuberkuliny w większych dawkach. Z preparatów tuberkulinowych przyjął się w diagnostyce stawowej preparat Tebeprotin (Toenniessen), mający tę zaletę, że wywołuje podwyżkę temperatury i odczyn ogniskowy po zaaplikowaniu dawki nieszkodliwej dla ustroju.

Z prób serologicznych, to próba aglutynacji i odczyn wiązania dopełniacza są bez znaczenia dla wczesnego rozpoznania. Dodatni odczyn Wassermanna we krwi pozwala nam przyjąć kiłowe podłoże, o ile jeszcze poza tem inne cechy za tem przemawiają. Metody interferometrii przyczyniają się coraz więcej do wyodrębnienia z dziedziny schorzeń stawów tych postaci, które powstają na tle zaburzeń gruczołów dokrewnych. W badaniach chemicznych krwi najczęściej uwzględniano kwas moczowy. Poziom kwasu moczowego jest w większej ilości przypadków ostrego i przewlekłego gościa stawowego normalny. Znaczny wzrost kwasu moczowego we krwi pozwala nam na rozpoznanie dny moczanowej. Istnieją wprawdzie przypadki o typo-

wych objawach podagry, w których kwas moczowy we krwi przedstawia wartości normalne. Wzrost wapnia w surowicy krwi w przebiegu przewlekłych schorzeń reumatycznych świadczy zwykle o zniekształcającej postaci, dążącej do zeszywnień. W większości przypadków schorzeń gośćcowych infekcyjnych stwierdzamy spadek tolerancji wobec węglowodanów, który idzie w parze z nasileniem procesu chorobowego.

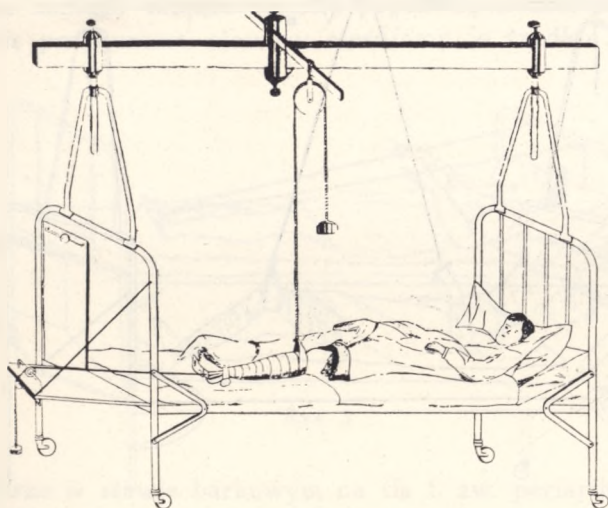
Badanie płynu stawowego oddaje nam także cenne usługi dla diagnostyki. Normalny płyn maziowy posiada zabarwienie bursztynowo-żółte. Zmętnienie płynu świadczy o większej przepuszczalności naczyń wskutek działania czynników toksyczno-infekcyjnych. Obecność kłaczek w mętym płynie może przemawiać za sprawą gruźliczą, chociaż spotykamy niekiedy podobne obrazy w sprawach zapalnych na innym tle oraz w wysiękach posurowicznych o ostrem nasileniu. Płyn z domieszką krwi jest typowy dla spraw pourazowych oraz nowotworowych. Pod względem cytologicznym płyn stawu przedstawia obraz mało charakterystyczny. W schorzeniu na tle gruźliczem znajdujemy w osadzie włókniak i liczne limfocyty. Posiew płynu stawowego daje prawie zawsze wynik ujemny. Dla odróżnienia spraw gruźliczych od niegruźliczych posługujemy się próbą biologiczną na świnie morskiej. Dodatni jej wynik świadczy zawsze o gruźlicy, wynik ujemny jest natomiast niepewny. Zachodzą bowiem przypadki, że pomimo ujemnego wyniku próby biologicznej, schorzenie stawu rozwija się na tle gruźliczem. Dlatego ostatnio rozpowszechnia się coraz częściej metoda Hohna, która polega na wyhodowaniu prątków gruźliczych na specjalnej pożywce i która należy do łatwych i stosunkowo pewnych sposobów diagnostyki bakterjologicznej. Wyhodowanie dwonek Neissera z płynu maziowego w rzeźączkowym zapaleniu stawu jest zagadnieniem bardzo trudnym i nie posiada dla tego żadnego znaczenia praktycznego. Dodatni odczyn Wassermanna z płynu stawowego, przy ujemnej próbie we krwi, przemawia za kiłowym schorzeniem stawu. Dodatni odczyn Wassermanna we krwi i silnie dodatnia próba Wassermanna w płynie pozwala nam rozpoznać kiłowe schorzenie stawu, gdy poza tem cały zespół kliniczny za kiłą przemawia. Dodatnia próba Wassermanna we krwi, przy ujemnym wyniku w płynie, daje obraz niepewny, a świadczy jedynie o wielkiej odporności stawu. Co do badań chemicznych i fizykochemicznych płynu stawowego, to określamy często cukier, białko, azot pozabiałkowy, wapń, sód, chlor, dalej przewodnictwo elektryczne, oraz stężenie jonów wodorowych. Stosunek poziomemu cukru w płynie stawowym i osoczu posiada pewne znaczenie

kliniczne. W wysiękach stawowych na tle niegruźliczem następuje większy spadek koncentracji cukru w płynie w stosunku do osocza, aniżeli w zapaleniach gruźliczych. Wzrost białka w płynie i surowicy, jaki zachodzi w stanach zapalnych stawów, sprowadza zawsze spadek koncentracji elektrolitów i zmniejszenie się przewodnictwa elektrycznego.

Jeżeli po wyczerpaniu wszystkich tych badań pomocniczych ustalenie rozpoznania sprawia jeszcze trudności, przystępujemy do operacyjnego otwarcia stawu i próbnego wycięcia z torebki stawowej, względnie jej warstwy maziowej. Wycinek taki poddaje się następnie badaniom histologicznym oraz bakterjologicznym. Przeszczepienie świnie morskiej tego wycinka lub wstrzyknięcie jej wyciągu, uzyskanego przez zmiżdżenie większego kawałka wyciętej torebki, daje zwykle lepsze wyniki, aniżeli próba biologiczna z płynem stawowym. Zamiast próbnego otwarcia stawu starano się wprowadzić w ostatnich latach arthroskopję, która polega na inspekcji wnętrza stawu przy pomocy przyrządu, zbudowanego na wzór cystoskopu, a wprowadzanego przez mały otwór do jamy stawowej. Metoda ta jednak nie doznała dotychczas rozpowszechnienia.

Przystępując do drugiej części referatu, chciałbym w grubych zarysach przedstawić pewne działy z zakresu leczenia zdrojowiskowo-ortopedycznego reumatycznych schorzeń stawów. Staw jest przede wszystkim narządem ruchu! Naszem naczelnem zadaniem więc będzie utrzymanie funkcji stawu. W ostrych stanach schorzeń reumatycznych interwencja chirurga-ortopedy jest zbędna, w okresach zaś podostrych ogranicza się ona do przeciwdziałania powstawaniu przykurczeń i wadliwych położeń kończyn. Chory w stanie ostrego i podostrego schorzenia stawu unika starannie wszelkich ruchów w stawach z powodu wielkiej bolesności i chętnie zajmuje ułożenie takie, które najmniej mu sprawia dolegliwości. A więc chory przykurcza kończyny dolne w stawach biodrowych i kolanowych, układając sobie wałeczki pod kolana. Stopy ustawia chory w stawach skokowych w zgięciu podszwawem, skutkiem czego powstaje końskostóp, spotęgowany jeszcze uciskiem kołdry na palce. Ramię trzyma ten chory w maksymalnym przywiedzeniu, następstwem czego mięsień naramienny z czasem ulega zanikowi, torebka zaś stawu barkowego w dolnej przyśrodkowej części znacznemu przykurczeniu. Przedramię ustawia chory w największej pronacji i zgina rękę w stawie nadgarstkowym w kierunku dłoniowym. Wadliwe te ułożenia uwarunkowane są przeważnie odruchem. W takim bowiem ustawieniu stawu zwiększa się pojem-

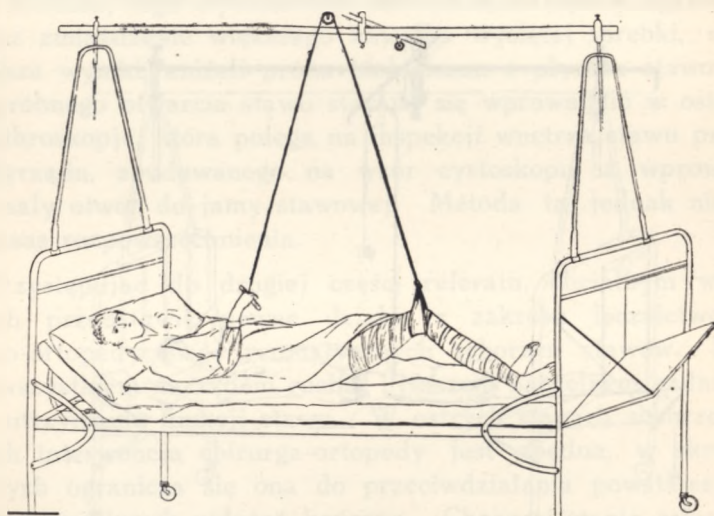
ność jamy stawowej, a płyn wysiękowy skutkiem tego nie wywołuje tak bolesnego naprężenia torebki stawowej. Zesztywnienie stawów w tych wadliwych pozycjach jednakże stanowi dla chorego poważne kalectwo. Dla tego też zaraz po ustąpieniu ostrych objawów i bólów zalecamy ruchy czynne. Następnie ustawiamy chociaż przez kilka godzin na dobę kończyny tak, ażeby uzyskać jaknajbardziej celowe co do statyki ustawienia na wypadek zeszywnienia. A więc kończyny dolne powinny być wyprostowane. Jedynie w stawach biodrowych pozostawić można zgięcie i odwiedzenie w zakresie kilku stopni. Wyprostną pozycję w stawach kolanowych osiągamy przez obciążenie kolan woreczkami z piaskiem. Stopy ustawiamy w stawach skokowych pod kątem prostym, względnie w bardzo nieznacznem zgięciu podszwawem



Rys. 1

i pośredniej pozycji pomiędzy pro- i supinacją. W tym celu wskazane jest układanie pomiędzy stopy a ścianę łóżka woreczków z piaskiem lub odpowiednich co do wielkości skrzynek, które uniemożliwiłyby wytwarzanie się nadmiernego końskostopu. Ucisk zaś kołdry na stopy usuwamy, ustawiając ponad stopami odpowiednie koszyki. Kończyna górna powinna być ustawiona w odwiedzeniu o 90° w stawie barkowym z przesunięciem ramienia do przodu od płaszczyzny czołowej o $30-40^\circ$. Osiągamy to łatwo, układając pomiędzy ramię i klatkę piersiową szynę drucianą zgiętą w kształcie trójkąta lub odpowiednio złożony pled. W stawie łokciowym dążymy do ustawienia pod kątem 90° przedramię zaś ustawiamy w pośredniej pozycji pomiędzy pro- i supi-

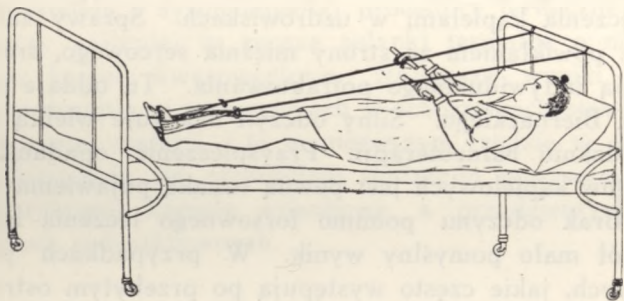
nacją, to jest tak, ażeby sobie chory mógł spojrzeć do własnej dłoni. W stawie nadgarstkowym staramy się uzyskać nieznaczne zgięcie grzbietowe, ponieważ w takim ustawieniu ręki zamknięcie pięści jest łatwiejsze. W miarę dalej postępującej poprawy stanu chorego zachęcamy go do wykonywania smielszych ćwiczeń oraz zalecamy ostrożne ćwiczenia bierne. Chętnie też stosujemy tu ćwiczenia skombinowane przy pomocy prostych urządzeń, dających się nawet w najprymitywniejszych warunkach domowych zainstalować przy łóżku chorego. Wystarczy przymocowany do łóżka słupek drewniany lub rozpięty nad łóżkiem drążek, do którego wkręca się kółeczko, po którym posuwa się sznur, obciążony z jednej strony ciężarkiem, z drugiej zaś strony



Rys. 2

pociągany przez samego chorego. W ten sposób można, zależnie od instalacji, przeprowadzić ćwiczenia czynne i bierne (Rys. 1—3). Metoda ta jest prosta i dobra. W większości przypadków udaje się nam uzyskać wielki zakres poruszalności w stawach, a poza tem zabiegi te dodatnio działają na psychiczny stan chorego. Gdy jednakże w toku tych zabiegów wystąpi pogorszenie, musimy zaprzestać stosowania dalszych ćwiczeń, a nawet na pewien czas trzeba unieruchomić kończynę przez ułożenie jej na szynie. Opatrunków gipsowych używamy bardzo niechętnie do unieruchomienia kończyny w schorzeniach reumatycznych z obawy przed zeszytnieniem stawów. Stosujemy je w stanach o wyjątkowo wielkiej bolesności lub w przypadkach, gdzie nie mamy już

żadnej nadziei utrzymania jakiegokolwiek zakresu poruszalności. W razie powstania kontraktur z mniej lub więcej zachowaną ruchomością, przejść musimy do intensywniejszych zabiegów. Przeważnie stosujemy wyciągi plastrowe z dosyć znacznym obciążeniem. Tu również użyć możemy z dobrym wynikiem urządzeń medyko-mechanicznych zbudowanych we własnym zakresie przy łóżku chorego. Najczęściej widzimy kontraktury kolan, stawów barkowych, i palców rąk. Najwięcej obawiamy się podwichnięcia w kolanie, które polega na przesunięciu się podudzia względem uda ku tyłowi. Przykurczenia palców, jakie najczęściej widzimy w pierwotnym wielostawowym gościu zniekształcającym, usuwamy częściowo, a nawet zupełnie wyciągiem przy pomocy t. zw. palców łykowych. Redresje, są to bezkrwawe, w narkozie wykonywane zabiegi, mające na celu poprawkę w ustawieniu kończyn lub usuwanie przykurczeń stawów; stosujemy je rzadko, a najczęściej



Rys. 3

w kontrakturze w stawie barkowym na tle t. zw. periarthritus humero-scapularis. We wszystkich przypadkach staramy się o to, ażeby chorzy leżący jak najwcześniej stanęli na nogach. Chodzenie jest dla chorego najlepszym ćwiczeniem i wpływa bardzo dodatnio na ogólny stan psychiczny. Gdy chodzenie sprawia im zbyt wielkie trudności i bóle zmuszeni jesteśmy do zakładania opatrunków krochmalnych, obejmujących całą kończynę. Często zaś zaopatrzyć musimy chorego w stało-skórzany aparat typu Hessinga, który przez odciążenie schorzałego stawu umożliwi mu swobodne poruszanie się.

Prócz mechanoterapii wskazane są w schorzeniach reumatycznych jeszcze inne zabiegi, należące do arsenału leczniczego fizjoterapii. W toku ostrych spraw gościowych rozpoczynamy już wcześniej z nagrzewaniem stawów przy pomocy termoforów, zwykłych lub elektrycznych, gorących kąpieeli powietrznych, okładów z soli i alkoholu. Dalszy

etap zabiegów tworzą masaże, elektryzacje, nagrzewania diatermją, następnie pełne kąpiele słone, siarczane oraz parowe. Wreszcie przychodzi balneoterapia stosowana w uzdrowiskach, której na zakończenie chciałbym poświęcić kilka słów.

Balneoterapia stanowi łagodną formę nieswoistego leczenia bodźcowego, a wpływ jej sprowadza się do oddziaływania na ustrój całego zespołu rozmaitych czynników. Gorące kąpiele, kąpiele cieplicze, kąpiele mułowe i borowinowe i także okłady działają w pierwszym rzędzie termicznie, wywołując przegrzanie tkanek. W solankach radioaktywnych potęguje emanacja radu działanie kąpiele, chemiczny zaś skład niektórych solanek i borowin wywiera swoisty wpływ na skórę, a za pośrednictwem skóry na cały ustrój. Balneoterapia posiada znacznie szerszą skalę stopniowania bodźców aniżeli np. proteinoterapia. Pomimo to musimy się liczyć z możliwością przedawkowania. Ostre stany gościcowe z gorączką, bólami i obrzękiem stawów nie nadają się wogóle do leczenia kąpielami w uzdrowiskach. Sprawy zaś podostre i przypadki z powikłaniem ze strony mięśnia sercowego, śród- i osierdzia wymagają indywidualnego potraktowania. Tu oddaje nam cenne usługi odczyn Biernackiego. Silny odczyn nakazuje wielką ostrożność w przeprowadzaniu balneoterapii. Przyspieszenie opadania krwinek w toku zabiegów kąpielowych jest pewną oznaką pojawienia się reakcji kąpielowej. Brak odczynu pomimo forsownego leczenia kąpielowego rokuje na ogół mało pomyślny wynik. W przypadkach przelotnych bólów stawowych, jakie często występują po przebytych ostrym gościcu stawowym, stosujemy z dobrym wynikiem pełne kąpiele ciepłe, które odznaczają się przede wszystkim działaniem uspokajającym, oraz kąpiele siarczano-solankowe. Gdy poza bólami są jeszcze zmiany organiczne w stawach, jak obrzęki, wysięki lub ograniczenia funkcji, to wskazane są raczej kąpiele borowinowe i mułowe lub także okłady. Są one bodźcem mechanicznym dla skóry, poza tem wywierają silny wpływ termiczny, przyspieszając przez wzmożenie przemiany pierwiastków wessanie się wysięków. Te zabiegi chętnie też łączymy z kąpielami siarczano-solankowymi. Podobne wskazania pod względem balneoterapii wyłaniają się w leczeniu spraw infekcyjnych wtórnych; jak w zapaleniach po rzeżączce, po grypie lub zakażeniu popołożowym i t. d. W leczeniu pierwotnego gościca zniekształcającego kąpielami zajmujemy stanowisko niejednolite. Przeważnie każdy chory inaczej oddziałuje na zaaplikowane zabiegi. W tej postaci gościca ciepło jest na ogół przez chorego źle przyjmowane. Często nawet zbyt forsowne procedury termiczne wywołać mogą stan pogorszenia. Działa-

nie ciepła wskazane jest w tych postaciach gośćca w okresach już daleko posuniętych, gdzie ono dodatnio wpływać może na uśmierzenie bolesności i poprawę funkcji schorzałych stawów. We wczesnych okresach i postaciach łagodnych kąpiele solankowe, a szczególnie solanki jodowe odznaczają się dodatnim wpływem na dalszy przebieg sprawy chorobowej. Szerokie zastosowanie znajdują tu także solanki termalne o przyrodzonej ciepłocie oraz solanki o własnościach radioaktywnych. W odosobnionym gościcu zniekształcającym (osteoarthritis def.) często zalecamy kąpiele borowinowe i mułowe. W przypadkach zaś rozwijających się na tle urazowym lub takich o łagodniejszym przebiegu kąpiele siarczano-solankowe i solanki cieplicze wpływają bardzo dodatnio. W przypadkach zastarzałych oraz w schorzeniach stawu biodrowego u ludzi starszych (malum coxae senile) na tle gośćca zniekształcającego stwierdzamy niestety zbyt często, że balneoterapia zawodzi. W schorzeniach na podłożu neuropatycznym (arthropathia tabetica, arthropathia e syringomyelia) procedury termiczne nie są pożądane. Chorzy najlepiej tu znoszą solanki termalne o niższej temperaturze oraz kąpiele kwasowęglowe. Najlepsze wyniki otrzymujemy jednak balneoterapią w uzdrowiskach w schorzeniach stawów na tle zaburzeń przemiany materji, i to w pierwszym rzędzie w dniu moczanowej. Tu odznaczają się szczególnie dodatnim wpływem na przebieg sprawy chorobowej kąpiele solankowe, a przede wszystkim solanki o własnościach radioaktywnych.



Dr. med. STANISŁAW POPOWSKI. (Warszawa).

PODSTAWY BODŹCOWEGO LECZENIA GRUŻLICY W WIEKU DZIECIĘCYM.

Przystępując do omawiania podstaw bodźcowego leczenia grużlicy w wieku dziecięcym, zaznaczam, że bynajmniej nie mam zamiaru wyczerpać w krótkim referacie całokształtu zagadnienia, oraz nie mam zamiaru omawiać szczegółów dotyczących techniki leczenia. Zadaniem mojem jest tylko nakreślić pokrótce podstawowe wskazania i przeciwwskazania do leczenia bodźcowego grużlicy wieku dziecięcego.

Na wstępie pozwolę sobie przypomnieć parę myśli rzuconych przez wybitnych znawców grużlicy. „Nawet na najdoskonalszej pożywce lasecznik grużlicy nie jest w stanie wywołać grużlicy” — mówi Seweryn Sterling. Ranke zaś powiedział: „izolowana grużlica istnieje tylko w jednym wypadku, gdy płuco jest wycięte i leży na stole sekcyjnym”.

Niema choroby poza ustrojem. Choroba infekcyjna jest tylko wyrazem reagowania ustroju na szkodliwość natury bakteryjnej. Chory jest cały ustrój, nie zaś pojedynczy jego narząd. Od wzajemnego ustosunkowania się bodźca chorobotwórczego do ustroju i ustroju do bodźca chorobotwórczego zależy przebieg cierpienia i losy chorego. Hayek powiada: „grużlica jest to równanie o wielu nieznanych”. Od ich wzajemnego ustosunkowania się, od wielkości tych nieznanych zależy przebieg cierpienia.

Z jednej strony mamy bodziec chorobotwórczy, jest nim lasecznik Kocha. Zdawałoby się, że ta część równania jest już przez nas dobrze poznana. Lecz i tu odrazu spotykamy się z pewnymi zastrzeżeniami

Są znane szczepy o różnych właściwościach i, o ile może naogół napotykanne szczepy nie różnią się jaskrawo jeden od drugiego, to jednak ilość zarazków wprowadzonych do ustroju odgrywa często decydującą rolę.

Szczególnie zaś wyraźny wpływ na przebieg cierpienia i na kształtowanie się stosunku ustroju do zarazków wywierają powtórne dodatkowe wprowadzania do ustroju laseczników gruźlicy. Wpływ tej „superinfectio” szczególnie jaskrawo daje się stwierdzić w wieku dziecięcym, gdy przerwanie styczności dziecka z osobnikiem zakażającym często decyduje o dalszych losach dziecka.

Inne nieznanne tego równania, względnie inne zmienne, jest to ustrój wraz ze wszystkimi cechami dziedzicznymi i nabytymi i wszystkimi czynnikami zewnętrznymi, pod wpływem których znajduje się ustrój.

Gruźlica jest więc, jako choroba, ustosunkowaniem się ustroju do tkwiących w nim zarazków gruźliczych. To ustosunkowanie się ustroju może być bardzo różne. Od nieuchwytnych wprost zmian w ustroju, które są wykrywane tylko za pomocą czułych metod biologicznych, aż do ostrego schorzenia szybko zmierzającego do śmierci.

Gruźlica jest cierpieniem, jak wiemy, bardzo rozpowszechnionem, zabiera ona moc ofiar, lecz w przeważającej ilości przypadków nie wychodzi ona poza granicę zakażenia utajonego, pozornie przynajmniej nie wprowadzającego głębszych zaburzeń w ustroju. Osobnik jest zakażony gruźlicą, lecz bynajmniej nie jest chory na gruźlicę. Przejście od stanu zupełnego zdrowia do choroby nie jest zawsze ostro zarysowane. Jest to dowodem względnie małej agresywności zarazków w stosunku do ustroju. I lekarz często ma ogromne trudności o ile bez dłuższej obserwacji ma sumiennie, a zgodnie z prawdą, wypowiedzieć się o stanie zdrowia badanego dziecka, o ile nawet odczyny tuberkulinowe wypadły u niego dodatnio.

Z drugiej jednak strony wiemy, że gruźlica jest cierpieniem bardzo przewlekłym; gruźlica nie jest chorobą mającą swój nieprzerwany przebieg. Fazy względnego spokoju, trwające miesiące i lata, mogą być przerwane nasileniem sprawy chorobowej. Ustrój wychodzi ze stanu spokoju; wchodzi w okres walki. Ta zmienność, te skoki chorobowe już od szeregu lat zostały uznane przez klinikę i pod nazwą „poussée évolutive”, „Schub‘u”, „rzutu”—są znane wszystkim lekarzom.

Każde pogorszenie się sprawy chorobowej, każde powstanie nowego ogniska gruźliczego w ustroju zaliczamy obecnie do zjawisk „rzutu”.

Choroba rozpoczyna się wówczas, gdy występują uchwytne objawy reagowania ustroju na laseczniki gruźlicze, wówczas gdy ustrój, używając określenia teleologicznego, wypowiada walkę lasecznikom, wówczas gdy powstaje większe powinowactwo ustroju do jądów gruźli-

czych. Bez tego powinowactwa niema choroby, to zaś powinowactwo jest zarazem przyczyną uszkodzenia tkanek jadami gruźliczemi. Czy jest jednak jakiś odpowiednik tego, wzmożonego powinowactwa ustroju do zarazka? Na to pytanie musimy odpowiedzieć twierdząco. Tym odpowiednikiem, a raczej skutkiem tego powinowactwa, jest wystąpienie odczynu wysiękowego. Początek fazy wysiękowej w płucach schematycznie możemy sobie przedstawić, jako różnego natężenia sprawę pneumoniczną, odgrywającą się w świetle pęcherzyka płucnego. Zaczyna się ona od przepajania ścian pęcherzyka cieczą surowiczo-limfacyjną, poczem następuje wysięk surowicy i włóknika do światła.

Jest to odczyn, który wg. Huebschmanna, czerwoną nicią idzie poprzez cały czas trwania choroby gruźliczej. Od jego nasilenia się, od jego siły zależy przebieg sprawy gruźliczej w ustroju ludzkim; od tego odczynu zależą losy chorego. Odczyn wysiękowy powstający w okresach zwiększonej wrażliwości ustroju na jad gruźlicy pociąga za sobą postępowanie sprawy gruźliczej; jest on niezbędnym wstępem do dalszych spraw destrukcyjnych, jest jedną z przyczyn uogólnionych rozsiań gruźlicy w ustroju. Jest on również niezbędnym wstępem do spraw wytwórczych, które zawsze są poprzedzane przez odczyn wysiękowy. Najwyraźniej występuje on w mięszu płucnym; w innych narządach zaznacza się on w sposób zazwyczaj mniej wyraźny, co, wg. Huebschmanna, zależy od więcej spoistego utkania tych narządów.

W zależności od nasilenia tego odczynu, w zależności od czasu trwania różne są jego następstwa i zejścia: od całkowitego cofnięcia się wysięku, aż do rozległych zserowaceń i głębokich zmian destrukcyjnych. To całkowite cofnięcie się rozległych nawet wysięków gruźliczych bynajmniej nie jest rzadkością.

Wspomnę tu o tak zwanych naciekach wczesnych, które niekiedy nawet bez leczenia uciskowego ustępują bez pozostawienia po sobie uchwytnych zmian fizykalnych i rentgenologicznych.

Dotyczy to również często napotykanych przywnekowych nacieczeń mięszu płucnego, jak również i rozległych nacieków dookoła ognisk gruźliczych. W pewnych jednak przypadkach, odczyn wysiękowy jest wstępem do rozwoju sprawy włóknistej.

Wg. Huebschmanna wszystkie zmiany, które charakteryzują się wystąpieniem właściwych gruzełków, których głównymi częściami składowymi są komórki nabłonkowate i olbrzymie, czyli zmiany, które prowadzą do powstawania nowej, zawierającej włókna, tkanki i które prowadzą do powstawania blizny, należy zaliczyć do wytwórczego okresu gruźlicy.

Spostrzeżenie większego materiału gruźliczego, szczególnie zaś dziecięcego, daje nam możliwość klinicznego stwierdzenia szeregu tych najrozmaitszych postaci.

Tylko odczyn wysiękowy występujący w tej lub innej postaci jest niezbitym dowodem, że ustroj wraca w okres wzmożonej wrażliwości na jady, czyli, że sprawa gruźlica jest czynna.

Badanie doświadczalne, głównie zaś spostrzeżenia kliniczne, do pomogły nam do zrozumienia patogenezy odczynu wysiękowego, który jest obecnie dla nas wyrazem wzmożonego powinowactwa tkanek do jądów gruźliczych, wyrazem tak zwanej alergii nadwrażliwości. Bez odczynu wysiękowego niema gruźlicy, jako choroby. Bez niego niema dalszego szerzenia się gruźlicy w danym zarządzie, wyprzedza on również powstawanie każdego nowego istotnego ogniska gruźliczego w ustroju.

W pewnych narządach wystąpienie odczynu wysiękowego daje się stwierdzić łatwo na drodze czy to badania fizykalnego, czy rentgenologicznego, jak to ma miejsce w mięszu płucnym, w gruczołach przyoskrzelowych lub obwodowych, w jamach opłucnej lub otrzewnej i w stawach.

W innych jednak narządach o szczególnie zbitem utkaniu, jak na przykład, w kościach, odczyn ten uwydatnia się mniej jaskrawo. Chociaż w chwili obecnej już szereg rentgenologów skłania się do mniemania, że obraz rentgenologiczny kości upoważnia często lekarza rentgenologa do wypowiedzenia się jaka sprawa — wysiękowa czy wytwórcza — przeważa w danym ognisku gruźliczym w kości.

Bynajmniej nikt obecnie nie twierdzi, że faza wysiękowa lub faza wytwórcza nawzajem się wykluczają. W ogromnej większości przypadków zjawiska wysiękowe toczą się obok zjawisk wytwórczych, lecz jedno zjawisko bardzo często tak jaskrawo dominuje nad drugim, że możemy śmiało mówić o wyraźnej przewadze jednej fazy nad drugą.

Zastanówmy się obecnie w jaki sposób kształtuje się ta alergja nadwrażliwości, która nadaje tempo i charakter całemu schorzeniu gruźliczemu i to nie tylko w tak zwanych izolowanych cierpieniach poszczególnych narządów, lecz również i w uogólnionych rozsianach gruźliczych.

Jakie czynniki odgrywają rolę w kształtowaniu się tej nadwrażliwości?

Szczególnie zaś winny interesować nas te czynniki, które mogą być uwzględnione w zapobieganiu i leczeniu gruźlicy.

Z tych czynników, jak zaznaczyłem już poprzednio, zasługuje na dużą uwagę ponowne wprowadzenie do ustroju laseczników gruźliczych.

tak zwana superinfectio. Nie ulega żadnej wątpliwości, że pod jej wpływem nasila się wrażliwość ustroju na laseczniki gruźlicze. Gotowość ustroju do reagowania rozległymi odczynami wysiękowymi występuje tu bardzo jaskrawo. Podkreślone to zostało wyraźnie w pracach Redekera, lecz każdy, kto ma możność spostrzegania większej liczby dzieci, pozostających w styczności z chorymi na czynną gruźlicę płuc, miał napewno możność stwierdzenia tego związku między superinfectio a nasileniem się wrażliwości na jady gruźlicze, czyli na budzenie się starych ognisk gruźliczych lub powstawanie ognisk nowych. Ogromne nacieczenie dookoła ogniskowe występujące w postaci tak zwanych corticopleurytów czy to splenopneumonij i t. d. są tego dowodem.

To nasilenie się skłonności ustroju do reagowania rozległymi zmianami wysiękowymi występuje szczególnie wyraźnie u dzieci młodszych. U dzieci w I—II roku życia może to pociągnąć szybki przebieg cierpienia wraz ze sprawami serowaciejącymi. W wieku późniejszym superinfectio nie powoduje zazwyczaj tych śmiertelnie przebiegających postaci gruźlicy, dając jednak przewlekłe zmiany naciekowe, trwające zazwyczaj przez dłuższy czas.

Nad kliniką tych postaci chorobowych nie mogę się dłużej zatrzymywać, odsyłając kolegów do istniejącego już obszernego piśmiennictwa z tej dziedziny.

Te obrazy chorobowe, które są wyrazem wzmoczonej wrażliwości ustroju na jady gruźlicze, spotyka się również i u dorosłych, co prawda znacznie rzadziej. Poprzednio jednak w erze stosowania tuberkuliny na szerszą skalę nie należały one do rzadkości. Profesor Gluziński pierwszy opisał to zjawisko już w sześć tygodni po ogłoszeniu przez Kocha o odkryciu tuberkuliny, potem zaś to zjawisko było opisane przez szereg autorów.

Jak widzimy, mamy już dwa czynniki, które mogą powodować występowanie rozległych nacieczeń, jest to superinfectio i tuberkulina.

Są jednak i inne czynniki, które sprzyjają powstawaniu tych nacieczeń.

Zjawiskiem ogólnie znanem jest częstsze występowanie tych postaci chorobowych na wiosnę. Nie ulega żadnej wątpliwości, że stoi to w związku z wiosennem przestrojeniem się ustroju. Ustrój dziecięcy odczuwa to przestrojenie się w stopniu znacznie wyraźniejszym niż ustrój dorosłego. Ustrój odzwyczajony podczas zimy od mocniejszych bodźców zewnętrznych, jakim jest większa ekspozycja na działanie promieni słonecznych, dłuższy pobyt na powietrzu, reaguje na te bodźce znacznie mocniej, niż w miesiącach późniejszych, gdy miał już czas

na wyszkolenie i wytrenowanie swych aparatów regulacyjnych. To przestrojenie się ustroju ma już swoją ogólnie przyjętą nazwę „wiosennej kryzy hormonalnej“, gdyż nie ulega żadnej wątpliwości, że w genezie tych zmian gruczoły dokrewne odgrywają rolę decydującą.

Nasuwa się tu analogia pomiędzy występowaniem na wiosnę tęczy u dzieci krzywiczych, a pogarszaniem się lub występowaniem spraw wysiękowych u dzieci gruźliczych.

Po okresie zimowym, podczas którego ustrój był pozbawiony omal zupełnie bodźców zewnętrznych, zostaje on względnie raptownie poddany działaniu tych bodźców, Aparat regulacyjny zatracił podczas długich miesięcy zimowych swą sprawność, bodźce nowe przekraczają jego tolerancję i występuje szereg zaburzeń w ustroju. Te zaburzenia wiosenne znajdują swój wyraz w szeregu czynności biologicznych, co odbija się i na ogólnej przemianie materji, jak to szczególnie jaskrawo występuje u dzieci krzywiczych.

Posiadamy obecnie szereg dowodów, że pociąga to głębokie zaburzenia w układzie wegetatywnym, wyrazem czego jest wzmożone napięcie układu n. błędnego.

Związek między przebiegiem gruźlicy a układem wegetatywnym nie ulega żadnej wątpliwości. Wśród nawału prac, traktujących o powyższym związku, coraz wyraźniej zarysowuje się przekonanie, że wzmożone napięcie układu nerwu błędnego powoduje wzmożone powinowactwo ustroju do jądów gruźliczych, lecz i odwrotnie czynna sprawa gruźlicza w pierwszym swym okresie jest przyczyną ogólnego podrażnienia układu nerwu błędnego. Ten stan wzmożonego napięcia względnie szybko może ustąpić miejsca ogólnemu wyczerpaniu się układu wegetatywnego. Są to te stany, w których ustrój już szybkimi krokami zbliża się do katastrofy.

Wiosenne wzmożenie napięcia układu nerwu błędnego wraz ze wzmożeniem się powinowactwa do jądów gruźliczych jest więc przyczyną pogarszania się spraw chorobowych gruźliczych, jak również i częstszego występowania na wiosnę gruźliczego zapalenia opon mózgowych i prosówkowych postaci gruźlicy.

Lecz ożywienie się sprawy gruźliczej nie zawsze fatalnie odbija się na ustroju. O ile sprawa gruźlicza nie przekracza pewnych określonych granic, to jady gruźlicze, podniecając ogólnie ustrój, mogą spowodować wyraźny przyrost wagi, lepszy wygląd dziecka, wzmożenie łaknienia itd. itd.

To kliniczne spostrzeżenie znajduje się w całkowitej zgodzie z prawem Arndt-Schulz'a, że słabe bodźce podniecają, mocne hamują, a najmocniejsze porażają czynności ustroju.

Dopóki więc nie jest przekroczona ta granica, dopóki nie występuje wyczerpanie ustroju, to bodźce te mogą powodować tak zwany drugorzędowy stan alergiczny Redekera, przebiegający ze wzmożeniem napięciem czynności ustroju.

Z doświadczeń Beckera wiemy, że ustrój młody posiada zdolność szybszego reagowania na bodźce, lecz jednocześnie względnie szybko następuje i wyczerpanie ustroju. Ustrój młody szybciej i łatwiej może być wyprowadzony z tej równowagi, która zapewnia mu możliwość równomiernego rozwoju. Te odchylenia od tego normalnego stanu mogą być dwojakiego rodzaju. Z jednej strony poprawa stanu ogólnego, z drugiej zaś strony katastrofalne załamanie się ustroju na skutek wyczerpania układu wegetatywnego i ogólnego zatrucia jadami.

Stąd ta wielopostaciowość kliniczna gruźlicy w wieku dziecięcym wraz jednak z tak niepomysłnym rokowaniem w dziecięcej gruźlicy płuc i tak względnie częste przypadki prosówkowej gruźlicy. Częstość prosówkowej gruźlicy zależy obok łatwiejszego przestrojenia się ustroju wraz z przestrojeniem się układu siateczkowo - śródbłonkowego i od wspomnianej dużej skłonności do odczynów wysiękowych. Odczyny wysiękowe w ogniskach gruźliczych, według Liebermeistera, są słusznie zdaje się uważane za czynnik w znacznej mierze ułatwiający przedstawianie się większej ilości laseczników gruźliczych do obiegu krwi, co zdaje się nie jest bez znaczenia dla łatwiejszego powstawania gruźlicy prosówkowej.

Przypatrzmy się obecnie jaki wpływ wywierają na ustrój najrozmaitsze bodźce zewnętrzne. Mam tu szczególnie na myśli bodźce, które działają na powierzchnię skóry; są to więc czynniki termiczne: promienie słońca i lampy kwarcowej, działanie wiatru, kąpiele, zabiegi hydropatyczne, masaż i t. d. Osobno parę krótkich słów należy się tu również proteinoterapii i wprowadzaniu parenteralnemu soli metali.

Skóra, według określenia Gröera, jest fizjologicznym regulatorem życia roślinnego. Szereg badań z tej dziedziny wskazuje na to, że obok lokalnych odczynów i zmian występujących pod wpływem zadziałania na skórę tych lub innych bodźców mamy jednak do czynienia i z działaniem ogólnym. To działanie występuje bardzo wyraźnie i ujawnia się, posługując się terminem Somogyia, w postaci tak zwanego „odczynu wegetatywnego” (Ve Re).

Według badań cytowanego autora, bodźce odpowiadające zdolno-

ści odczynowej ustroju powodują w przeciągu 24 godzin odczyn świadczący o nasileniu się napięcia układu nerwu błędnego; jednym z dowodów według Somogyia jest przyrost wagi i wystąpienie względnego zwolnienia tętna. Bodźce przekraczające jednak zdolność odczynową ustroju dają wręcz odmienny odczyn. Obok jednak podanych przez Somogyia zmian występujących pod wpływem bodźców zewnętrznych zachodzi szereg innych zjawisk świadczących o zmianach w układzie wegetatywnym, znajduje to swój wyraz i w przemianie materji; zmiany te mogą być wykazane na drodze badań laboratoryjnych. Zasadniczą zaś cechą tych odczynów jest występowanie fazy ujemnej przy przekroczeniu zdolności odczynowej ustroju. W tej fazie ujemnej następuje wyczerpanie ustroju z obniżeniem się jego sił obronnych. O tej dwufazowości w działaniu wszystkich bodźców zawsze winien pamiętać lekarz.

Kiedy i jak szybko nastąpi ta faza ujemna zależy od osobniczych właściwości ustroju. Nie należy wątpić, że odgrywają tu dużą rolę i cechy dziedziczne, gdyż nie ulega żadnej wątpliwości, że większa lub mniejsza pobudliwość układu wegetatywnego może być cechą dziedziczną.

Lecz bardzo ważną rolę odgrywa tu również i stopień poprzedniego wytrenowania układu wegetatywnego i ogólny stan chorego.

Dziecko wdrożone do tych podrażnień zewnętrznych, którego układ wegetatywny jest w należyty sposób wytrenowany, będzie w stanie znieść mocniejsze bodźce przez dłuższy czas, niż dziecko z chwiejnym układem wegetatywnym. Bodźce, które u jednego dziecka nie przekroczą nawet progu pobudliwości, mogą dla drugiego okazać się zbyt mocnymi. Lekarze w zdrojowiskach posiadają pod tym względem duże doświadczenie. Są oni w stanie szybko zorientować się w odporności dziecka na bodźce zewnętrzne i zalecić zabiegi nieprzekraczające granic tolerancji.

Twierdzenie Bacmeistera, że ważnem jest nie tylko pytanie, „gdzie” leczyć, lecz również i „jak” leczyć, znajduje tu całkowite zastosowanie.

Wszystkie powyższe metody leczenia mają na celu wzmocnienie układu wegetatywnego, jego ustabilizowanie.

To ustabilizowanie ma ogromne znaczenie, jako czynnik zapobiegający możliwości obostrzenia się istniejących ognisk gruźliczych lub powstawania innych. Ustrój o mało chwiejnym układzie wegetatywnym przeciwstawi się sprawnej infekcji gruźliczej, a skłonność do odczynu wysiękowego nie uwydatni się w tak jaskrawy sposób, jak to może mieć miejsce w ustroju o chwiejnym układzie wegetatywnym. Tu się uwydatnia konieczność systematycznego, racjonalnego, hartowania dziecka. Har-

towanie dziecka jest to dążenie do stabilizacji jego układu wegetatywnego.

Obok tego winniśmy brać pod uwagę jeszcze i inne zjawisko. Jest to zjawisko adiaforji Gröera. Polega ono na tem, że każdy czynnik, który wywołuje podrażnienie skóry, po cofnięciu się objawów podrażnienia skóry, przy ponownem zastosowaniu nie wywołuje już wyraźnych objawów podrażnienia. Tak skóra, która przebyła stan zapalny wykazuje częściową lub absolutną swoistą lub mniej swoistą obojętność. Ten czynnik również zapewne odgrywa dużą rolę i w hartowaniu i w zmniejszeniu się reagowania ustroju na bodźce chorobotwórcze.

Wszyscy autorzy zgodnie podają, że racjonalnie prowadzone leczenie bodźcowe wywiera bardzo dodatni wpływ na zmniejszenie się skłonności dzieci do tak zwanych „przeziębień”. Ma to duże znaczenie w całokształcie akcji zapobiegawczej gruźlicy, gdyż, jak to słusznie podkreśla Kleinschmidt, przemijające, powtarzające się nieżyty dróg oddechowych prowadzą często do zwiększenia wrażliwości na jady gruźlicze i dają możność obudzenia się sprawy gruźliczej.

Usunięcie więc i tej możliwości winno być uwzględnione przez lekarza.

W danym wypadku chodziłoby głównie o wzmożenie nieswoistej ogólnej odporności ustroju, którą posługuje się ustrój również i w walce z zarazkami gruźlicy. Do jakiego stopnia jesteśmy w stanie wpłynąć na tej drodze na odporność swoistą trudno jest w chwili obecnej odpowiedzieć, gdyż sprawa odporności swoistej w gruźlicy, chociaż nie ulega żadnej wątpliwości, nie jest dotychczas dobrze poznana.

Leczenie bodźcowe ma na celu tylko dopomóc ustrojowi do samowyleczenia, a tę zdolność do samowyleczenia ustrój ludzki posiada jednak w dużym stopniu.

Nasuwa się obecnie pytanie, w jakich przypadkach mamy uciekać się do leczenia bodźcowego. Jak widzieliśmy wszystkie bodźce, któremi posługujemy się w leczeniu gruźlicy, jak słońce, ciepło, zimno, masaż, kąpiele, zabiegi hydropatyczne, jak również i inne bodźce, jak proteino-terapia posiadają zdolność zwiększania napięcia układu nerwu błędnego; to zaś zwiększanie napięcia sprzyja zwiększeniu powinowactwa ustroju do jadów gruźliczych. Wszystkie te czynniki pociągają za sobą przy przekroczeniu pewnych granic nasilenie się odczynów wysiękowych. Te zaś odczyny grożą jednak choremu dalszem szerszeniem się sprawy chorobowej, grożą możliwością uogólnienia się sprawy gruźliczej.

Wszelkie więc leczenie bodźcowe winno być zaniechane przy nadmiernych odczynach wysiękowych, szczególnie dotyczy to cierpień płuc-

nych, gdzie nasilenie się sprawy wysiękowej jest tak łatwe do sprowokowania.

Te okresy wzmózonych odczynów wysiękowych wymagają całkowitego spokoju i nieprzekraczania tych zwykłych bodźców zewnętrznych do których ustrój dziecka jest przyzwyczajony, a raczej nawet obniżenia i tych normalnych bodźców. Metoda leżakowania, jako metoda ograniczenia ruchu, polega również na znanym fakcie, że nadmierny ruch wywiera na ustrój chory wpływ identyczny z działaniem zbyt mocnych bodźców zewnętrznych.

Dziecko stale przebywające na wsi, przyzwyczajone do słońca, wiatru, wahań ciepłoty otaczającego go powietrza, kąpieli, będzie wymagało przy jednakowych zmianach, stwierdzonych w ustroju, mniejszej ostrożności, niż dziecko stale przebywające w murach miasta i ciasnego mieszkania.

I tu widzimy konieczność indywidualnego traktowania każdego chorego. Stała kontrola stanu chorego podczas leczenia bodźcowego jest koniecznością.

Każdy lekarz stykający się z większą liczbą dzieci chorych na gruźlicę przypomni sobie ze swej praktyki przypadki, gdzie zbyt pochopne korzystanie z tego lub innego bodźca leczniczego pociągnęło za sobą pogorszenie się sprawy chorobowej. Szczególnie często widywano to w okresie nadmiernego i bezkrytycznego stosowania lampy kwarcowej poprzednio zaś w erze ogólnego entuzjazmu do leczenia tuberkuliną.

Należy tu pamiętać i o tem, że im młodsze jest dziecko, tem mniej ustabilizowany układ wegetatywny ono posiada, tem łatwiej reaguje ono na wszelkie bodźce odczynem nadwrażliwości. Nie należy się więc dziwić, że w 1 — 2 roku życia jesteśmy bardzo ostrożni w stosowaniu leczenia bodźcowego u dzieci gruźliczych.

Również należałoby przestrzegać pewną ostrożność w leczeniu bodźcowem w stosunku do dzieci nie wykazujących przy badaniu wyraźniejszych zmian chorobowych, lecz u których zakażenie się gruźlicą miało miejsce względnie niedawno. Ta ostrożność jest podyktowana możliwością obostrzenia się sprawy chorobowej w tym tak zwanym wczesnym II okresie gruźlicy, w okresie, w którym sprawa gruźlicza posiada tak dużą skłonność do uogólniania się.

W wieku starszym chwiejność układu wegetatywnego jest zazwyczaj znacznie mniejsza, zwiększa się więc liczba dzieci, które mogą być poddane leczeniu bodźcowemu. Lecz i tu winno się to odbywać pod stałą kontrolą lekarską.

Stanowczo nie nadają się do leczenia bodźcowego dzieci w okre-

sach wyraźnych nacieczeń dookołaogniskowych, jak również i w okresach, co prawda rzadko spotykanego u dzieci starszych, wybitnego powiększenia gruczołów przyoskrzelowych (epituberculosis gruczołów przyoskrzelowych Kleinschmidta).

Tu głównie musi być przestrzegane całkowite oszczędzanie chorego. Również całkowite „oszczędzanie” chorego winno mieć miejsce w przypadkach wykazujących skłonność do nowych rozsiań dookoła ognisk gruźliczych w płucach lub powstawania nowych ognisk gruźliczych poza płucami. Sprowokowanie lub nasilenie się już istniejących objawów wysiękowych może być przyczyną nowych rozsiań lub uogólnienia się sprawy gruźliczej.

Bezwzględnie winno być zaniechane leczenie bodźcowe w postaciach gruźlicy płuc przebiegającej z wyraźnymi objawami wysiękowymi, a tem bardziej z objawami rozpadu.

Tutaj nawet jednokrotne naświetlenie lub inny zabieg „bodźcowy” może wywołać katastrofę. Te wszystkie przypadki winny być traktowane z ogromną ostrożnością. Jest tu szerokie pole do wszelkiego rodzaju uciskowego leczenia płuc, lecz bodźcowe leczenie winno być zaniechane całkowicie.

Wobec powyższego nasuwa się pytanie, jakież przypadki gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, jak również gruźlicy płuc, nadają się do leczenia bodźcowego. Na to pytanie trudno odpowiedzieć. Liebermeister powiada: „tuberkulino - terapii nie można nauczyć się z książki”. Z tem samem powodzeniem można wypowiedzieć to i w zastosowaniu wogóle do terapii bodźcowej.

Tuberkulinoterapia, która stale ma zapalonych zwolenników, jak również i zapalonych wrogów, jest metodą leczniczą, która daje dobre wyniki tylko u lekarzy, których nazwałbym artystami. Wczucie się w siły odpornościowe chorego, umiejętność obserwacji, pozwala klinicyście - artyście stosowania tej metody z pożytkiem dla chorego. W mniejszym stopniu to samo da się powiedzieć wogóle o leczeniu bodźcowem. Jest tu od lekarza wymagana umiejętność spostrzegania i umiejętność wnioskowania.

O ile lekarz przychodzi do wniosku, że wrażliwość na jady gruźlicze zaczyna wygasać, że nie zachodzi obawa przed mocniejszymi odczynami wysiękowymi, ma prawo przystąpić on do leczenia bodźcowego.

Im większa jest skłonność do bliznowacenia, im mniej burzliwy jest przebieg, tem więcej chory nadaje się do leczenia bodźcowego. Tu leczenie bodźcowe ma na celu wzmożenie wrażliwości na jady gruźlicze i wywołanie nieznacznego odczynu wysiękowego. Ten jednak odczyn

wysiękowy nie może przekraczać pożądaných granic, winien on być tylko tym czynnikiem, który przyspieszy dalsze gojenie się sprawy gruźliczej na drodze włóknienia.

Huebsmann mówi tu o tak zwanej dodatniej fazie alergii, która znajduje swój wyraz w stosunkowo bardzo małym odczynie wysiękowym, który szybko przemija, przechodząc w okres wytwórczy. Tylko wówczas, gdy jest opanowana alergja nadwrażliwości znajduje zastosowanie leczenie bodźcowe. Kiedy przystąpić w tych przypadkach do leczenia bodźcowego i jakiej siły zastosować bodźce — to jest pytanie które staje przed lekarzem.

Mamy szereg sprawdzianów, któremi możemy się posługiwać, są to wyniki badania fizykalnego i rentgenologicznego, waga chorego, odczyn Biernackiego, wzór krwi i inne, lecz głównie jednak doświadczenie i wyrobienie kliniczne lekarza winno odgrywać tu rolę decydującą.

Nie mogę szeroko rozwodzić się nad wszelkimi metodami leczenia bodźcowego. Umiejętne stosowanie bodźców, może w szeregu przypadków dać dobre wyniki, należy je tylko odpowiednio dawkować i posługiwać się nimi w odpowiednich przypadkach. Obok tego koniecznością jest unikanie wszelkiego szablonu. Szablonowe traktowanie chorego bez chęci wczucia się w zdolności reagowania ustroju może pociągnąć za sobą wyniki bardzo niepożądane. We wszystkich schematach podawanych do leczenia bodźcowego, czy to w schemacie Rollier w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, czy w schemacie Ulrici w leczeniu słońcem gruźlicy płuc, czy w schematach leczenia gruźlicy tuberkuliną, zwraca uwagę bardzo powolne zwiększenie bodźców leczniczych.

To powolne nasilanie bodźców daje lekarzowi możliwość zorientowania się w sposobie reagowania ustroju i pozwala mu na wycofanie się na czas lub na zmniejszenie siły stosowanych bodźców, o ile cierpienie wykaże niepożądany wzrost w kierunku nadmiernego nasilenia się objawów wysiękowych, lub przekroczenia granic tolerancji chorego.

Zaznaczam jednak, że wiek dziecięcy, w którym istotna gruźlica płuc zazwyczaj wykazuje znacznie większą skłonność do dużych odczynów wysiękowych, mniej nadaje się do leczenia bodźcowego, niż często napotykanne przewlekłe postacie gruźlicy płuc dorosłych.

Inne metody leczenia bodźcowego gruźlicy płuc w wieku dziecięcym, jak stosowanie lipidów, surowicy koni, osła, bydła, proponowane przez Czerny'ego i Eliasberga nie znalazły dotychczas entuzjazmu wśród lekarzy, posługujących się temi metodami leczenia. Tem bardziej, że nie wykazując jakiegos swoistego działania, według szeregu autorów, są

one w stanie wywołać wyraźny odczyn ogniskowy w postaci objawów wysiękowych.

Do leczenia bodźcowego należałoby może zaliczyć również i leczenie solami metali — głównie preparatami złota. Ta metoda leczenia gruźlicy płuc wśród pedjatrów nie znalazła dotychczas większego uznania.

Leczenie tuberkuliną przez szereg autorów jest uważane za swoiste bodźcowe leczenie gruźlicy; czy może być ono postawione narówni z innymi metodami leczenia bodźcowego powiedzieć trudno; jest bardzo możliwe, że działanie tuberkuliny wychodzi daleko poza działanie innych bodźców i że mechanizm jej działania jest zupełnie odmienny. Pomijając to zagadnienie, zaznaczyć tylko należy, że stosowane dotychczas metody leczenia tuberkuliną gruźlicy płuc wieku dziecięcego nie cieszą się również zbyt wielkim zaufaniem pedjatrów. Tłumaczy się to głównie ogromną przewagą postaci wysiękowych w tym wieku, w przypadkach zaś o tendencjach do włóknienia bardzo łatwym przekroczeniem pożądanej granicy podrażnienia.

Duże natomiast zastosowanie może znaleźć leczenie bodźcowe w przypadkach gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, lecz z uwzględnieniem zastrzeżeń, które podkreśliłem poprzednio, czyli właściwie tylko po ustąpieniu wyraźnych objawów alergji nadwrażliwości.

Należy jednak przyznać, że jeszcze i w chwili obecnej, w mniejszym może stopniu niż poprzednio daje się zauważyć zbyt wielka pochopność do rozpoznawania gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, oraz w związku z tem, niczem nieumotywowana skłonność do leczenia nieistniejącego cierpienia.

Widuje się i obecnie dzieci, które przez dłuższy czas były leczone z powodu gruźlicy, u których jednak nie stwierdza się nawet dodatnich odczynów tuberkulinowych.

W ogromnej większości przypadków nic im ta kuracja nie zaszkodziła. Przyczyniła się ona do wzmocnienia ustroju, do lepszego jego rozwoju, lecz bądźmy szczerzy — lekarz nie leczył tu gruźlicy. Podobne jednak postępowanie, pociągające za sobą często zupełnie niepotrzebne luki w budżecie rodziny, a często wywierające ujemny wpływ na psychikę dziecka, stanowczo winno być uznane za zupełnie niepożądane.

O tem, że leczenie bodźcowe zdobyło już prawa obywatelstwa w leczeniu zołzów (scrophulosis), gruźlicy gruczołów obwodowych, w wysiękowych postaciach gruźlicy otrzewnej, gruźlicy kości, stawów, skóry, nie potrzebuję już mówić. Sądzę jednak, że zbyt mało posługujemy się leczeniem balneologicznem w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.

Mayerhofer i Sarcewic stosują kąpiele morskie u dzieci z gruźlicą stawów i kości; otrzymują podobno dobre wyniki w przypadkach ograniczenia ruchów w stawach schorzałych i daleko posuniętym zaniku aparatu mięśniowego. Dzieci, o ile zachodzi tego potrzeba, są kąpane w specjalnych aparatach ortopedycznych. U nas w Polsce na szerszą skalę leczenie balneologiczne gruźlicy chirurgicznej jest przeprowadzane w sanatorjum imienia prof. Brudzińskiego w Busku.

Leczenie bodźcowe gruźlicy chirurgicznej, rozumie się, bynajmniej nie wyklucza konieczności dbałej i stałej opieki ortopedycznej, lecz i tu pamiętać należy, że gruźlica chirurgiczna nie jest bynajmniej tylko izolowanym cierpieniem tego lub innego stawu kości. Chory jest, jak zwykle w gruźlicy, cały ustrój. W leczeniu bodźcowem zachodzą i tu, lecz w stopniu znacznie mniejszym, te same objawy przed zbyt wielkim nasileniem wrażliwości na jady gruźlicze, jak również i objawy przed możliwością uogólnienia się sprawy gruźliczej.

Przekroczenie pożądanej siły bodźca może i tu pociągnąć za sobą niepożądane i groźne skutki.

Leczenie bodźcowe ma więc na celu, o ile chodzi o zapobieganie gruźlicy, ustabilizowanie układu wegetatywnego, o ile zaś chodzi o leczenie, wzmożenie tych spraw biologicznych ustroju, które mogą przyspieszyć proces zdrowienia. Leczenie bodźcowe jest jednak mieczem obosiecznym. Tylko w rękach dobrego klinicysty może dać ono dobre wyniki.

Należy leczyć tam, gdzie zachodzi tego potrzeba, lecząc jednak nie szkodzić.

Prof. dr. LUDWIK PASZKIEWICZ (Warszawa).

CHOROBY ZEWNĄTRZWĄTROBNYCH DRÓG ŻÓŁCIOWYCH.

Drogami żółciowymi zwiemy przewody, przez które płynie do jelit żółć, wydzielana przez komórki wątroby.

Drogi żółciowe rozpoczynają się tuż przy komórkach, a może nawet w komórkach wątroby, przy ich jądrze, w postaci bardzo małych kanalików, które można zauważyć pod mikroskopem dopiero po zastosowaniu specjalnych metod technicznych, ponieważ kanaliki nie mają własnych ścian.

Najdrobniejsze kanaliki żółciowe tworzą wewnątrz zrazików wątrobnych bardzo gęstą sieć, z której, na obwodzie zrazików, wychodzi kilka większych przewodów, mających już własne ściany z wysokiego nabłonka walcowatego, opartego o błonę podstawną, otoczoną z zewnątrz warstwą tkanki łącznej.

W miarę zbliżania się przewodów żółciowych do wnęki wątroby średnica ich staje się coraz większa a liczba maleje. Wreszcie tuż przed wnęką przewody żółciowe zlewają się w dwa przewody wątrobowe prawy i lewy. W obrębie wnęki łączą się oba te przewody pod kątem bardzo rozwartym w jeden główny przewód wątrobowy, który biegnie ku dołowi i tuż poniżej wnęki wątroby łączy się pod kątem ostrym z przewodem pęcherzykowym w przewód żółciowy wspólny. Ten zaś przebiega w kierunku do dwunastnicy, gdzie złączywszy się z przewodem trzustkowym przebija skośnie przyśrodkową ścianę zstępującej części dwunastnicy i uchodzi na brodawce dwunastnicy. Ujście to leży 8,5—10 cm poniżej odźwiernika.

Drogi żółciowe, idące od komórek wątroby aż do jej wnęki, zwiemy wewnątrzwątrobnymi, od wnęki do dwunastnicy — zewnątrzwątrobnymi. Do zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych należy też pęcherzyk żółciowy i jego przewód.

Ze względu na ograniczony czas wykładu zajmę się tylko chorobami zewnątrz-wątrobnymi dróg żółciowych. Zanim jednak do tego przystąpię, omówię w ogólnych zarysach ich budowę i czynność.

Biorąc pod uwagę czynność zewnątrzwątrobnymi dróg żółciowych musimy w nich odróżniać (Lütken's) trzy odcinki: a) układ zagęszczający (właściwy pęcherzyk żółciowy), b) układ przewodzący (przewód wątroby i wspólny), c) układ łączący (szyjka i przewód pęcherzykowy).

W właściwym pęcherzyku żółciowym odróżniamy trzy części: a) dno (część, leżąca w pobliżu przedniego dolnego brzegu wątroby), b) ciało (część pośrednia), c) lejek (część, leżąca wyżej ciała).

Między lejkiem a przewodem pęcherzykowym znajduje się szyjka pęcherzyka żółciowego.

Dno pęcherzyka żółciowego nosi miano dolnego bieguna, lejek i szyjka — górnego bieguna pęcherzyka żółciowego. Lejek i szyjka zarysowują się tylko w nieuszkodzonym pęcherzyku żółciowym.

Dolna ściana pęcherzyka opiera się z przodu na okrężnicy poprzecznej, w tylnym odcinku na górnej poziomej części dwunastnicy. Dno pęcherzyka styka się ze ścianą jamy brzusznej w miejscu skrzyżowania się bocznego brzegu prostego mięśnia brzucha z dolnym brzegiem łuku żeberowego, leży więc mniej więcej na wysokości chrząstki ósmego lub dziewiątego zebra.

Szyjka właściwa zaczyna się w miejscu pierwszej zastawki, licząc od pęcherzyka żółciowego, kończy się zaś przy ostatniej, przy przewodzie pęcherzykowym.

W przewodzie pęcherzykowym odróżniamy dwie części: a) bliższą, zastawkową i b) obwodową, gładką. Bliższa zaczyna się od szyjki, obwodowa przechodzi w przewód żółciowy wspólny.

W budowie śluzówki właściwego pęcherzyka żółciowego i szyjki nie ma zasadniczej różnicy; jednak siateczkowaty układ fałdów, tak charakterystyczny dla śluzówki pęcherzyka żółciowego, w miarę zbliżania się do szyjki, jest coraz bardziej delikatny. W szyjce jest więcej fałdów poprzecznych. Zastawki w szyjce są ustawione prawie prostopadle do osi szyjki. Zwraca też na siebie uwagę różnica w zachowaniu się zastawek w części bliższej i obwodowej przewodu pęcherzykowego. W części bliższej układ zastawek jest pogmatwany, biegną one węzłowicowato i tem zasadniczo różnią się od zastawek w szyjce; w części obwodowej śluzówka jest prawie zupełnie gładka, jak w przewodach wątroby i wspólnym.

Istnieją również charakterystyczne i typowe cechy w utkaniu ściany zewnątrz-wątrobnymi dróg żółciowych w różnych ich odcinkach. Wskazuje to na różne fizjologiczne zadania pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych, wątrobnego i wspólnego.

Śluzówka pęcherzyka żółciowego, tworząc gęste fałdy, ma nabłonek wysysający, w śluzówce zaś przewodów wątrobnego i wspólnego jest nabłonek wydzielający (nb. gruczoły dodatkowe).

Wątroba wydziela żółć stale, ale do jelit żółć odpływa okresowo, mianowicie, gdy produkty trawienia zaczynają przechodzić z żołądka do dwunastnicy. Dobowa ilość żółci wydzielanej przez wątrobę jest bardzo znaczna. Podają ją na 700—800 ccm. Ponieważ żółć jest potrzebna do trawienia, nie może ona bez przerwy spływać do jelit i zbiera się w pęcherzyku żółciowym w oczekiwaniu na swoją kolej. Pęcherzyk żółciowy, jako zbiornik żółci, nie mógłby pomieścić tak dużej ilości żółci, jaką przed chwilą podałem, to też aby podobać zadaniu, on ją zagęszcza. Do tego służy mu na-

błonek wysysający, który chłonie głównie wodę i sole nieorganiczne. W chwili zjawienia się produktów trawienia w dwunastnicy, jej błona śluzowa ulega podrażnieniu i odruchowo rozpoczyna się skurcz ściany pęcherzyka żółciowego. Pociąga to za sobą wylanie się żółci pęcherzykowej do dwunastnicy. Głównym więc zadaniem pęcherzyka żółciowego jest regulowanie parcia żółci w drogach żółciowych. Usunięcie pęcherzyka żółciowego wywołuje często znaczne rozszerzenie przewodów żółciowych.

Różnice w budowie różnych odcinków zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych dotyczą nie tylko utkania śluzówki. Różnie też są ułożone i rozmieszczone włókna mięśniowe oraz sprężyste.

W właściwym pęcherzyku żółciowym włókna mięśniowe tworzą warstwy, biegnące w poprzek. W szyjce układają się okrężnie i ciągłość warstwy mięśniowej często przerywa się. W obwodowej części szyjki przy przejściu jej w przewód pęcherzykowy włókna mięśniowe, biegnące okrężnie, tworzą mniej lub więcej wyraźne skupienia, jakgdyby zwieracz (Lütken's). W ścianie obwodowej części przewodu pęcherzykowego oraz w ścianie przewodów wątrobnego i wspólnego prawie niema włókien mięśni gładkich.

Co się tyczy włókien sprężystych, to w obwodowej części przewodu pęcherzykowego, oraz w przewodach żółciowych wątrobnym i wspólnym jest ich dużo, co świadczy, że parcie w nich żółci jest dość znaczne. W głębi ściany przewodów włókna sprężyste przeplatają się ze sobą, a na obwodzie biegną przeważnie wzdłuż ściany. W właściwym pęcherzyku żółciowym włókna sprężyste w większej ilości znajdujemy tylko w błonie włóknistej. W szyjce i w bliższej części przewodu pęcherzykowego włókna sprężyste zachowują się inaczej, mianowicie zwiększa się znacznie ich ilość i leżą one przedewszystkiem między włóknami mięśniowymi.

W ścianie zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych, oprócz wymienionych przed chwilą elementów, spotykamy jeszcze rozproszone komórki zwojowe. Najwięcej ich jest w bliższej części przewodu pęcherzykowego, gdzie tworzą skupienia i łączą się z włóknami nerwowymi, gałązkami nerwu błędnego i nerwu współczulnego.

Pod względem unerwienia istnieje antagonizm między unerwieniem mięśni dróg żółciowych wydalających a pierścieniowatym mięśniem, zwierającym ujście przewodu żółciowego wspólnego do dwunastnicy, zwanym zwieraczem Oddiego. Według Westphala mięsień zwierający jest pobudzany do skurczu przez nerw współczulny, do rozkurczu — przez nerw błędny, górna zaś zewnątrzdwunastnicza część przewodu żółciowego wspólnego kurczy się pod wpływem nerwu błędnego, rozkurcza (rozszerza) pod wpływem nerwu współczulnego. Pęcherzyk żółciowy pod wpływem nerwu błędnego kurczy się również. Podrażnienie więc nerwu błędnego pociąga za sobą odpływ żółci do jelit, a podrażnienie nerwu współczulnego zamyka dostęp żółci do przewodu pokarmowego. Dużą rolę w czynności zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych odgrywa stopień podrażnienia. Odbija się to na pęcherzyku żółciowym powodując pewne jego stany chorobowe, niezbyt dobrze rozumiane do czasów ostatnich.

Małe podrażnienie nerwu błędnego powoduje według Westphala skurcz pęcherzyka żółciowego, rozkurcz (rozszerzenie) górnej i środkowej części przewodu żółciowego wspólnego (nb. górną i środkową część przewodu wspólnego Westphal nazywa „przedsionkiem” zwieracza Oddiego) rozszerzenie i wzmożony ruch robaczkowy w całym obrębie mięśnia, zwierającego ujście przewodu wspólnego.

Duże podrażnienie nerwu błędnego pociąga za sobą zwiększenie skuczu pęcherzyka żółciowego, zwiększenie parcia w układzie zagęszczającym (t. j. w pęcherzyku żółciowym), zwiększenie napięcia mięśniówki w układach łączącym i przewodzącym. Jeżeli to trwa dłużej, to powoli rozszerza się część pośrodkowa i górna przewodu żółciowego wspólnego oraz pęcherzyk żółciowy, a to skutkiem przeszkody w odpływie żółci, spowodowanej trwałym skurczem w ujściu, w brodawce dwunastnicy.

Podrażnienie nerwu współczulnego powoduje zmniejszenie napięcia, zatrzymanie ruchu robaczkowego we wszystkich drogach żółciowych, zatrzymanie odpływu żółci do jelit skutkiem zamknięcia zwieracza Oddiego.

Nadczynność mięśniówki akurat w przesionkowej części zwieracza (patrz wyżej), powodująca toniczny skurcz, analogiczny do skurczu, wywołanego silnym podrażnieniem nerwu błędnego, może przyczynić się do zastój żółci w drogach żółciowych, szczególnie w pęcherzyku, pomimo równoczesnego usilnego kurczenia się pęcherzyka. W taki sposób powstaje według Westphala „hipertoniczny zastojowy” pęcherzyk żółciowy.

Niedoczynność mięśniówki, odpowiadająca podrażnieniu nerwu współczulnego lub porażeniu nerwu błędnego (np. atropiną), powoduje również zastój żółci skutkiem zmniejszenia napięcia i porażenia ruchu robaczkowego dróg żółciowych przy równocześnie zamkniętym (skurczonym) zwieracu Oddiego. Wtedy wskutek zmniejszenia się napięcia ściany znacznie rozszerza się końcowa część przewodu żółciowego wspólnego, skurcze włókien mięśniowych pęcherzyka żółciowego ustają. To według Westphala przyczynia się do powstania „hipotonicznego zastojowego” pęcherzyka żółciowego.

Licząc się z czasem nie mogę szerzej omawiać ciekawych spostrzeżeń i doświadczeń Westphala, które rozszerzyły nasze wiadomości o chorobach zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych i pozwoliły oprócz chorób, mających określoną, a znany oddawna wyraz anatomiczny, rozpoznawać choroby czynnościowe: „hipertoniczny i hipotoniczny zastojowy pęcherzyk żółciowy”. Sprawy te, jak widzieliśmy wyżej, powstają przez utrudnienie ruchu (dyskinesia) w drogach żółciowych i należą do nerwic ruchowych.

Po przypomnieniu Państwu w krótkich słowach budowy i czynności zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych przechodzę do omówienia ich patologii bez pretensji całkowitego wyczerpania tematu. Zatrzymam się głównie na nerwicach, zapaleniu zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych oraz na kamicy żółciowej. Co się tyczy tej ostatniej, to z rozmysłem pominię zupełnie warunki jej powstawania, nie wspomnę o miejscu tworzenia się kamieni żółciowych, o istniejących zapatrywaniach oraz o składzie kamieni, gdyż nie pozwalają mi na to ramy układu.

Przyczyną zapaleń dróg żółciowych są głównie bakterje. Trzeba jednak pamiętać, że obecność bakterji w żółci, t. zw. bacteriocholia, sama przez się nie wywołuje zapalenia dróg żółciowych. Potrzeba do tego jeszcze jednego czynnika, mianowicie zastój żółci, spowo-

dowanego albo nerwicą ruchową albo przeszkodą mechaniczną. Najczęściej bodaj kamień jest pośrednim sprawcą zapalenia, on bowiem może uszkodzić śluzówkę i stworzyć grunt do osiedlenia się w niej bakteryj. Wielu bardzo lekarzy uzależnia zapalenie dróg żółciowych od ognisk zapalnych w migdałkach oraz zępsutych zębach.

Bakterje do dróg żółciowych mogą dostać się trzema drogami: a) z jelit, b) z żółcią wątrobną i c) z krwią tętniczą, płynącą w ścianie dróg żółciowych. Odróżniamy więc zakaźne zapalenia dróg żółciowych wstępujące czyli jelitorodne i zstępujące czyli żółciorodne lub krwiorodne.

W zapaleniach zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych główną rolę odgrywają zapalenia układu zagęszczającego czyli pęcherzyka żółciowego.

Zapalenia pęcherzyka żółciowego mogą być ostre i przewlekłe. Pierwsze spotykamy rzadziej, niż drugie. Przewlekłe zapalenia ponadto często ponawiają się.

Anatomicznie odróżniamy zasadniczo trzy postacie ostrych zapaleń pęcherzyka żółciowego: zwykłe, ropne i błonicowate, powikłane martwicą ściany.

Najczęściej widujemy ostre zapalenia zwykłe (cholecystitis catarrhalis acuta simplex) jelitorodne. Wywołuje je zazwyczaj bakterium coli commune. Jest to sprawa zazwyczaj wtórna, dalszy ciąg ostrego zwykłego zapalenia przewodu żółciowego wspólnego.

Ostre zwykłe zapalenia żółciorodne i krwiorodne pęcherzyka powstają w chorobach zakaźnych (dur brzuszny, cholera, posocznica, ospa i inne) oraz w przypadkach zatrucia fosforem lub arsenikiem.

Ostre ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego (cholecystitis purulenta acuta) rozwija się najczęściej w kamicy żółciowej, rzadziej w wyżej wspomnianych chorobach zakaźnych, a jeszcze rzadziej jako sprawa przerzutowa (zapalenie krwiorodne). W ostrych ropnych zapaleniach znajdujemy obok bakterium coli commune drobnoustroje ropotwórcze w ścisłym znaczeniu, a więc gronkowce, paciorkowce i t. p.

Ostre błonicowate zapalenie pęcherzyka żółciowego (cholecystitis diphtherica acuta) spotykamy najrzadziej.

Z tych trzech postaci ostrego zapalenia pęcherzyka najłagodniejszą i najłżejszą jest zapalenie zwykłe. Dość często ono nawet szybko ustępuje. Na stole sekcyjnym widujemy je niezmiernie rzadko i zawsze przygodnie. Błona śluzowa pęcherzyka żółciowego jest

wtedy zaczerwieniona, obrzmiała, rozpulchniona, pokryta szarobiałym, ciągnącym się, mętawym śluzem.

Ostre ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego jest sprawą ciężką. Uszkodzenie śluzówki jest większe. Czasami na śluzówce widzimy powierzchowne naloty włóknikowe. Łatwo też tworzą się na śluzówce powierzchowne lub głębokie ubytki (zapalenie wrzodziejące), niekiedy znów szybko rozwija się ropowica ściany pęcherzyka i tkanek otaczających (zapalenie ropowicze).

Ostre błonnicowate zapalenie pęcherzyka żółciowego ma często charakter krwiotoczny. Śluzówka zamiera na większej przestrzeni. Na obumarłym odcinku stwierdzamy od strony światła pęcherzyka duży nalot włóknikowy, drażący wgłąb ściany.

Zarówno w ostrem zwykłym zapaleniu pęcherzyka, jak i w ropnem, nagromadzony w pęcherzyku wysięk może odpłynąć do jelit wraz z żółcią pęcherzykową, może również, jeżeli zapalenie zostało wywołane obecnością kamieni, które w tym czasie uwięzły w przewodzie pęcherzykowym, zbierać się w nadmiarze i rozciągać znacznie ścianę pęcherzyka (ectasia vesicae felleae). W momencie większego napełnienia pęcherzyka możemy go wyraźnie wyczuć przez powłoki brzuszne w postaci okrągłego, napiętego guza, który znika, jeśli tylko wysięk odpłynie lub ulegnie wessaniu.

W ostrem ropnem zapaleniu pęcherzyka, powikłaniem zatknięciem przewodu pęcherzykowego przez kamień żółciowy, powstaje ropniak pęcherzyka żółciowego (empyema vesicae felleae). Rozciągnięty pęcherzyk może wtedy dojść czasami do wielkości głowy dziecka i imitować guz innego pochodzenia.

Do ostrych zapaleń pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych, zapaleń drażących głęboko do wszystkich warstw ściany, zawsze dołącza się zapalenie otrzewnej (peritonitis). Jeżeli zapalenie przebiega łagodnie, powstają najpierw skleiny włóknikowe, następnie, w miarę gojenia się zapalenia, zrosty z narządami sąsiednimi, często nawet ze ścianą brzucha. Jeżeli zaś zapalenie biegnie burzliwie, może powstać rozlane zapalenie otrzewnej.

Po przejściu zapalenia na wszystkie warstwy ściany pęcherzyka żółciowego i na tkanki go otaczające wyczuwamy w okresie ostrym w prawem podżebrzu niekształtny guz, utworzony z jednej strony przez nagromadzoną zawartość pęcherzyka, z drugiej zaś przez obrzmienie ściany pęcherzyka i otaczających go tkanek. Przy skleinach pęcherzyka ze ścianą brzuszną może powstać w okolicy wątroby puchlina podskórna.

W przypadkach ropniaka pęcherzyka żółciowego sprawa może przyjąć różny obrót. Wspominałem, że w ropnem zapaleniu pęcherzyka często powstają ubytki (ulcera) w śluzówce. Może również powstać ograniczona martwica wszystkich warstw ściany. Wtedy zjawia się w ścianie otwór (perforatio vesicae felleae). Jeśli otwór powstanie w miejscu nie osłoniętym przez skleiny lub zrosty, ropa przechodzi do otrzewnej, powodując rozlane zapalenie otrzewnej z przebiccia (peritonitis diffusa perforativa seu e perforatione). Jeśli zaś otwór powstanie w miejscu mniej lub więcej osłoniętym, tworzy się ropień okołopęcherzykowy, łączący się z jamą pęcherzyka i otorbiony przez jelita, sieć, ścianę brzucha i t. p. Ropień taki może pozostać otorbiony przez dłuższy czas, może jednak przerwać się do otrzewnej, do jelit, a nawet nazewnątrz. W ten sposób tworzą się przetoki (fistulae) pęcherzykowojelitowe i pęcherzykowo-brzuszne. Wraz z ropą mogą przechodzić przez przetoki kamienie.

Czasami ropa w ropniaku z zatkania przewodu pęcherzykowego kamieniem może ulec wessaniu. Pęcherzyk żółciowy napełnia się stopniowo jałowym wodnistym bezbarwnym płynem (puchlina pęcherzyka żółciowego — hydrops vesicae felleae) i nazawsze pozostaje rozciągnięty nie sprawiając żadnych dolegliwości. Pęcherzyk z puchliną dochodzi czasem do kolosalnych rozmiarów i może wtedy sięgać aż do miednicy. Przez powłoki brzuszne wyczuwamy guz okrągły, twardy i gładki. Omyłki rozpoznawcze w tych razach są często nieuniknione, gdyż podobny guz może być torbielą jajnikową, wodonerczem lub wreszcie innym tworem. Guz, odpowiadający puchlinie pęcherzyka żółciowego często jest lepiej widzialny, niż wyczuwalny.

Po wygojeniu się ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego często pozostają zrosty z narządami sąsiednimi, które mogą stać się przyczyną różnych dolegliwości. Tak np. zrosty z częścią odźwiernikową żołądka lub z opuszką dwunastnicy mogą utrudniać przesuwanie się pokarmów i wywoływać objawy zwężenia odźwiernika. Zrosty z poprzecznicą ujemnie wpływają na jej ruch robaczkowy, przyczyniają się do zaporć, niekiedy też do zwężenia a nawet do zamknięcia światła poprzecznicy z zaciągnięcia jej zzewnątrz.

Przewlekłe zapalenia pęcherzyka żółciowego rozwijają się najczęściej z powtarzających się lub przeciągających się ostrych zapaleń.

Po odpływie wysięku z pęcherzyka bakterje osiadają w zachyłkach Luscki błony śluzowej pęcherzyka żółciowego, a to sprawia, że od czasu do czasu występują obostrzenia zapalenia. W innych znów

razach, szczególnie jeśli zapalenie sięgało do głębszych warstw ściany, zaczyna bujać tkanka łączna, która, kurcząc się, zniekształca w wielu miejscach błonę śluzową pęcherzyka; powstają blizny. W znacznych zaś uszkodzeniach błony śluzowej zjawia się na ścianie pęcherzyka ziarnina, która może obrastać znajdujące się w pęcherzyku żółciowym kamienie i więzić je nazawsze. Pęcherzyk wtedy kurczy się, zarasta i przestaje być zbiornikiem żółci.

Pierwotne ostre zapalenie zewnątrzwątrobowych przewodów żółciowych, szczególnie wątrobnego i wspólnego bez równoczesnego zapalenia pęcherzyka należy do rzadkości, powstaje ono zazwyczaj po wniknięciu do przewodów pasorzytów jelitowych. Zazwyczaj ostre zapalenie układu przewodzącego towarzyszy ostrym zapaleniom układu zagęszczającego czyli pęcherzyka żółciowego. Najczęściej w sprawę zapalną wciągnięty jest przewód wspólny (choledochitis), skąd zapalenie szerzy się już na przewód wątroby. W przebiegu zapalenia, szczególnie ropnego, przewodu wspólnego może powstać szereg groźnych powikłań, jak np. zakrzepowe zapalenie pnia żyły wrotnej. Brak czasu nie pozwala mi nawet na wyliczenie powikłań, zachodzących w przebiegu zapaleń zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych. To też przy dalszem omawianiu chorób zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych będziemy mieli przed oczyma możliwie czyste przypadki tych cierpień.

Rozpoznanie chorób dróg żółciowych opieramy na dokładnie zebranych wywiadach, dokładnem badaniu oraz na obserwacji chorego.

Do wywiadów przywiązujemy wielką wagę. Kehr zaleca żądać od chorych zapisywania dręczących ich dolegliwości, aby móc je następnie sprawdzić i zestawić parokrotnie z wynikiem badania obiektywnego. W wywiadach należy uwzględniać dziedziczność, choroby poprzedzające, jak nieżyty żołądka i jelit, różnego rodzaju zakażenia (szczególnie dur brzuszny i anginy) oraz urazy. Trzeba dobrze wypytać chorego o charakter bólów, aby móc różnicować między kolką żółciową a wrzodem żołądka lub dwunastnicy, kolką nerkową, zapaleniem wyrostka robaczkowego. Dokładnie informujemy się o tem czy była kiedykolwiek żółtaczką, jak długo trwała i jakiego była stopnia, ponieważ to pozwala nam wyciągnąć wniosek o umiejscowieniu cierpienia, o przyczynie wywołującej żółtaczkę. Pytamy się chorego czy miewał gorączkę z dreszczami lub bez dreszczy, jak zachowuje się jego waga ciała, jak on się czuje ogólnie, jak znosi środki uśmierzające.

szczególnie morfinę, wreszcie jakie rozpoznanie stawiali lekarze, do których już zwracał się o poradę.

Przystępując do badania chorego zawsze należy mieć w pamięci możliwość istnienia opadnięcia trzew (enteroptosis). W ogólnem bowiem opadnięciu trzew (Kaiser) pęcherzyk żółciowy zagina się, co powoduje napady podobne do kolki wywołanej kamieniem. Zasługuje na uwagę, że kolki żółciowe w opadnięciu trzew występują w pozycji pionowej, ustępują w poziomej (przy leżeniu nawznak). W tych przypadkach można nie wyczuć powiększonego pęcherzyka żółciowego a to skutkiem opadnięcia wątroby. Należy wspomnieć, że w patogenezie chorób zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych dużą rolę odgrywa konstytucjonalizm i wiek. U ludzi z opadnięciem trzew często stwierdzamy t. zw. zwisający pęcherzyk żółciowy, który jest przyczepiony do wątroby luźno. Przeciwnieństwem tego jest pęcherzyk mocno umocowany do wątroby. Między temi dwiema możliwościami istnieje normalny typ pęcherzyka.

Z wiekiem zmniejsza się sprężystość pęcherzyka żółciowego i ulega on znacznemu rozciągnięciu (ectasia vesicae felleae).

Badanie obiektywne polega na oglądaniu i omacywaniu, opukiwaniu i wstrząsaniu, badaniu zawartości żołądka i dwunastnicy zapomocą zgłębnika, badaniu moczu i kału, prześwietlaniu promieniami Roentgena przy użyciu środków kontrastowych, na określaniu poziomu bilirubiny w surowicy krwi oraz na określaniu liczby leukocytów we krwi naczcho.

Nie wolno poprzestawać na oględzinach i omacywaniu tylko brzucha, trzeba całego chorego dokładnie zbadać!!

Jeśli chory skarży się na zaburzenia w trawieniu (brak apetytu, niesmak lub gorzki smak w ustach, puste odbijania, nudności, często silna zgaga), uczucie ściskania lub rozpierania w prawej górnej połowie brzucha, powinno to skierować myśl lekarza na cierpienie dróg żółciowych. Na szczególną uwagę zasługują dolegliwości w dołku, które występują zaraz lub w dwie godziny po spożyciu pokarmu. Należy jednak dobrze zanalizować skargi i różnicować między kamicą żółciową, zapaleniem pęcherzyka żółciowego na tle kamicy, zapaleniem pęcherzyka ze zrostami, z zastojem żółci na tle czynnościowych zaburzeń zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych, z wrzodem okrągłym żołądka lub dwunastnicy, ruchowemi zaburzeniami dwunastnicy, spowodowanemi zrostami lub zwężeniem, z zaburzeniami ruchowemi, zależnemi od zmian

w ścianie żołądka lub dwunastnicy albo od ucisku przez nowotwór, znajdujący się w sąsiedztwie.

Z charakteru bólów, występujących w kilka godzin po jedzeniu, szczególnie po obiedzie, a więc kolek lub tępych albo świdrujących bólów, nie zawsze można wyciągnąć odpowiedni wniosek. To samo można powiedzieć o wyniku badania zawartości żołądka naczczo, po próbnym śniadaniu i po próbnym obiedzie, albowiem nadmierne wydzielanie kwasu solnego bywa również i w zapaleniu pęcherzyka na tle kamicy i w zapaleniu około pęcherzyka żółciowego i w chorobach wyłącznie żołądkowych. Jeżeli również przy zgłębnikowaniu żołądka naczczo stwierdzimy zaleganie w nim pokarmów, nie wskazuje to nam na kamicy żółciową, ponieważ zrosty okołopęcherzykowe mogą też być powodem niewydolności ruchowej żołądka.

Przystępując do oględzin chorego, zwracamy uwagę na umiejscowienie bólu, napięcie mięśni brzucha, zachowanie się wątroby i zachowanie się pęcherzyka żółciowego.

Nie jest miarodajnym umiejscowienie bólu przy ucisku dla odróżnienia, np. wrzodu dwunastnicy od kamicy żółciowej lub od zapaleń pęcherzyka żółciowego. Ból przy ucisku w chorobach pęcherzyka, szczególnie podczas wdechu, znajduje się w miejscu dna pęcherzyka, t. j. w normalnym położeniu wątroby w miejscu skrzyżowania się bocznego prawego brzeżu mięśnia prostego brzucha z dolnym brzegiem prawego łuku żebrowego na wysokości chrząstki IX żebra. Przy głębokim ułożeniu dolnego brzeżu wątroby punkt ucisku przesuwają się ku dołowi. Szczególnego znaczenia nabiera wspomniany punkt, jeśli przy omacywaniu wyczuwamy w głębi pewien opór, co można wytłumaczyć obecnością w tym miejscu pęcherzyka żółciowego, a obok tego stwierdzamy miejscową bolesność.

Do bezpośredniego wymacywania pęcherzyka żółciowego najlepiej posługiwać się sposobem, podanym przez Glenarda: lewą dłoń podsuwamy pod lędźwie, prawą dłoń kładziemy napłask na brzuch, a końce palców kierujemy na okolicę pęcherzyka żółciowego.

Punkty tkliwe w innych miejscach górnej połowy brzucha nie są charakterystyczne dla cierpienia pęcherzyka żółciowego. Stwierdzamy je szczególnie w przechodzeniu kamieni przez przewód pęcherzykowy i przewody żółciowe wątroby oraz wspólny. Jednak nawet w tych przypadkach zawsze jest mniej lub więcej tkliwa okolica między prawym łukiem żebrowym a linią środkową ciała prawie aż do pępka.

Punkty bolesne na plecach nie są charakterystyczne. Czasami zjawia się wrażliwość na ucisk i wstrząsanie na wysokości jedenastego i dwunastego kręgow pierśiowych z prawej strony kręgosłupa.

Przy omacywaniu okolicy pęcherzyka żółciowego należy stale pamiętać, że przy dotyku odruchowo napinają się mięśnie brzucha. Wybitne napięcie mięśni występuje w kolce żółciowej i w zapaleniu pęcherzyka. Po napadzie kolki żółciowej zależy ono bądź od podrażnienia tkanek dookoła pęcherzyka, bądź od zapalenia około pęcherzyka żółciowego. W wyraźnym podrażnieniu i zapaleniu otrzewnej ściana brzucha w całej górnej połowie jest napięta jak deska.

W przewlekłym zapaleniu pęcherzyka żółciowego na tle kamicy rzadko też brak napięcia mięśni brzucha, połączonego z dużą tkliwością okolicy pęcherzyka.

Obrzmienie wątroby nie jest oznaką kamicy żółciowej, ale może być nią, jeżeli do kamicy dołączy się zapalenie pęcherzyka. W przewlekłym zapaleniu pęcherzyka żółciowego, szczególnie na tle kamicy, często obrzmiewa czworokątny zraz wątroby i zrasta się z wątrobą. Wtedy można go wymacać. Pozytywny wynik omacywania, czyli stwierdzenie obrzmienia zraza czworokątnego, wskazuje na przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Powiększenie pęcherzyka żółciowego może wskazywać albo na zastój w nim żółci albo na zapalenie jego ściany. W tym ostatnim przypadku pęcherzyk jest wrażliwy na ucisk.

Jeśli zastój żółci w pęcherzyku zależy od zatkania przewodu żółciowego wspólnego, co zwykle wywołuje żółtaczkę mechaniczną (icterus e resorptione), możemy powiększony pęcherzyk żółciowy zobaczyć na kliszy w badaniu rentgenologicznym po zastosowaniu środka kontrastowego. Jeżeli jednak zastój żółci w pęcherzyku zależy od zatkania szyjki pęcherzyka lub przewodu wspólnego, to pęcherzyk żółciowy nie uwidoczni się. W tych razach powiększenie pęcherzyka, jeśli nie jest on wrażliwy na ucisk, wskazuje na zwykłego wodniaka. Jeśli zaś pęcherzyk jest bolesny — na wodniaka zapalnego lub ropniaka. Stwierdzając powiększenie pęcherzyka żółciowego oraz równocześnie jego łatwą ruchomość w jamie brzusznej, rozpoznajemy zastój w nim ale tylko z zaburzeń czynnościowych.

Nie można jednak wyłączyć istnienia kamicy żółciowej, jeżeli nie stwierdzamy klinicznie powiększonego pęcherzyka żółciowego. Pęcherzyk bowiem, zawierający kamienie, może się znacznie skurczyć i schować pod dolną powierzchnię wątroby. W innych znów razach mogą utworzyć się zrosty między pęcherzykiem a narządami sąsiednimi, jak sieć,

określona. Powstaje wtedy twór w postaci guza, którego istotę trudno określić zapomocą omacywania. Ta sama trudność w rozpoznawaniu powstaje, jeżeli w ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego, w jego ścianie, zjawi się otwór i wytworzy się ograniczone zapalenie otrzewnej.

Szczególnie ważną oznaką chorób dróg żółciowych jest żółta c z k a bez względu na to, czy jest to żółtaczka mechaniczna, czy spowodowana zaburzeniami w wydzielaniu żółci przez komórki wątroby (icterus e retentione). W tych razach obowiązani jesteśmy określić poziom bilirubiny w surowicy krwi, stwierdzić obecność bilirubiny i urobiliny w moczu oraz zbadać kał. Zwiększenie bowiem poziomu bilirubiny w surowicy krwi, oraz bilirubinurji i urobilinogenurji w okresie napadu kolki są cennymi oznakami w rozpoznawaniu kamicy żółciowej.

Jeżeli do żółtaczki, spowodowanej kamicią żółciową, dołączy się g o r a c z k a, wskaże to nam na z a k a z n e zapalenie dróg żółciowych. Gorączka z dreszczami w żółtaczce, po których następuje uczucie gorąca, trwające pewien czas, a wreszcie obfite poty, przemawia za posocznicowem zapaleniem dróg żółciowych. Trzeba pamiętać, że wynik posiewu krwi może być w tych razach ujemny.

Jeżeli w przebiegu zupełnie pewnej kamicy żółciowej z typowymi napadami kolki zjawi się gorączka, jesteśmy zupełnie upoważnieni do rozpoznania zapalenia pęcherzyka żółciowego. Wysoka gorączka z wieczornymi wzniesieniami, a stanem bezgorączkowym nad ranem, wskazuje często na ropowicze zapalenie pęcherzyka lub na ropniaka pęcherzyka. Należy jednak pamiętać, że niezbyt wysoka gorączka nie przemawia przeciw istnieniu ropniaka pęcherzyka żółciowego. Określamy wtedy liczbę l e u k o c y t ó w we krwi rano naczczo. W ropnych zapaleniach dróg żółciowych liczba leukocytów we krwi może dochodzić do 20.000 w 1 milimetrze sześciennym krwi. W przypadkach bardzo ciężkich może być jednak leukopenja. Ropne zapalenie zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych może czasami trwać miesiące. W podostrych i przewlekłych ropnych zapaleniach pęcherzyka żółciowego gorączka jest zawsze.

Częstym towarzyszem chorób zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych, głównie zaś pęcherzyka, szczególnie w kamicy, są z a p a r c i a s t o l c a. Zaburzenia w opróżnianiu jelit mogą być spowodowane zrostami około pęcherzyka. Czasami nagle zamyka światło jelit kamień, który dostał się tutaj skutkiem przebiccia ściany pęcherzyka żółciowego.

Rozpoznanie kamicy żółciowej udaje się nam zazwyczaj postawić napewno w tych przypadkach, w których sami jesteśmy obecni przy napadzie kolki żółciowej. Umiejscowienie bardzo silnego bólu w prawej górnej połowie brzucha, promieniowanie jego na prawe ramię, na prawą łopatkę i niekiedy na cały brzuch oraz prawą stronę klatki piersiowej, wskazówki chorego na miejsce najdotkliwszego bólu, szczególnie wynik ostrożnego omacywania górnej połowy brzucha, znakomicie ułatwiają nam osiągnięcie celu.

Ból bywa bardzo mocny, chorzy krzyczą i rzucają się. Ból może być ciągły lub przestankowy. Trzeba jednak pamiętać, że w pierwszym napadzie kolki, szczególnie jeśli jest odruchowe wzdęcie brzucha, zatrzymanie wiatrów, odbijanie i wymioty, wymienione przed chwilą objawy mogą zależeć od kolki nerkowej lub trzustkowej, od przebicia żołądka lub jelit. Wtedy rozpoznanie kolki żółciowej jest możliwe dopiero po bardzo ostrożnym omacaniu brzucha. Jeżeli prócz tego w dniu następnym po napadzie stwierdzimy urobilinogenurję, bilirubinurję, nieznaczną żółtaczkę oraz odruchowe napięcie mięśni brzucha w okolicy pęcherzyka żółciowego, rozpoznanie nasze staje się pewnem.

Trudniej daleko jest rozpoznać kamicę żółciową, skoro kolka zjawia się z lewej strony linii środkowej ciała, co znów jest charakterystyczne dla kolki trzustkowej. Zależy to prawdopodobnie od przeciskania się kamienia żółciowego przez brodawkę dwunastnicy, w której mają wspólne ujście przewód żółciowy wspólny i główny przewód trzustkowy. Obecność w tem miejscu kamienia żółciowego wciąga do sprawy chorobowej trzustkę.

Ażeby nie przedłużać wykładu muszę pominąć inne trudności rozpoznawcze, szczególnie te, które następczą się w związku z kolką nerkową. Podkreślam tylko, że wywiady z a w s z e m u s z ą b y ć b a r d z o h o n o r o w a n e, szczególnie w tych przypadkach, w których chorzy zjawiają się do lekarza z zaburzeniami przewodzenia pokarmowego albo z żółtaczką mechaniczną, albo nawet z rozlanem zapaleniem otrzewnej, a wszystko to z przyczyn niewyraźnych. Wielu chorych nie zdaje sobie zupełnie sprawy, że ich poprzednie, trwające nieraz długie lata, dolegliwości, były wywoływane kamieniami żółciowymi.

P o m o c n i c z e m i metodami rozpoznawczymi są wstrząsania lub opukiwania okolicy wątroby, badanie rentgenologiczne i wprowadzone przez Einhorna zgłębnikowanie dwunastnicy.

W s t r z ą s a n i a okolicy wątroby wykonywamy różnie. Wspomnę tu tylko o sposobach polskich uczonych. C h e ł m o ņ s k i radził

uderzać pięścią w pozycji stojącej lub klęczącej chorego w podżebrze *prawe* w linii przymostkowej. W razie obecności kamieni żółciowych wstrząsanie sprowadza mniejszy lub większy ból. W okresie kamicy utajonej ból jest mniej dotkliwy. R ó b i n stawia chorego na nogi, każe mu pochylić się mocno ku przodowi, wsuwa możliwie głęboko palce na 2—3 cm. poniżej łuku żebrowego lewego i lekko uderza. Jeżeli to uderzenie nie wywołuje bólu, czyni to samo ze strony *prawej*. Jeśli teraz wystąpi wyraźny odruch bólowy, staje się wtedy prawdopodobnym cierpienie pęcherzyka żółciowego, oczywiście po wyłączeniu innych możliwości w tym odcinku (nerka, jelita i t. p.).

Promienie Roentgena niestety mogą nam oddać usługę zaledwie w 40% przypadków. Na kliszy możemy otrzymać obrazy, potwierdzające rozpoznanie kamieni żółciowych z czystej cholesteryny, z bilirubinianu wapnia z domieszką cholesteryny. Kamienie z tych składników możemy stwierdzić w pęcherzyku, w jego szyjce, w przewodzie pęcherzykowym i w przewodzie żółciowym wspólnym. Jednak i tutaj piętrzą się trudności, do których należą z jednej strony zaleganie mas kałowych w jelicie grubym, z drugiej niemożność zupełnego usunięcia gazów z jelit. Otrzymane przez wspomniane przeszkody cienie mogą nieraz wprowadzić w błąd.

Duże ułatwienie w stwierdzaniu stanu pęcherzyka żółciowego i innych dróg żółciowych posiadamy przy dożylnem (t y l k o!) zastosowaniu tetrajodphenolphthaleiny, ale tylko w przypadku drożności przewodu pęcherzykowego, przez który środek kontrastowy może się dostać do pęcherzyka żółciowego.

Wypełniony normalny pęcherzyk żółciowy po zastosowaniu tetrajodphenolphthaleiny daje intensywny i ostro odgraniczony cień o kształcie sliwki lub gruszki. Nieostre, słabe, czasem zazębite kontury cienia wskazują na zmiany zapalne lub nowotworowe ściany pęcherzyka żółciowego. Wypełnienie niejednolite, jakby marmurkowane wskazuje na obecność kamieni w pęcherzyku. Szczególnie wyraźnie widać kamienie warstwowe. Stwierdzenie obecności kamieni w pęcherzyku żółciowym po zastosowaniu tetrajodphenolphthaleiny mówi nam ponadto, że przewód pęcherzyków jest drożny. Brak cieni na kliszy budzi podejrzenie zamknięcia przewodu pęcherzykowego. Przy kwalifikowaniu chorego do operacji trzeba jednak być bardzo ostrożnym, mając w ręce wynik badania rentgenologicznego, opiewającego, że przewód pęcherzykowy jest niedrożny. Ponieważ ponawianie w krótkich odstępach czasu badania dróg żółciowych zapomocą tetrajodphenolphthaleiny nie jest rzeczą obojętną, a bywa czasem nawet

niebezpieczną, trzeba spokojnie rozważyć objawy kliniczne, zastanowić się, czy potwierdzają one wynik badania rentgenologicznego, zwanego cholecystografią, i zastosować jeszcze zgłębnikowanie dwunastnicy z wlewaniem do niej roztworu siarczanu magnezu lub peptonu Wittego w celu otrzymania żółci pęcherzykowej. Zabieg ten ma jeszcze tę dodatnią stronę, że jest równocześnie próbą leczenia, uwieńczonego nieraz powodzeniem.

W przypadkach kamicy żółciowej, w których przypuszczamy istnienie zrostów pęcherzyka żółciowego z otoczeniem, czy też zarośnięcia pęcherzyka, oddaje nam dobre usługi badanie rentgenologiczne z zastosowaniem tetrajodphenophthaleiny w 9—12 godzin po wśród-żylnem jej wstrzyknięciu i podaniem następnie doustnie barytu dla uwidocznienia na kliszy żołądka i dwunastnicy. Jeśli są zrosty około pęcherzyka żółciowego, żołądek na kliszy jest pociągnięty ku górze i na prawo, a dwunastnica może być zwężona w górnej swojej części. Jeśli równocześnie jest zapalenie trzustki w obrębie jej głowy, dwunastnica może zataczać łuk większy, niż normalnie, a to skutkiem obrzmienia trzustki.

Dobrym sposobem pomocniczym w rozpoznawaniu chorób dróg żółciowych, jak przed chwilą wspominałem, jest zgłębnikowanie dwunastnicy, jeżeli ono oczywiście uda się. Przez zgłębnik wlewamy do dwunastnicy 30 cm³ 30% roztworu siarczanu magnezu (Lyon-Meltzer). Zjawienie się w dwunastnicy siarczanu magnezu wywołuje skurcz ściany pęcherzyka żółciowego z równoczesnym rozkurczem zwieracza Oddiego. Dzięki temu żółć wypływa do dwunastnicy i przez zgłębnik wydostaje się nazewnątrz. Zapomocą tej metody badania możemy rozpoznać stany zapalne, stwierdzając w wydobytej zawartości bakterje obok leukocytów i innych elementów zapalnych.

Badając systematycznie kał chorych na kamicy żółciową można czasem znaleźć w nim kamienie żółciowe, które dostają się do jelit albo w napadzie kolki, albo i bez niej. Do badania używamy gęstego sita, na którym starannie i ostrożnie rozrabiamy kał z wodą. Nie utożsamiać tylko grudek mydeł z prawdziwymi kamieniami!!

Zbierając powyżej omówione jeszcze raz podkreślam ważne momenty rozpoznawcze. Tak więc kamienie znajdują się zazwyczaj w pęcherzyku żółciowym. Zatkanie przewodu pęcherzykowego kamieniem, który więźnie w szyjce, może wywołać w przewlekłym zapaleniu pęcherzyka żółciowego napady kolki. Wtedy zwykle równocześnie występuje obostrzenie zapalenia pęcherzyka żółciowego (puchlina zapalna), zjawia się, jak w zapaleniu wyrostka robaczkowego, desko-

wate napięcie mięśni brzucha podczas napadu kolki lub wkrótce po napadzie i to tak znaczne, że dopiero po 1—2 dniach, po ustąpieniu objawów zapalnych, można stwierdzić powiększenie pęcherzyka żółciowego zapomocą omacywania. Jeśli kolka trwa parę dni, a żółtaczką nie zjawia się, umacniamy się w przypuszczeniu, że przewód pęcherzykowy uległ zatkaniu, chociaż nawet niema objawów zapalenia pęcherzyka żółciowego. Zjawienie się wysokiej gorączki, duża tkliwość pęcherzyka żółciowego, znaczne zwiększenie liczby leukocytów we krwi, badanej naczno, wskazują nam przy objawach zatkania przewodu pęcherzykowego na ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego lub na ropniaka. Podporą w rozpoznaniu jest ujemny wynik badania rentgenologicznego po wśródzylnem zastosowaniu tetrajodphenolphthaleiny oraz ujemny wynik zgłębnikowania dwunastnicy z wlewaniem do niej przez zgłębnik roztworu siarczanu magnezu w celu wywołania odruchu pęcherzykowego.

W ropowiczem zapaleniu pęcherzyka żółciowego na tle kamieni do wyżej wyszczególnionych objawów dołączają się objawy miejscowego lub rozlanego zapalenia otrzewnej.

O kamieniach w drogach żółciowych wewnątrzwątrobowych, czyli t. zw. kamieniach wątrobowych trzeba wtedy myśleć, kiedy trwałe bóle umiejscowiają się w okolicy wątroby i szczególnie uporczywie promieniują do łopatek. Pęcherzyk żółciowy nie jest wtedy wrażliwy na ucisk, a badanie rentgenologiczne nie ujawnia w pęcherzyku cieni, które wskazywałyby na kamienie. Przy zastosowaniu tetrajodphenolphthaleiny pęcherzyk żółciowy zarysowuje się na kliszy wyraźnie.

Teraz parę słów o rozpoznawaniu ostrych zapaleń pęcherzyka żółciowego bez kamieni żółciowych oraz zastojów w pęcherzyku żółci z powodu utrudnienia ruchu w drogach żółciowych na tle nerwowem.

W ostrem zwykłym zapaleniu pęcherzyka żółciowego kolki są słabe: pęcherzyk jest mało wrażliwy na ucisk, wątroba nie jest obrzmiała, żółtaczki niema, stan bezgorączkowy albo czasami bardzo nieznaczne podniesienie ciepłoty ciała.

W ostrem ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego występują objawy podobne do objawów wyliczonych przed chwilą, ale o wiele wyraźniejsze. Gorączka może występować nawet z dreszczami, chociaż nie jest to konieczne. Pęcherzyk żółciowy jest cokolwiek powiększony i więcej czuły na ucisk.

W ropowiczem zapaleniu pęcherzyka żółciowego oprócz objawów charakterystycznych dla zapalenia ropnego pęcherzyka zjawia się lekkie żółtaczkowe zabarwienie skóry i białówek, które wskazuje, że zapalenie przeszło na przylegającą do pęcherzyka żółciowego wątrobę. Są to objawy groźne. Trzeba liczyć się z możliwością przebicia pęcherzyka, z przejściem zapalenia po wiązadle dwunastnicowątrob-
nem na trzustkę.

Ostre zapalenia pęcherzyka żółciowego mogą stworzyć warunki dla rozwoju kamieni żółciowych. Samoistne wygojenie ostrych zapaleń pęcherzyka żółciowego jest zwykle pozorne.

Nerwice ruchowe dróg żółciowych zewnątrzwątrobnych, według dotychczas posiadanych spostrzeżeń, powstają na tle zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego, głównie żołądka i dwunastnicy, podczas miesiączki, w ciąży i w okresie przekwitania, na tle podnieceń psychicznych, w organicznym uszkodzeniu nerwów i ich ośrodków, w zapaleniu dróg żółciowych i narządów sąsiadujących z nimi (trzustka), na tle zrostów dróg żółciowych zewnątrzwątrobnych z otoczeniem, w ciężkich zatruciach krwi, wreszcie przy zahamowaniu wsysania żółci w pęcherzyku, np. w chorobach nerek z obrzękami.

W nerwicach ruchowych zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych mamy do czynienia z hipertonicznym lub hipotonicznym zastojem żółci w pęcherzyku.

Chorzy z hipertonicznym lub hipotonicznym zastojem żółci w pęcherzyku doznają tępych bólów w prawej górnej połowie brzucha przeważnie o charakterze przepuszczającym bez typowych napadów kolki żółciowej. Bóle mogą być bardzo dokuczliwe i czynią chorego niezdolnym do pracy. Żółtaczki nigdy niema. Nie zwiększa się również ilość składników żółci w moczu i we krwi. Chorzy nie gorączkują, chyba do zastojów żółci dołączy się zakażenie. Badając takiego chorego stwierdzamy pod prawidłowym brzegiem wątroby wyraźnie macalny pęcherzyk żółciowy. Zapomocą promieni Roentgena przekonujemy się, że pęcherzyk jest powiększony, ruchomy, nie zawiera kamieni, a przewód pęcherzykowy i przewody wątrobowe oraz przewód wspólny są drożne. Po zastosowaniu środka kontrastowego drogi żółciowe zarysowują się na kliszy jako nasycony cień, szczególnie pęcherzyk żółciowy. Zależy to od niezwykłego zagęszczenia zawartości pęcherzyka. Po pomyślnym zastosowaniu środków i zabiegów (zgięb-

nikowanie dwunastnicy) żółciopędnych, po opróżnieniu pęcherzyka chorzy doznają znacznej ulgi. Nerwice ruchowe dróg żółciowych mają skłonność do nawrotów.

Leczenie ostrych zwykłych zapaleń pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych polega z jednej strony na łagodzeniu i usuwaniu subiektywnych dolegliwości chorego, z drugiej zaś strony na stosowaniu środków żółciopędnych oraz odkażających. Zalecamy więc choremu zupełny spokój: leżenie w łóżku; w pierwszych dniach pozwalamy tylko pić, później podajemy mu częste, nieobfite płynne lub półpłynne posiłki, ograniczając bardzo znacznie tłuszcze, a mniej znacznie białko; zalecamy gorące okłady na brzuch i plecy, zmieniane 2—4 razy na dobę. Podajemy choremu morfinę z atropiną lub z belladoną w czopkach lub podskórnie. Staramy się uregulować wypróżnienia zapomocą ławatyw z mydłem lub z gliceryną, albo zapomocą nie drażniących środków przeczyszczających. Zalecamy choremu pić wodę Karlsbadzką naturalną lub sztuczną tak gorącą, jak może wytrzymać (52° C) małemi łykami co 10 — 15 minut w położeniu nawznak. Wodę Karlsbadzką należy pić dwa razy dziennie (między godz. 8—10 i 17—19) po 2 — 3 szklanki dziennie. Wreszcie, jeśli niema żółtaczki, stosujemy środki odkażające, jak urotropina, salicylan i bęźdzwian sodu, cylotropina, hexametylentetraminum, atophanyl i inne. Wspomniane przed chwilą środki stosujemy doustnie, wśródźylnie lub wśródmięśniowo. Urotropinę można też podawać w ławatywach. Jeżeli zmianom chorobowym w drogach żółciowych towarzyszy żółtaczka, nie należy stosować wymienionych wyżej środków, gdyż mogą one uszkodzić komórki wątroby.

W ostrych ropnych, szczególnie w ropowicznych zapaleniach pęcherzyka żółciowego, należy operować. Jest to jedynie postępowanie racjonalne. Nie wolno zwłóczyć z wykonaniem operacji, jeżeli tętno zaczyna przyspieszać się i staje się miękkie, jeżeli zjawi się lekka żółtaczka, co wskazuje na przejście zapalenia na przylegającą do pęcherzyka część wątroby; jeżeli chory gorączkuje, przyczem gorączka ma tor zwalniający lub przepuszczający, jeżeli dreszcze powtarzają się, wystąpią poty, chory wpada w stan zamroczenia. Wszystko to bowiem wskazuje, że wisi nad chorym groza przebicia dróg żółciowych. Jeżeli nawet nie nastąpi przebicie, to i tak powstanie zapalenie otrzewnej, ponieważ zapalenie ściany pęcherzyka szybko przechodzi na układ limfatyczny w więzadle wątrobnodwunastniczem.

W żółtaczkach z zatkania nie należy czekać dłużej z operacją, niż 2 — 3 tygodnie!

Leczenie przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego, podobnie jak leczenie kamicy żółciowej w okresie beznapadowym, polega na zaleceniu choremu odpowiedniej diety, picia wód alkalicznych oraz stosowania zabiegów miejscowych, jak okłady gorące lub diatermję na górną prawą połowę brzucha.

W chorobach wątroby i dróg żółciowych należy stosować dietę możliwie mało drażniącą. Lepiej w tych razach nieco przesadzić, niż wskutek braku przezorności narazić wątrobę na niebezpieczeństwo. Należy za tem zabronić korzennych przypraw (pieprz, musztarda, cynamon, imbir, wanilja, rzodkiew, chrzan, rzodkiewki, cebula, szparagi, selery, ocet, ostre sery) tudzież soli w ilościach większych, następnie kawy, wódki, wina i piwa. Szkodliwe są również ciała ekstraktywne mięsa w większej ilości. Nie powinno się zatem podawać mocnych rosółów, natomiast należy przekładać białe mięso (cielęcina, drób domowy, ryby) nad mięso ciemne, zwłaszcza zwierzynę. Trzeba również ograniczyć ilość mięsa wogóle. Nie znaczy to bynajmniej, że należy zmniejszyć dowóz białka. Trzeba tylko je wprowadzać w postaci innej, niż mięsa. Jako potrawy godne polecenia należy tu wymienić na pierwszym miejscu mleko, następnie jaja, pokarmy mączne, rośliny strączkowe, jarzyny i owoce. Z kwasów można zezwalać kwas cytrynowy w ilości umiarkowanej. Zasada zupełnego oszczędzania wątroby i dróg żółciowych jest praktycznie niewykonalną. Organy te bowiem podlegają po każdym spożyciu pokarmów co najmniej czynnemu przekrwieniu. Możemy wszakże z pewnem prawdopodobieństwem przekrwienie to zmniejszyć, jeżeli zabronimy wprowadzanie zbyt dużych ilości pokarmów naraz.

W chorobach dróg żółciowych, podobnie jak w chorobach wątroby, szczególnie jeżeli zjawi się żółtaczka, trzeba znacznie ograniczyć ilość tłuszczu w pokarmach, ponieważ tłuszcz przyswaja się wtedy niedostatecznie, oprócz tego od tłuszczu odszczepiają się w nadmiernej ilości kwasy tłuszczowe, które drażnią silnie jelita. Ze wszystkich pokarmów zawierających tłuszcz możemy najprędzej jeszcze zezwolić mleko w niewielkich ilościach, bo tłuszcz w mleku jest już zemulgowany. Natomiast należy zabronić tłustego mięsa wogóle, a więc: wieprzowiny, baraniny, gęsi, kaczki, z innych gatunków mięsa tłuszcz należy wykrawać, następnie zaś wykreślić ze spisu potraw tłuste sosy, zupy, jarzyny, leguminy oraz masło (w żółtacze).

W przypadkach przewlekłych celowem jest częste podawanie pokarmów w małych ilościach oraz obfity dowóz płynów. Podstawę diety stanowią węglowodany, zwłaszcza w przypadkach chorób dróg żółciowych, które przebiegają z żółtaczką lub z uszkodzeniem mięszu wątroby. Węglowodany działają w sensie oszczędzającym oraz jako tworzywo glikogenu. Podaje się przetwory mączne, ryż, grysik, chleb i owoce. Chleb razowy i silnie słodzone potrawy są przeciwskazane ze względu na współistnienie nieżyty żołądka i jelit. Gotowane owoce są bardziej wskazane od surowych, poleca się jednak surowe banany i jabłka.

Przy układaniu jadłospisu zwrócić należy uwagę na znaczną skłonność do zaparcia w przebiegu chorób dróg żółciowych.

W przewlekłych chorobach dróg żółciowych szerokie zastosowanie ma leczenie zdrojowe, picie wód mineralnych a zwłaszcza wody karlsbadzkiej Mühlbrunnu. Popularnem jest też stosowanie wód Vichy. Z naszych krajowych źródeł są w użyciu wody szczawnickie, krynickie, truskawieckie, morszyńskie, a u chorych ze zmniejszoną ilością kwasu solnego w treści żołądka, zwłaszcza szczawy słone Iwonicza, Rymanowa.

Działanie wód, zdaje się, polega głównie na ich własnościach przeczyszczających. Powodują też one przekrwienie w obrębie rozgałęzień żyły wrotnej. Wszystko to zmniejsza nieżyty żołądka i jelit, które stale towarzyszą chorobom dróg żółciowych.

Obok własności przeczyszczających wody mineralne mają też własności żółciopędne. Według Węgierki, który przeprowadził badania na psach nad działaniem różnych wód mineralnych, żółć pędzą tylko wody ogrzane do 40° C. Działanie ogrzanych wód mineralnych jest jednak krótkie, trwa zaledwie jedną godzinę, oprócz wody morszyńskiej i karlsbadzkiej, których działanie trwa 3 — 4 godziny.

Wody mineralne stosuje się w przeciągu 3—4 tygodni. Leczenie można przeprowadzić zarówno w miejscu stałego zamieszkania chorych jak i w zdrojowiskach. Można używać wód oryginalnych, sztucznych i przygotowanych z pastylek, bądź też z soli oryginalnej lub sztucznej. Tak czy inaczej będziemy postępować, zawsze otrzymamy jeden i ten sam rezultat. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że leczenie w zdrojowiskach gwarantuje lepszy skutek. Chory, który uda się na leczenie do zdrojowiska, przez cały czas rygorystycznie spełnia wszelkie zalecenia, zachowuje

odpowiednią dietę, jada regularnie, zajęty jest wyłącznie leczeniem, odpoczywa; jest zdala od swoich trosk i różnych nałogów.

O stosowaniu wody karlsbadzkiej już wspominałem, omawiając leczenie ostrych chorób dróg żółciowych, co się zaś tyczy wód Vichy, to stosujemy je w przewlekłych cierpieniach dróg żółciowych ze źródeł Grande-Grille, Hôpital i Chomel przez 10—20 dni z rzędu 3 razy dziennie na pół godziny przed posiłkiem po 100—150 gram., ogrzaną do 42° C.

Z krajowych wód mineralnych na szczególną uwagę zasługują wody mineralne Morszyna, Truskawca i Krynicy.

Wodę morszynską używamy ze źródła Bonifacego. W naturalnym stanie nie nadaje się ona do celów leczniczych ze względu na wysoki poziom stężenia niektórych składników, głównie chlorków. Wobec tego musi być ona odpowiednio przerabiana. Woda morszynska używana w leczeniu jest dwukrotnie zasobniejsza w sól glauberską od najbardziej stężonych wód zagranicznych. Według Sokółowskiego woda morszynska posiada wybitne zdolności pobudzania wątroby do wytwarzania żółci, a dróg żółciowych do wydalania żółci, jednocześnie posiada ona własności przeciwnilne, niszczy niepożądaną florę bakteryjną w jelitach i powinna znaleźć szerokie zastosowanie, szczególnie w przypadkach, przebiegających z zaparciem.

Wody truskawieckie ze źródła „Naftusi“, „Zosi“ i „Marysi“ mają wpływ pobudzający na proces wydzielania żółci. Działają one więc jako choleretica a nie cholagoga. Najszybciej, najsilniej chociaż najkrócej według Knossowa i Rosenbuscha działa „Naftusia“, działanie zaś dwóch pozostałych, t. j. „Marysi“ i „Zosi“ nie jest tak silne, lecz bardziej przewlekłe, przyczem „Marysia“ działa najłagodniej, chociaż wybitnie. „Naftusia“ nadaje się przedewszystkiem do stosowania w kamicy żółciowej a to z powodu jej doraźnego, gwałtownego i szybkiego działania w doświadczeniach. Stosowanie „Naftusi“ w tych razach mogłoby przyczynić się do wydalania kamieni, a przedewszystkiem dzięki ostremu przepłókiwaniu i tem samem wydalaniu drobnoustrojów z dróg żółciowych do działania przeciwapalnego. „Zosia“ i „Marysia“ dzięki powolniejszemu a trwalszemu działaniu żółciopędnemu nadają się przedewszystkiem do powolnego przepłókiwania dróg żółciowych w stanach zapalnych tychże i do normalnej czynności komórek wydzielniczych wątroby w schorzeniach miąższu wątrobnego a zatem w przypadkach, w których działanie gwałtowne i szybkie jest niepotrzebne. (Knossow i Rosenbusch).

Woda krynicka „Zuber“ działa według Tempki nie tylko jako cholericum ale i jako cholagogum. „Zuber“ w działaniu swem na wydzielanie treści dwunastniczej stoi na tym samym poziomie, co i Mühlbrunn. Znajduje on zastosowanie we wszelkich niezbytach dróg żółciowych oraz pęcherzyka żółciowego, również powikłanych kamica. Gorący „Zuber“ obok wzmożonego wydzielania żółci, rozcieńcza ją, a to powoduje oczywiście żywszy prąd w drogach żółciowych, prowadzący do wzmożonego wypłókiwania z nich wysięku, drobnoustrojów i ewentualnie drobnych kamieni. (Tempka).

Stosowanie gorących okładów ma na celu wywołanie przekrwienia, złagodzenia kurczów pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych, wpływa tonizująco na drogi żółciowe. Używamy w tym celu gorących okładów z wody, kataplazmy z lnianego siemienia, z tłuczonych kartofli, gliny, borowin. Stosowanie suchych ogrzewań, jak poduszki elektryczne, worki gumowe lub blaszanki, napełnione gorącą wodą, jest mniej pożyteczne, gdyż wtedy przekrwienie jest mniejsze.

Ten sam cel osiągamy zalecając chorym diatermję, która wzmagą wydzielanie żółci. Po diatermji zwiększa się też zawartość wody w żółci, zmniejsza zaś procentowa zawartość suchej pozostałości (składników organicznych i nieorganicznych).

W przewlekłych zapaleniach dróg żółciowych z dobrym skutkiem stosujemy przepłókiwanie dwunastnicy. Używamy w tym celu roztworu siarczanu magnezu, siarczanu sodu lub soli kuchennej. Potrzeba do tego $\frac{1}{2}$ — 1 litra roztworu. Siarczan magnezu stosujemy w roztworze od 5 do 25 grm. na 100 ccm, siarczan sodu 0,9% (Jutte).

Celem wyparcia kamieni z przewodu żółciowego wspólnego zalecają niektórzy dobrą oliwę (100—200 ccm na dobę w 2—3 porcjach) oraz wstrzykiwania wyciągu z przysadki (1—2 ccm).

Duże zastosowanie mają różne zioła. W ostatnich czasach bardzo polecają odwar z kurkumy. Szczególnie polecają ten środek w żółtaczkach.

W chorobach zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych szerokie zastosowanie mają liczne środki chemiczne, t. zw. żółciopędne. Nie wymienię żadnego z nich, gdyż zajęłoby to zbyt wiele czasu i przekroczyłoby ramy niniejszego wykładu. Trzebaby bowiem każdy z nich dokładnie scharakteryzować i ocenić jego wartość leczniczą. Nadmienię tylko, że są to różne kombinacje leków przeczyszczających, odkażających, olejków eterycznych z kwasami żółciowymi oraz ich pochod-

nemi. Naogół można powiedzieć, że działanie ich jest dość wątpliwe. Niektóre tylko leki, jak mentol, kwas salicylowy w niezbyt małych dawkach (3—5 grm dziennie) i urotropina mają działanie korzystne, gdyż przechodzą do żółci.

PIŚMIENNICTWO.

Przy redakcji wykładu posługiwałem się dziełami autorów polskich.

Jaworski W. Nauka o chorobach wewnętrznych. Tom III. 1906.

Knossow i Rosenbusch. O działaniu żółciopędnem wód truskawieckich „Naftusi”, „Zosi” i „Marysi” oraz o wpływie ich na wydzielanie moczu. Polska Gazeta Lekarska, Nr. 29 i 30, 1931.

Landau H. O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych. Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 1930.

Róbin. W sprawie wczesnego rozpoznawania schorzeń pęcherzyka żółciowego. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 48, 1930.

Sokołowski. Badania kliniczne wpływu wody morszyńskiej ze źródła Bonifacego na przebieg spraw gnilnych jelitowych, wydzielanie żołądkowe i trzustkowe. czynność wydzielniczą dróg żółciowych oraz przemianę spoczynkową. Polska Gazeta Lekarska, 1933.

Tempka T. Badanie kliniczne nad wpływem wody z II otworu wiertniczego „Zródła Zubera” w Krynicy. Krynica, 1929.

Węgierko J. Badania nad wydzielaniem żółci wątrobowej. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom X, 1932.

Autorów cudzoziemskich:

Bethe A., v. Bergman G., Embden G., Ellinger A. Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie. Bd. III, 1927. Bd. IV, 1929.

Brugsch Th. Lehrbuch der inneren Medizin. Bd. II, 1931.

Kraus F., Brugsch Th. Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Bd. VI, Hälfte II, Teil III, 1923.

Krehl L. Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten. Bd. I, II, III, 1932—1933.

Lütken U. Aufbau und Funktion der extrahepatischen Gallenwege. Leipzig, 1926.

Mohr L. und Staechelin R. Handbuch der inneren Medizin. Zweite Auflage. Bd. III, Teil II, 1926.

Stuber B. Klinische Physiologie. 1931.

Umber F. Erkennung der steinfreien Gallenwege und ihre Folgen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für innere Medizin, 44 Kongress, 1932.

Westphal K., Gleichmann, Mann W. Gallenwegsfunktion und Gallensteinleiden. Berlin. 1931.

† *Doc. Dr. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI*, (Warszawa).

NIEDOKWAŚNOŚĆ I NADKWAŚNOŚĆ — ICH LECZENIE ZDROJOWISKOWE.

Schorzenia żołądka należą do najpospolitszych w klinice ludzkiej ze względu na to, że narząd ten jest nietylko retortą, w której odbywa się zawiły i niezmiernie ważny dla dalszego przeobrażenia chemicznego proces trawienia, ale że żołądek jest również — jak mówi Czubałski — „potężnym zbiornikiem, chroniącym jelita od przeładowania, w którym masa pokarmowa, przepojona sokami trawiennymi, zmieniającami ją chemicznie i fizycznie, nabiera odpowiedniej formy, konsystencji i ciepłoty“. Dzięki wydzielanemu kwasowi solnemu, działającemu przeciwnie zwłaszcza w walce z niektórymi drobnoustrojami chorobotwórczymi, żołądek jest niezmiernie ważną ochroną dla następujących po nim odcinków przewodu pokarmowego, mianowicie dla dwunastnicy i jelita cienkiego. To też dla zrozumienia roli normalnego żołądka i jego odchyień od normy musimy dokładnie przypomnieć sobie fizjologję tego narządu, a więc przedewszystkiem czynności wydzielnicze gruczołów żołądkowych, oraz główne odchylenia od normy — w postaci niedokwaśności i nadkwaśności — stanów, których leczeniu zdrojowiskowemu mamy poświęcić wykład dzisiejszy.

Jak wiadomo, metodyka badań przewodu pokarmowego, a przedewszystkiem żołądka, posunęła się od czasu badań szkoły Pawłowa, a u nas w Polsce Popielskiego i jego uczniów. Z licznych i różnorodnych doświadczeń na zwierzętach (z t. zw. przetokami przewlekłymi, oraz małymi żołądkami) ustalono, że w normalnej czynności wydzielniczej gruczołów żołądkowych możemy odróżnić trzy okresy, t. zw. fazy. Pierwszy — to okres wydzielania soku *psychicznego*. Pawłow i jego uczniowie udowodnili, że dla każdego rodzaju po-

karmu istnieje specjalna praca wydzielnicza gruczołów żołądkowych, cechując się w każdym przypadku pewną trwałością okresu utajenia, pewnem trwaniem samego wydzielania, ogólną ilością soku i jego kwasotą. Cechy te powtarzają się o tyle prawidłowo, że możnaby odróżniać czynność wydzielniczą mlekową, mięsną i chlebową, a więc i soki: mlekowy, mięsny, chlebowy. Najsilniejszym bodźcem — według Pawłowa — w wydzielaniu soków żołądkowych, zarówno co do ilości, jak i siły trawiennej, jest bodziec psychiczny, zwany w życiu codziennem „ł a k n i e n i e” (apetyt). Czynność tej fazy jest uzależniona od całości i normalnej funkcji wyższych ośrodków nerwowych półkól mózgowych, cechą charakterystyczną tej fazy jest fakt, iż możemy wywołać wydzielanie psychiczne bez wprowadzenia pokarmu nie tylko do jamy ustnej lub żołądka, a więc zetknięcia się pokarmu z błoną śluzową górnego odcinka przewodu, ale wogóle bez wprowadzania go do ustroju. Wydzielanie więc soku w tym okresie jest tylko wynikiem zadziałania pewnego jakiegoś bodźca na zmysły wzroku, słuchu lub powonienia. Samo nawet wyobrażenie smacznej potrawy, oparte na doświadczeniu codziennem może prowadzić do wydzielania soku psychicznego — są to t. zw. o d r u c h y w a r u n k o w e Pawłowa. Polegają one na tem, iż jeśli podawać zwierzęciu jednocześnie z jakimś pokarmem, zwłaszcza chętnie spożywanym, sygnał świetlny lub słuchowy (lampkę elektryczną, określony dźwięk i t. p.), to po dłuższym czasie zwierzę nawet bez podania mu tego pokarmu na sygnał odpowie wydzielaniem soku żołądkowego. Wydzielanie takiego pełnowartościowego soku psychicznego trwa około godziny, jakieśmy się mogli przekonać osobiście (łącznie z D-rem Rysz. Hertzem) u chorego kucharza, z zupełną niedrożnością przełyku po zatruciu ługiem i odżywiającego się w ciągu lat przez rurkę po wykonanej gastrostomji¹⁾. Ale u zwierząt w doświadczeniach, gdy nie zadawałamy się tylko odruchem warunkowym, przez sygnały, lecz podajemy pokarm do jamy ustnej, wówczas — pomimo karmienia „pozornego”, zwierzę bowiem pokarmu połknąć nie może — wydzielanie trwa dłużej (2 — 4 godz.) wskutek zetknięcia się pokarmu z błoną ustną, co również spstrzegaliśmy u naszego chorego. Z dalszych badań Cytowicza na szczepniętach wynika, że wrażliwość gruczołów żołądkowych na bodźce chemiczne błon śluzowych przewodu pokarmowego jest sprawą wrodzoną podczas gdy odczyn na bodźce zmysłowe (wzrokowe, węchowe, słuchowe) powstaje dopiero później wskutek nabytych procesów kojarzenia.

¹⁾ Medycyna i Kronika Lekarska, 1910.

Przy dłużej trwającym wydzielaniu — wskutek zetknięcia pokarmu z błoną śluzową jamy ustnej — faza pierwsza przechodzi w drugą. Czynność wydzielnicza gruczołów żołądkowych jest odruchem, którego ośrodek w pierwszym okresie leży w korze mózgowej, w drugim — znacznie niżej, zapewne w obrębie rdzenia przedłużonego, zaś włóknami odśrodkowymi łuku odruchowego, czyli nerwami wydzielniczymi są nerwy błędne. Poczem następuje — z chwilą zetknięcia się pokarmu z błoną śluzową żołądka, jego części odźwiernikowej — trzeci okres wydzielniczy, który można również stwierdzić doświadczalnie na zwierzętach przez przetokę żołądkową, a więc z pominięciem jamy ustnej. Jako bodźce wydzielnicze dla trzeciej fazy służą produkty trawienia białka, albumozy lub peptony, być może, również dekstryny i glukoza, powstałe pod działaniem ptyaliny; zaś co się tyczy mechanizmu wydzielniczego w trzeciej fazie, to wydzielanie to trwa, jak wykazał Popielski, nawet wtedy, gdy usunięto rdzeń kręgowy poniżej kręgu, oraz przecięto nerwy błędne i współczulne, a wycięto zwój trzewny — a więc całkiem bez udziału ośrodkowego układu nerwowego. Mimo to, wobec obfitości komórek nerwowych w ścianach żołądka, nie można wyłączać współdziałania dróg nerwowych. W każdym razie, z badań Popielskiego i Tomaszewskiego nad wydzielaniem soku żołądkowego pod wpływem niektórych wyciągów, a zwłaszcza na podstawie badań Edkinsa, który podobnie do sekretyny trzustkowej wykrył w wyciągach z błony śluzowej odźwiernika ciało, t. zw. gastric-sekretynę, pobudzające po wstrzyknięciu dożylnem gruczoły żołądkowe, możnaby myśleć o pewnym mechanizmie humoralnym, a więc działaniu bodźca bezpośrednio przez krew. Istotnie histamina — pochodna aminokwasu histydyny — znajdująca się w błonie śluzowej żołądka i jelit wywołuje przy wstrzyknięciu podskórnem (jak to za chwilę zobaczymy), silne podniecenie czynności wydzielniczej gruczołów żołądkowych; jeśli zaś nie daje tego wyraźnego wyniku przy wstrzyknięciu dożylnem, to jedynie wskutek gwałtownego spadku ciśnienia — pod jej wpływem zwierzę ginie. Nie wdając się w dalsze szczegóły niezmiernie ciekawego zagadnienia mechanizmu tego, nad którym pracował u nas Czubalski, Gutowski i Walawski, należy tylko podkreślić tu, że kwaśna treść żołądka jest bodźcem wydzielniczym dla trzustki: przy zetknięciu się ze śluzówką dwunastnicy wywołuje się w niej tworzenie t. zw. sekretyny, która drogą krwionośną pobudza trzustkę do czynności wydzielniczej, z drugiej zaś strony ta sama sekretyna, jak to stwierdził Walawski, posiada sokopędne działanie na gruczoły żołądka. Jak widać z tego, stosunki są między na-

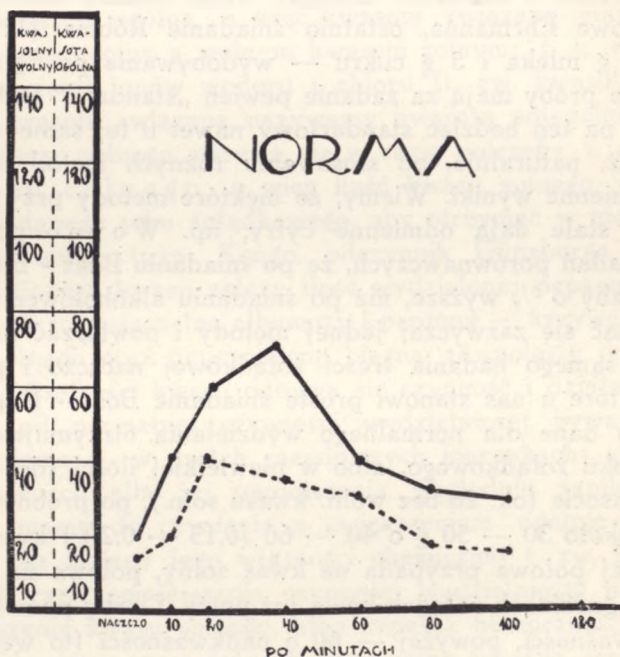
rządami złożone, ale wzajemnie uzależnione, najważniejszym zaś czynnikiem zdrowia jest, aby wydzielanie gruczołów żołądkowych było pod względem fizjologicznym normalne.

Jak ogólnie wiadomo, głównymi składnikami, wydzielanymi przez gruczoły żołądkowe, jest kwas solny, wytwarzany przez komórki okładkowe, oraz pepsyna, wytwarzana jako pepsynogen, w komórkach głównych. Zaczniemy od kwasu solnego. Odróżniamy go w soku żołądkowym w postaci wolnego kwasu solnego, oraz związanego z organicznymi i nieorganicznymi związkami, przeważnie z białkami. Razem stanowią one kwasotę ogólną, a więc kwasotę związaną stanowi różnica między kwasotą ogólną a wolnym kwasem solnym; t. j. ilością będących w dysocjacji jonów wodoru i chloru (t. zw. kwasota aktualna). Natomiast kwasotę związaną nazywamy kwasotą potencjalną. W razie braku kwasu solnego określa się w razie potrzeby t. zw. niedobór kwasu solnego, a więc ilość kwasu solnego, którą należy dodać do badanego soku żołądkowego, aby otrzymać w niej odczyn na wolny kwas solny (pap. Kongo, odczynnik Günzburga i in.). Od ilości wydzielonego kwasu zależy ilość wydzielonej pepsyny, rozkładającej białka w rozpuszczalne albumozy i peptony — krzywe wydzielonego kwasu solnego oraz pepsynogenu biegną równoległe do siebie, bowiem dzięki obecności kwasu odbywa się czynność i działanie zaczynu. Odchylenia od normalnej czynności wydzielniczej bywają — jak to ogólnie wiadomo — w dwóch zasadniczych kierunkach: albo wzmoczenia tej czynności, albo jej zmniejszenia względnie zaniku. W razie wzmoczenia mamy do czynienia z zwiększeniem ogólnie wydzielonej ilości soku bez zmiany jego własności chemicznej t. zw. hypersecretio (acida). W razie zmniejszenia czynności wydzielniczej może się zjawić zmniejszenie kwasu solnego, albo zupełna bezsoczność. Zagadnienie, czy wydzielany przez żołądek kwas solny posiada zawsze w przybliżeniu jednakową koncentrację, czy też może się ona powiększać, a więc występuje sok żołądkowy o znacznie silniejszej koncentracji kwasu solnego, podlegało i dziś jeszcze podlega dyskusji, przeważa jednak mniemanie, że istotnie zachodzić może poza wzmoczeniem wydzielaniem (hypersecretio) również superchlorhydria.

Określenie tych wszystkich stosunków pod względem chemicznym nie jest wcale sprawą tak prostą i łatwą, jakby to się na pierwszy rzut oka zdawać mogło. Co prawda, od czasu wprowadzenia od lat zgórą 40 śniadania próbnego E w a l d a - B o a s a, posiadamy napozór dość prostą i dostępną metodę wydobywania soku żołądkowego i badania go następnie pod każdym względem, ale zarówno ta metoda, jak

długi szereg innych zgłębnikowych i bezzgłębnikowych sposobów badania sprawności wydzielniczej żołądka, mają podstawową wadę, mianowicie: do pewnego stopnia usuwają najważniejszy bodziec jakim jest bodziec psychiczny łaknienia, a więc i brak owego tak doniosłego wpływu wydzielniczego, jaki on może wywierać. Stąd taka zmienność wyników badania u tego samego osobnika w badaniach, parokrotnie powtarzanych, stąd różnorodność prób zgłębnikowych: Gluzińskiego, Grundzacha „pokarm mieszany”, przez długi czas stosowany przez Rejchmana, Curschmanna i Fischera „Apetitmahlzeit”, śniadanie Talmy (litr 3% buljonu z ekstraktu Liebiga); zupa mączna Sahliego, śniadanie alkoholowe Ehrmanna, ostatnio śniadanie Róбина (180 g lekkiej herbaty, 20 g mleka i 5 g cukru — wydobywanie po $\frac{1}{2}$ godz.) i in. Wszystkie te próby mają za zadanie pewien „standard” bodźcowy, jednak odczyn na ten bodziec standartowy nawet u tej samej osoby bywa różny, a już, naturalnie, po stosowaniu różnych metod otrzymujemy całkiem odmienne wyniki. Wiemy, że niektóre metody przy wzajemnem zestawieniu stale dają odmienne cyfry, np. Woyno przekonał się w szeregu badań porównawczych, że po śniadaniu Boas - Ewalda otrzymuje się liczby o $\frac{1}{3}$ wyższe, niż po śniadaniu alkoholowem. Toteż najlepiej trzymać się zazwyczaj jednej metody i powtarzać ją parokrotnie u tego samego badania treści żołądkowej naczczo i po próbnem śniadaniu, które u nas stanowi proste śniadanie Boas - Ewalda. Stosując je, jako dane dla normalnego wydzielania otrzymujemy: naczczo albo brak soku żołądkowego, albo w niewielkiej ilości (do 20 — 30 g) o słabej kwasocie (ok. 20 bez woln. kwasu soln.), po próbnem śniadaniu w godzinę około 30 — 50 g o 40 — 60 (0,15 — 0,2%) kwasota ogólna (mniej więcej połowa przypada na kwas solny, połowa na kwas związany); po 2 godzinach żołądek bywa już pusty. Liczby poniżej 30 świadczą o podkwaśności, powyżej — 60 o nadkwaśności (to według Boasa, inni autorzy cokolwiek przesuwają te cyfry w górę lub w dół). Liczby te przedstawiają jednak tylko pewien przekrój wydzielania — trawienie bowiem trwa około 2 godzin i w ciągu tego czasu zachodzą różne okresy wydzielnicze, których nie udawało się badać przy stosowaniu zwykłego zgłębnika żołądkowego. Natomiast dzięki zastosowaniu zgłębnika dwunastniczego (Einhorna) do badania treści żołądkowej, zaczęto badać poszczególne frakcje soku żołądkowego co czas pewien, np. co 10 — 15 min., wydobywając je z żołądka za pomocą strzykawki. W ten sposób weszło w życie t. zw. frakcyjne, cząsteczkowe badanie treści żołądkowej. Tą drogą udało się ustalić zarówno okres wydzielniczy, jak i poszczególne fazy wydzielania zarówno w żołądku normalnym, jak i w je-

go stanach patologicznych, jak niedokrwistość i nadkwaśność. Jako „śniadanie próbne” podajemy albo buljon (kostka Maggieo w 300 gr gorącej wody), który bardzo zaleca Kucharski, a które daje liczby prawie takie same, co śniadanie Boas - Ewalda, albo śniadanie alkoholowe, albo płyn Katsch - Kalka: 300 gr wody przekrojonej z dodatkiem 0,2 g coffeini pur. i 4 kropli 0,5%-go roztworu błękitu metylenowego. Krzywe wydzielania otrzymano zapomocą tej metody, przedstawiają trzy rysunki: wydzielanie z kwasotą normalną, z podkwaśnością i z nadkwaśnością (rys. 1 — 3). Naogół w postaciach nadkwaśno-

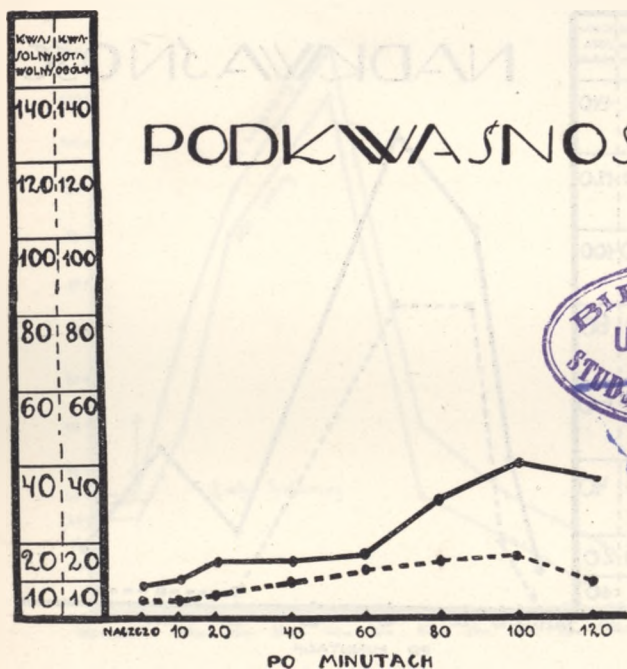


Rys. 1.

ści możemy odróżniać: obfitsze wydzielanie soku żołądkowego o składzie normalnym (*hypersecretio*) i hypersekrecję z wysokimi ilościami kwasu solnego (*hypersecretio cum superchlorhydria*).

Jak już wspomniano powyżej, histamina wywołuje przy wstrzyknięciu podskórnem wzmoczenie czynności wydzielniczej gruczołów żołądkowych — załączona krzywa wskazuje naocznie, jak podziałało wstrzyknięcie podskórnem 0,5 miligramu histaminy (rys. 4). W pewnych jednak stanach niedoczynności śluzówki żołądkowej w bezsoczności wstrzyknięcie to pozostaje bez wpływu — wydzielanie się nie zmienia.

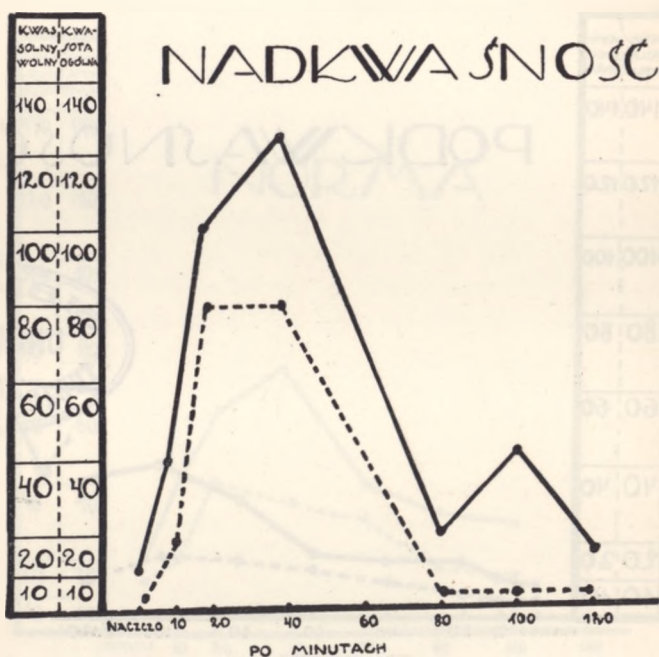
Wiadomo, że wydzielanie znajduje się pod wpływem nerwowym układu wegetatywnego, mianowicie nerwu błędnego. Również pobudzenia ruchowe trzonu żołądka powstają poprzez układ nerwu błędnego — natomiast od jego antagonisty, nerwu współczulnego, pochodzą podnieci ruchowe dla odźwiernika. Ponieważ atropina, działając na nerw błędny, osłabia jego napięcie, przeto następuje zmniejszenie czynności wydzielniczej i pewne zahamowanie ruchów żołądka, zaś fizostygmina, pobudzając nerw błędny, wzmacnia czynność wydzielniczą i ruchową żo-



Rys. 2.

łądka; pobudzanie nerwu współczulnego adrenaliną lub hamowanie go ergotaminą prowadzi do odwrotnych wyników wydzielniczych, oraz ruchowych. Po podaniu atropiny lub ergotaminy okres wydzielania znacznie się wydłuża, lecz siła wydzielnicza gruczołów jednocześnie się zmniejsza. W ten sposób możemy wyrobić sobie pojęcie o udziale układu wegetatywnego w czynnościach wydzielniczych żołądka i wyprowadzić wskazania co do praktycznego zastosowania leczniczego tych środków (atropiny w stanach nadkwaśności, ezeryny lub ergotaminy w stanach podkwaśności). Jak widać z tego, badanie układu wegetatywnego

ma na celu nie tylko sprawdzenie czynności wydzielniczej, ale i właściwości ruchowej żołądka. Do tego ostatniego celu służyła przede wszystkim metoda rentgenologiczna, ale od kilku lat — dzięki badaniom szwedzkiego badacza Forssella — zaczęto zwracać uwagę również na śluzówkę przewodu pokarmowego (t. zw. Innenrelief) i chociaż badania te są raczej w okresie początkowym, zwłaszcza, o ile chodzi o stosunek wyników rentgenologicznych do czynności wydzielniczej żołądka, o nim tu bowiem tylko mówić będziemy, to jednak już dziś z obrazu

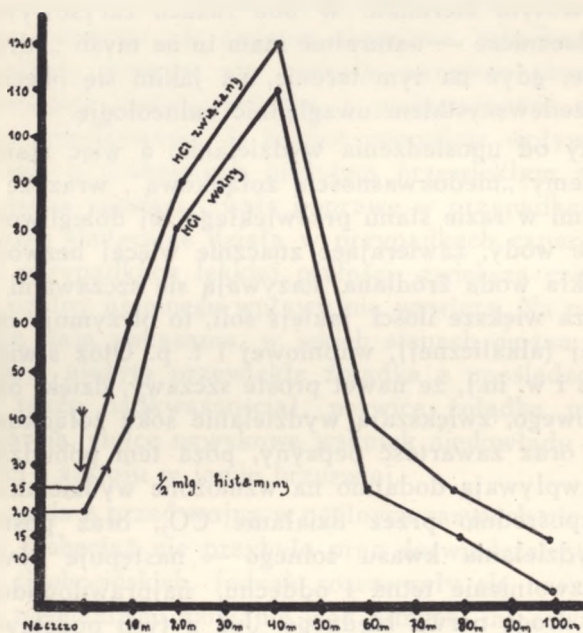


Rys. 3.

rentgenologicznego sądzić możemy do pewnego stopnia o zmianach błony śluzowej, jak tego dowodzą zdjęcia (Demonstracje). Widzimy więc błony śluzowe normalne, przerosłe i zanikowe — z czego już nieraz, gdy z jakiegoś powodu nie udaje się wykonać badania soku żołądkowego, wyciągać można pewne pomocnicze wnioski posiadające znaczenie kliniczne, zwłaszcza dla niezbytów i daleko posuniętej bezsoczności, np. niedokrwistości złośliwej.

Przenosząc z fizjologii na klinikę spostrzeżenia, dotyczące nieprawidłowego wydzielania g. uchołłów żołądkowych i łącząc je z obja-

wami klinicznymi, oraz skargami chorego, mamy do czynienia z jednej strony z przewlekłym nieżytem żołądka, któremu, jak wiadomo, towarzyszy przeważnie zmniejszone wydzielanie soku żołądkowego, prowadząc nawet nieraz do bezsoczności, z drugiej zaś strony — przy dużej nadkwaśności mamy do czynienia z wrzodem wzgl. owrzodzeniami żołądka lub dwunastnicy. Pomiedzy jednak temi dwoma typowemi i przewlekłemi schorzeniami istnieje szereg „niedomagań” ze strony żołądka, które towarzyszą innym cierpieniom, jak np. niedokrwiłość w gruźlicy,



Rys. 4.

niekiedy w cukrzycy, w chorobie Graves - Basedowa, w przebiegu ciąży i in., lub nadkwaśność na tle nerwowym, pod wpływem przejść psychicznych, nerwic jelit i w. in. odchyłeń ustroju od stanu równowagi fizycznej i psychicznej — w tych wszystkich przypadkach istotnego lub dodatkowego zaburzenia czynności wydzielniczej gruczołów żołądkowych leczenie tego zaburzenia daje znakomite wyniki, zarówno, gdy idzie o schorzenie zasadnicze żołądka, jak również w przebiegu tych cierpień, gdzie narząd ten stanowi raczej przyczynę dolegliwości dodatkowych.

Jak widać z tych wywodów, wobec zupełnie przeciwstawnych sobie warunków patologicznych, wskazania lecznicze będą również całkiem odmienne w tych stanach chorobowych: w stanach niedostatecznego wydzielania gruczołów żołądkowych bądź w całości, bądź pewnych składników, należy pobudzić komórki tych gruczołów do obfitszego lub sprawniejszego wydzielania; w stanach zaś zbyt obfitego lub wzmożonego pod pewnemi czynnikami wydzielania żołądka musimy dążyć do zmniejszenia pobudliwości żołądkowej błony śluzowej, czy to regulując czynności wydzielnicze komórki żołądkowej, czy też wpływając na układ wegetatywny w tym kierunku. W obu razach zarysowuje się nam postępowanie lecznicze — naturalnie mam tu na myśli „zdrojowe”, a nie farmaceutyczne, gdyż na tym terenie, na jakim się obecnie znajdujemy, mamy przedewszystkiem uwzględnić balneologję.

Zacznijmy od upośledzenia wydzielania, a więc stanu, który rycałtem nazwiemy „niedokwaśnością żołądkową”, wraz ze wszystkimi jej następstwami w razie stanu przewlekłego tej dolegliwości. Jak wiadomo, wszelkie wody, zawierające znacznie więcej bezwodnika węglowego, niż zwykła woda źródłana, nazywają się szczawami, a jeśli taka szczawa zawiera większe ilości jakiejś soli, to otrzymuje nazwę: solankowej, sodowej (alkalicznej), wapniowej i t. p. Otóż stwierdzono (Jaworski, Quinke i w. in.), że nawet proste szczawy, dzięki obecności bezwodnika węglowego, zwiększają wydzielanie soku żołądkowego, wzmagają kwasotę, oraz zawartość pepsyny, poza tem pobudzają perystaltykę żołądka, wpływają dodatnio na wzmożone wydzielanie soku trzustkowego bezpośrednio przez działanie CO_2 , oraz pośrednio przez wzmożenie wydzielania kwasu solnego — następuje również pewne przemijające zwolnienie tętna i oddechu, najprawdopodobniej przez oddziaływanie drogą nerwu błędnego. Już z tych podstawowych założeń wynika, że picie nawet prostych szczaw jest pożyteczne w stanach chorobowych z niewielkim osłabieniem mięśniówki żołądka, albo ze zmniejszeniem ilości oraz jakości soku żołądkowego lub trzustkowego. Jeszcze wyraźniejsze działanie bywa od szczawy z dodatkiem soli kuchennej (NaCl) lub samej wody słonej, t. zw. solanki. Roztwory izotoniczne soli kuchennej nie posiadają wyraźnego działania na gruczoły żołądkowe i zmianę ich czynności, jak również na wydzielanie soku trzustkowego, jego składu chemicznego i własności; natomiast roztwory hyper- i hypotoniczne chlorku sodowego posiadają działanie nader znamienne. Zasadniczą rolę odgrywa tu jon Cl, który pobudza komórki żołądkowe, natomiast katjony (sód, wapń, magnez) mają działanie zbliżone do siebie.

Otóż wody Ciechocinka przedstawiają typ źródeł solanki czystej, z których N 10 w dzisiejszym czerpaniu jest prawie izotoniczna, raczej hypertoniczna i w składzie swym w zupełności odpowiada wodzie Kissingen Rakoczy, natomiast N 8 jest mocno hypotoniczna. Badania nad działaniem wód tych na przewód pokarmowy są dawne, ale oparte na empirji spostrzeżenia Arnsteina, Dembickiego i in., poparte zostały doświadczalnemi badaniami na ludziach w 1908 — 9 latach przez Róbin. Autor ten, posługując się wodą N 10 gazowaną (z otworu, który jest zresztą zarzucony — woda była lekko hypertoniczna), doszedł do następujących wniosków: 1) Woda Ciechocińska N 10 (gazowana), przy bezpośrednim działaniu nie zmienia chemizmu żołądka; 2) przy pośrednim działaniu również nie zmienia wyraźnie chemizmu żołądka; w przypadkach nieżyty żołądka z podkwaśnością nieco wzmacnia kwaśność soku żołądkowego; 3) bardzo pomysłnie wpływa na dolegliwości żołądkowe u dotkniętych nieżytem przewlekłym z podkwaśnością; 4) sprowadza częstą i trwałą poprawę w przypadkach nerwicy żołądka; 5) bardzo skutecznie działa w przypadkach zaparcia stolca nawykowego, w przypadkach lekkiej otyłości; zwiększa często ilość moczu i na stan ogólny ujemnego wpływu nie wywiera. Na podstawie tych wyników Róbin daje wskazania, w jakich stanach można stosować wody ciechocińskie: nieżyty przewlekły żołądka z upośledzonym wydzielaniem (lecz także nadkwaśnością), nerwice żołądka niezależnie od chemizmu zaparcia, stolce nawykowe wskutek niedowładu kiszek, lekkie stopnie otyłości i zastoju w jamie brzusznej.

Te wskazania z przed wojny w ogólnych zarysach nie straciły i dzisiaj na mocy. I chociaż nie przybyło prac doświadczalnych co do stosowania wód ciechocińskich, jednak rozszerzyły się nasze wiadomości co do samego mechanizmu działania wód pitnych, jak również dane doświadczalne co do innych uzdrowisk. Otóż przed 10 laty znany nasz klimatolog, Antoni Sabatowski ze Lwowa, starał się wytłumaczyć, działanie nawet zwykłej wody na ustrój jako „odczyn nawodnienia” — jest to rodzaj wstrząsu, który polega na spadku ilości białych ciałek krwi (leukopenja), na przyspieszeniu krzepnięcia krwi, wahaniach liczby czerwonych ciałek krwi z wyraźną skłonnością do hyperglobulji, na zmianach refraktometrycznych surowicy krwi, wreszcie na dość częstych podniesieniach ciepłoty. Mechanizm przeto działania zwykłej wody względnie hypo- oraz izotonicznych wód mineralnych na podstawie doświadczeń na ludziach i zwierzętach (wlewanie do żył, pojenie wodą przekroploną lub solanką izotoniczną) tłumaczy Sabatowski jako „leczenia nieswoiste bodźcem nawodnienia i najczęściej także silnym bodź-

cem kalorycznym, zmierzając do odczulenia, względnie uodpornienia całego ustroju lub jednego tylko narządu". Doświadczenie w niektórych uzdrowiskach wykazało, jak długo należy stosować wody pitne w celu osiągnięcia dodatniego wyniku leczniczego, tak, np. w Royat wymagana jest 3 - tygodniowa kuracja — doświadczenia na zwierzętach i badania na ludziach wykazały (Laussedat), że okres ten jest niezbędny w celu uzyskania zniesienia nadwrażliwości. Z dalszych badań nad właściwościami niektórych wód francuskich (*Vichy, La Bourboule*) okazało się że tylko wody sodowe posiadają takie własności odczulające. Naturalnie, dalszemi czynnikami niezmiernej wagi przy stosowaniu leczniczym wód pitnych jest: ciepłota podawanej solanki, ilość, sposób podawania — wszystko to, co napozór dla osoby niekompetentnej jest sprawą drugorzędną, co jednak posiada poważne znaczenie lecznicze. Ciepłota wody od 8 — 14° i od 45 — 55° odpowiada mniej więcej ciepłocie wód pitnych i zimnych lub ciepłych i stanowi wydatny bodziec dla żołądka, a pośrednio i dla całej jamy brzusznej — przyczem bodziec ten jest tem silniejszy, im bardziej działa bezpośrednio na śluzówkę żołądka, a więc im bardziej próżny jest przewód pokarmowy, i wywołuje pewien odczyn ze strony układu wegetatywnego (leukopenja i t. p. — jak przy podrażnieniu nerwu błędnego). Tem się tłumaczy stare doświadczenie dawnych lekarzy, że wypicie zwykłej zimnej wody naczcho wystarcza często u niektórych wrażliwszych osób do wywołania stolca w razie zaparcia, natomiast picie nawet niektórych wód mineralnych (alkalicznych lub alkaliczno - słonych) naczcho nagorąco wstrzymuje biegunkę, na zimno zaś nie otrzymamy tego efektu. Poza tem z drugiej strony nawet picie zwykłej gorącej wody obniża przejściowo ilość cukru we krwi, natomiast podnosi zawartość soli kuchennej i białka w surowicy.

Ilość wypitej wody posiada swoje znaczenie: ogólnie przyjęte jest podawanie naraz 100—200 ccm solanki ew. z powtórzeniem tej dawki po jakichś 45 min. i po umiarkowanym ruchu w ciągu 15—30 min. w celu pobudzenia ruchów mięśniówki jelit, oraz wywołania po przemijającej leukopenji leukocytozy. Wypicie dość szybkie większych ilości wody powoduje podniesienie ciśnienia krwi, wywołuje pewne jej rozwodnienie i w wielu razach jest niepożądane. Poza tem małe dawki płynu u osobników z opuszczeniem trzewi, u których tak często spostrzegamy podkwaśność, daleko łatwiej opuszczają żołądek i pobudzają czynność ruchową żołądka, tak iż życiowo i empirycznie przyjęte dawki znajdują rzeczowe uzasadnienie. To też co do czasu podawania już wypływają wyraźne wskazania: na czczy lub prawie pusty żołądek celem bezpośredniego działania na błonę śluzową żołądka. A więc sposób po-

dawania solanki N 10 w Ciechocinku będzie następujący: 100 — 200 gr zimnej lub lekko ogrzanej w zależności od właściwości wypróżnienia (zaparte lub luźniejsze stolce) naczczo oraz na godzinę przed podwieczorkiem lub przed snem przy umiarkowanym chodzeniu po wypiciu nie duszkiem, ale łykami. Przez pierwszych parę dni — raz dziennie, potem dwukrotnie; zazwyczaj z wyłuszczonej powyżej względów solanka jest gazowana, można też do niej dodawać składniki, których nie posiada solanka (np. małe ilości siarczanów i t. p. w zależności od zamierzonego celu). Solanki N 8, jako wybitnie hipotonicznej, możemy podawać cokolwiek większe ilości zwłaszcza, gdy chcemy osiągnąć jeszcze pewne wyniki moczopędne.

Wskazania do stosowania wód pitnych w Ciechocinku należą do tych, na jakie zwracali uwagę jeszcze przed wojną nasi doskonali znawcy uzdrowiska, jak Arnstein, Dembicki, na podstawie doświadczeń Robin i w. in., a więc przede wszystkim: wszelkie schorzenia na tle podkwaśności do bezsoczności żołądkowej (oraz trzustkowej?) włącznie, oraz stanów wtórnych chorobowych, wyływających z przewlekłego tego stanu (gastritis anacida, atrophica, nervosa), jak również w stanach opuszczenia trzewi, zwłaszcza u asteników. Jak wykazały spostrzeżenia nasze z D-rem E. Grodzieńskim na materiale Oddziału Wewn. kob. szpitala C. W. S. w 71% przypadków mamy w tem cierpieniu do czynienia z podkwaśnością, w 9% z bezsocznością, w 16% ze stosunkami normalnemi wydzielania żołądkowego, a tylko w 4% z nadkwaśnością. Przeto owo upośledzenie sprawności chemiczno - wydzielniczej żołądka opadniętego mogą leczyć solanki w sposób niewątpliwie korzystny, na co zwracaliśmy w pracy naszej specjalną uwagę, podkreślając potrzebę kierowania chorego do odpowiedniego uzdrowiska ¹⁾.

Poza Ciechocinkiem posiadamy szereg uzdrowisk, które nadają się doskonale do leczenia chorobowych stanów wydzielniczych żołądka. Tu wspomnę w kilku słowach o dwu z nich, w których jako lekarz zakładowy miałem możliwość osobiście przez szereg sezonów letnich sprawdzać korzystne ich działanie na podkwaśność i związane z nią stany. Przede wszystkim — *Druskieniki*. Na kilka lat przed wojną E. Żebrowski, późniejszy profesor Kliniki Wewn. Uniw. Warszaw., wskazywał na podobieństwo działania źródła „Nasza” do wody Kissingen Rakoczy, a spostrzeżenia kliniczne potwierdziły korzystne działanie tej słabej hipotonicznej solanki na wzmożenie czynności wydzielniczej żołądka, co również i ja potwierdzałem przed wojną na szeregu pacien-

¹⁾ Opadnięcie trzewi i jego znaczenie kliniczne. *Medycyna*, Nr. 16, 1932.

tów w serji badań porównawczych przed i po leczeniu. Ostatnio znowu przeprowadzone badania na II Klinice Uniwersytetu Stefana Batorego potwierdzają, że solanka druskienicka nadaje się do leczenia zaburzeń wydzielniczych żołądka z ograniczeniem wydzielania soku i ze zmniejszeniem jego kwasności lub z zupełnym brakiem HCl oraz w przewlekłych nieżytach żołądka o charakterze bezkwaśnych i podkwaśnych; parę przykładów: w przypadku nieżytu bezkwaśnego, leczonego w Druskienikach w ciągu 3 tygodni solanką, kwasowość wzrosła z 14/0 do 36/24, w innym przypadku ciężkiego nieżytu bezkwaśnego pierwsze badanie wykazało 32/2, po 6 tygodniach leczenia 52/40 przy doskonałym samopoczuciu. Dalej — *Iwonicz. L. T o c h o w i c z* w swych badaniach klinicznych nad wpływem wody ze źródła „Karola”, łącznie z przypadkami *R e i c h a n a* — w ilości 17 — dochodzi do następujących wniosków: 1) stosowanie Karola w ciągu 4 tygodni podnosi wyraźnie pod każdym względem upośledzoną czynność wydzielniczą żołądka; 2) działa wybitnie żółciopędnie i pobudzająco na wydzielanie zewnętrzne trzustki; 3) obniża wzmożoną przemianę podstawową, nadaje się przeto do leczenia stanów z upośledzoną czynnością żołądka, z upośledzeniem wydzielania trzustki, oraz we wszystkich stanach gdzie chodzi o działanie żółciopędne. „Porównyując teraz działanie Karola z odnośnem działaniem Rakoczego — kończy *T o c h o w i c z* — widzimy, że „Karol” nietylko w niczem mu nie ustępuje co do działania leczniczego, lecz nawet wywiera w przeciwieństwie do niego wybitny wpływ na przemianę podstawową”. Nie brak więc jest u nas uzdrowisk, w których niedostateczne wydzielanie górnego odcinka przewodu pokarmowego może ulec znakomitej poprawie — nie trzeba szukać Hamburgów, Wiesbadenów, Kissingenów — nasze krajowe źródła doskonale zastąpią obce, zwłaszcza w okresie powojennym, gdy urządzenia uzdrowiskowe znakomicie się podniosły. Nie należy bowiem zapominać, że „uzdrowisko” to nie tylko jakiś jeden poszczególny czynnik leczniczy, ale długi zespół urządzeń, które pomagają w osiągnięciu korzystnych wyników leczniczych. Najrozmaitsze w szerokim zakresie stosowane zabiegi wodolecznicze (bicze wodne, tusze np. szkocki, wycierania, polewania, kocowania i w. in.), które z jednej strony wzmacniają cały ustrój, zwłaszcza układ nerwowy, z drugiej pośrednio wpływają na uregulowanie czynności fizjologicznych przewodu pokarmowego, urządzenia gimnastyczne, które korzystnie działają na układ mięsny, również i na mięśnie trzewi, kąpiele różnego rodzaju (solanki, kwasowęglowe, ew. borowinowe lub okłady), elektroterapia — są to wszystko czynniki, które w leczeniu np. w mieście skojarzyć jednocześnie jest bar-

dzo trudno, a właśnie w uzdrowisku, gdzie pacjent jest na to „nastawiony” i tylko po to przyjechał, aby się leczyć i specjalnie na to poświęca cały swój czas, jest nietylko wskazane, ale nawet potrzebne wyzyskać. Jeśli jeszcze do tego dodamy doniosłe znaczenie lecznicze powietrza, przeważnie w uzdrowiskach naszych bardzo dobre, piękne lub miłe widoki, które działają uspokajająco na każdego, oraz wypoczynek nerwowy, który u osób o podłożu nerwowym odgrywa doniosłą rolę w działaniu leczenia uzdrowiskowego — to łatwo stanie się zrozumiałem, dlaczego nieraz bez żadnych środków farmaceutycznych uporczywe przypadki niedokrwistości, które w mieście przez długie miesiące nie ulegały prawie żadnej poprawie, po paratygodniowym leczeniu uzdrowiskowym powracają pozornie zdrowe do domu. Mówię „pozornie”, ponieważ często po pierwszym sezonie leczniczym następuje w czas jakiś — po kilku miesiącach lub nawet później — pewne pogorszenie, jakby lekki nawrót, który wymaga powtórzenia kuracji w następnym roku. A już ta powtórnie nabyta poprawa jest zazwyczaj trwałą. Naturalnie, w okresie międzysezonowym niekiedy jeszcze będziemy korzystać z leczenia lekowego, oraz dietetycznego — ale tych spraw tu poruszać nie będziemy.

Naturalnie, wszystkie te dodatkowe czynniki lecznicze, które związane są z dobrze urządzonej zdrojowiskiem, dotyczą wszelkich zdrojowisk, w których uciekamy się do leczenia schorzeń żołądka — natomiast wybór uzdrowiska do leczenia nadkwaśności — stanu, który mamy obecnie omówić, jest, rzecz jasna, odmienny niż przy wyborze do leczenia niedokrwistości.

Zjawisko nadczynności gruczołów żołądkowych należy — jak to wykazały badania lat ostatnich — do nader częstych w patologii żołądka, przyczem możemy tu odróżniać nadczynność wydzielania kwasu solnego w normalnych okresach wydzielniczych pod wpływem bodźców żołądkowych (t. zw. *hyperchlorhydria*) od wogóle wzmożonej ilości wydzielonego soku żołądkowego stale, nawet w czasie między okresami trawiennymi (*hypersecretio* — często stwierdzane przy badaniu żołądka promieniami Roentgena), oraz ze znacznym zwiększeniem zawartości kwasu solnego (*hyperchlorhydria cum supersecretione*). Patogeneza tych cierpień jest niezupełnie jasna, nadal przeważnie łączona z wpływem układu nerwowego, jak t. zw. *dyspepsia acida nervosa*. W niektórych razach objawia się ona wreszcie jako wrzód żołądka (*ulcus ventriculi*) — ponieważ jednak wrzód w stosunku do nadkwaśności stanowi raczej zjawisko dość rzadkie, przeto z praktycznego, klinicznego punktu widzenia należy nam ściśle oddzielać *dispepsiam acidam*

stan którym się właśnie za chwilę zajmiemy, od *ulcus ventriculi*, o różnorodnej patogenezie i dość rozmaitym przebiegu klinicznym. Tego ostatniego cierpienia tu poruszać nie będziemy — należałby mu się oddzielny wykład, pozostaniemy więc jedynie przy zwykłej nadkwaśności z ew. nadczynnością. Schorzenie to jest dość pospolite nawet u osobników młodych — wystarczy nadmienić, że w przeciągu 3 lat 1930—32 r. przez oddział wewnętrzny szpitala Ujazdowskiego w Warszawie stwierdzono 117 przypadków nadkwaśności bez zmian organicznych u osobników poborowych (5,5% tej grupy) do lat 22, a od lat 25—35 chorych (3,4% tej grupy). Dziś niektórzy autorzy, zwłaszcza rentgenolodzy, stoją na stanowisku, że bez widocznej niszy na zdjęciu która ma niewątpliwie świadczyć o owrzodzeniu, nie można jedynie na podstawie badań klinicznych i chemizmu żołądka wyciągać ostatecznego wniosku co do wrzodu. Niema wątpliwości, że w pewnych przypadkach istotnie jest pewne niezupełnie wyraźne przejście nadkwaśności w owrzodzenie, względnie stwierdzamy wrzód z nadkwaśnością, lecz w większości przypadków nadkwaśność uspokaja się, przynajmniej na czas jakiś, zwłaszcza pod wpływem leczenia, niekiedy powraca okresowo. Na czym więc polega zdrojowiskowe leczenie nadkwaśności i gdzie je przeprowadzać? Przy stosowaniu chemicznych środków odkwaszających podajemy przeważnie węglany czy to w postaci łatwo rozpuszczalnej sody, czy też trudno rozpuszczalnych węglanów, jak wapnia, magnezu, dalej magnezji palonej i t. p. Co do mechanizmu działania tych środków odkwaszających istnieją różne poglądy. Rejchman i autorzy francuscy przypuszczali, że chodzi tu o zobojętnienie wydzielonego soku bez wpływu jednak na samą czynność wydzielania, Jaworski twierdził, że *antacida* upośledzają peptonizację i mechanizm wydzielania, lecz po zniknięciu środków odkwaszających z żołądka rozpoczyna się jeszcze energiczniejsze wydzielanie soku żołądkowego; natomiast szkoła Pawłowa, Bickel'a i in. przypuszczają, że następuje właściwe upośledzenie własności i wydzielania soku żołądkowego. Z niedawno przeprowadzonych badań Filińskiego nad różnymi środkami odkwaszającymi wynikałoby, że środki takie posiadają zarówno własności zobojętniające treść żołądkową, jak również wpływające na czynność gruczołów żołądkowych: duże dawki środków odkwaszających hamują, a małe pobudzają wydzielanie żołądkowe. Sama przez się więc nasuwa się myśl o stosowaniu leczniczem w nadkwaśności źródeł, które miałyby nietylko chwilowo odkwaszające działanie na samą treść żołądkową, lecz również przy dłuższym stosowaniu na czynność wydzielniczą gruczołów żołąd-

kowych. Na pierwszy więc plan wysuwają się źródła alkaliczne, zwłaszcza zdroj Zuber w Krynicy. Badania nad tym zdrojem są już dość obfite — ważne były badania Tempki z Krakowa, który, sprawdzając wyniki działania Zuber po 3-tygodniowym stosowaniu wody w ilości 200 gr dziennie, rozcieńczonej w równej części wodą o ciepł. 45° u osobników z prawidłową czynnością wydzielniczą, stwierdził różnorodność zachowania się kwasu solnego i ogólnej kwasoty; u osobników ze zmniejszonym wydzielaniem nie znalazł występowania wolnego kwasu solnego i zmniejszania się kwasoty, natomiast w grupie osób ze wzmożoną czynnością wydzielniczą żołądka widział wyniki niejednolite jednak z 9 przypadków w 5 stwierdził spadek ilości wolnego kwasu solnego, natomiast w 7 spadek utajonego kwasu solnego. Na podstawie swych doświadczeń Tempka uważa, że mamy prawo stosować Zuber w przypadkach nadmiernej kwasności żołądkowej, tak samej, jak również w połączeniu z wrzodem trawiennym żołądka.

Kmietowicz w badaniach swych na małym żołądku psa (według metody Haidenhein-Pawłowa) stwierdził obfite wydzielanie śluzu pod wpływem Zuber, co posiada duże praktyczne znaczenie, bowiem i pod wpływem środków odkwaszających chemicznych wydziela się dużo śluzu. Kmietowicz spostrzegał, że po wprowadzeniu Zuber na 3 kwadransie przed jedzeniem zmniejsza się kwasota żołądkowa i siła peptyczna, a w półtoej godziny po jedzeniu — wzmagą się. W doświadczeniach na ludziach, stosując badania wydobywanej co 15 minut (t. zw. cząsteczkowe, frakcyjne wydobywanie) zawartości żołądkowej, Filiński stwierdził, że woda Zuber działa podobnie, jak różne inne środki odkwaszające. Pod względem praktycznym zaleca Filiński, podobnie jak Skórczewski, w nadkwasności, ewentualnie w kwaśnym niezycie żołądka, stosowanie wody ze źródła Zuber w niedużej ilości (100 cm) mało rozcieńczonej w godzinę po jedzeniu.

Pod względem leczniczym podobna do Zuber, który stanowi jedną z najsilniejszych wód sodowych (18‰ sody), jest woda zdrojowa Vichy, dobrze urządzonego zdrojowiska francuskiego, w którym stosują też przemywania żołądka. Jednak czystych szczaw alkalicznych jest u nas mało — więcej już szczaw zimnych alkaliczno — słonych, jak np. źródł „Julji” w Rymanowie (15‰ sody, 5,7‰ soli kuchennej i 5‰ chlorku magnezu), który łącznie z drugim źródłem może być stosowany jako zbliżony chemicznie do Vichy; dalej — Szczawnica, niestety, wykorzystywana niesłusznie prawie wyłącznie jako uzdrowisko dla narządu oddechowego (źródło „Magdalena”). Jak widzimy, i pod

względem leczenia nadkwaśności t. zw. nerwowej nie jesteśmy upośledzeni własnymi wodami, na własnym terenie Rzeczypospolitej możemy się zupełnie dobrze obsłużyć, bez szukania obcych źródeł.

Chodzi tylko o dwie sprawy — z jednej strony, znajomość przez lekarzy zdrojowisk polskich i przychylnie nastawienie do korzystania z nich, a więc zalecania pacjentom, z drugiej zaś jeszcze ważniejszej strony — czynienia przez uzdrowiska, zwłaszcza państwowe wszelkich wysiłków w celu rozpowszechniania swych produktów poza teren samego źródła. Niestety, pod tym ostatnim względem jest jeszcze sporo do życzenia. Dla przykładu, ponieważ jesteśmy tu, w Ciechocinku — przytoczę, że we wskazaniach leczniczych właśnie Ciechocinka, zbyt mało podkreśla się jego znaczenie dla terapii stanów podkwaśności żołądka, że przez przyzwyczajenie, każdy lekarz zaleci Kissingen Rakoczy i wszędzie chory tę wodę mineralną po drogiej cenie otrzyma; jeśli jednak zalecimy solankę ciechocińską do picia, to szereg aptek obejdziemy, zanim dostaniemy wodę ciechocińską, zresztą niezbyt chętnie sprzedawaną przez aptekę. To są duże trudności — i właśnie obowiązkiem Zarządu jest czynić wszelkie wysiłki, aby każdy lekarz w Rzeczypospolitej korzystał w całej rozciągłości z tego, co mu każde polskie zdrojowisko dla dobra pacjenta, jak również dla dobrobytu Rzeczypospolitej dać może.

Prof. Dr. J. ZUBRZYCKI, (Kraków).

PRZYCZYNY I LECZENIE KRWAWIEŃ OKRESÓW PRZEJŚCIOWYCH KOBIETY.

*(Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobięcych Uniw. Jagiell. w Krakowie. —
Dyrektor: Prof. Dr. J. Zubrzycki).*

Zagadnienia, związane z fizjologją życia kobiety, ciekawe już z natury swej dla lekarza - przyrodnika, tem większe wzbudzają zainteresowanie z chwilą tą, kiedy ich prawidłowy przebieg ulega zaburzeniu i kiedy wychodząc z granic fizjologii wkraczają w dziedzinę patologicznych zagadnień. Z tą chwilą — nie zatracając swego charakteru problemu naukowego — przedstawiają dla nas równocześnie doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż wymagają częstokroć wkroczenia w celu bądźto ratowania życia danej jednostki, bądźteż w celu ulżenia jej w cierpieniu.

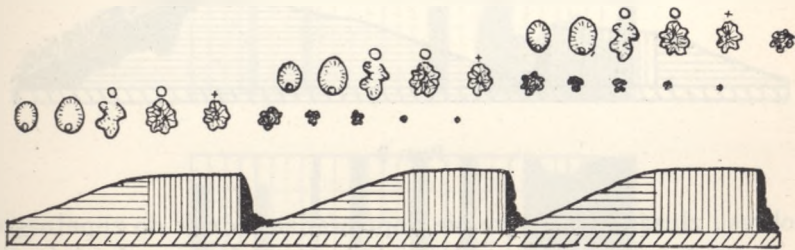
Z dużego działu schorzeń narządów rodnych kobiety, objawiających się krwawieniami z macicy, chciałbym w dzisiejszym wykładzie zaznajomić Państwa pokrótce ze schorzeniem, z którym spotykamy się najczęściej w okresach przejściowych życia kobiety, a mianowicie w okresie pokwitania i przekwitania. Będę mówił o tej postaci krwawień okresów przejściowych, którą określamy nazwą albo metropathia haemorrhagica, albo terminem hypertrophia endometrii ovarialis, lub wreszcie ovarioathia haemorrhagica, względnie disootokia haemorrhagica. Jest to cierpienie, które cechuje się, pod względem anatomicznym, przerostem błony śluzowej trzonu macicy, skąd inna jego nazwa hyperplasia endometrii glandularis. Dawniej sprawa ta była uważana za sprawę zapalną, skąd i jej pierwotne określenie endometritis glandularis. Obecnie nie ulega dla nas żadnej wątpliwości, że schorzenie to nie ma podłoża zapalnego. Stwierdziły to głównie badania *Hitschmana*, *Adlera* i *Schrödera*. Obraz drobnowidowy strzępków ślu-

zówki, uzyskany w tych wypadkach z wnętrza macicy nie wykazuje bezwarunkowo żadnych cech stanu zapalnego, a sama sprawa chorobowa, jak to wykazali Schröder, Robert Mayer i inni, spowodowana jest nieprawidłową czynnością wydzielniczą jajnika, która najczęściej ulega zaburzeniu, właśnie w okresie pokwitania i przekwitania. Ta nieprawidłowość w czynności wydzielniczej jajnika powoduje także i nieprawidłowe zachowanie się błony śluzowej trzonu, wywołując w niej nieprawidłowy obraz anatomiczny. Pod względem zaś klinicznym cechuje się uporczywymi, nieregularnymi, długotrwałymi i bardzo obfitymi krwawieniami, które zazwyczaj kierują chorą do lekarza.

Krwawienia te mają więc tylko pośrednią przyczynę w macicy, względnie w jej błonie śluzowej. Właściwego ich źródła dopatrywać się należy w jajniku i to w jego najważniejszej czynności fizjologicznej, a mianowicie w czynności jajczkowania, która ulega zaburzeniu i powoduje równocześnie zachwianie poziomu fizjologicznych wahań hormonu rujowego i okresowości pojawienia się hormonu ciała żółtego w ustroju. Pęcherzyk dojrzewający nie pęka (folliculus persistens), jajo rozwijające się w nim obumiera. Pęcherzyk produkuje w dalszym ciągu hormon rujowy, lub co zaznaczam, jako rzecz hypotetyczną, może hormon nieodpowiadający składem chemicznym prawidłowemu hormonowi. Przychodzi przez to do nadmiernego przerostu błony śluzowej, która nie zmieniając swego charakteru okresu wzrostowego, nadmiernie grubieje. Nie wytwarza się ciało żółte, wobec tego nie zjawia się w ustroju hormon ciała żółtego, pod wpływem którego śluzówka trzonu powinna była przejść w okres czynnościowy wydzielniczy. Skutkiem tych zaburzeń hormonalnych warstwa czynna błony śluzowej trzonu nie ulega oddzieleniu od warstwy podstawowej i nie zostaje wydzielona nazewnątrż, a to dlatego, bo tylko warstwa czynna błony śluzowej trzonu posiadająca w całej pełni cechy okresu wydzielniczego, może ulegać fizjologicznemu złuszczeniu i to w związku prawie z zupełnym zniknięciem z ustroju hormonu ciała żółtego, oraz obniżeniem zwierciadła hormonu rujowego. W naszych wypadkach tych właśnie czynności brak. Natomiast może wzrastać i dojrzewać nowy pęcherzyk, który produkuje znowu zwiększoną ilość hormonu rujowego, lub hormon o odmiennym składzie, niż fizjologiczny hormon rujowy. Znowu obumiera jajo i znowu nie wytwarza się ciało żółte, albo wytwarza się nieprawidłowe. Proces ten może powtarzać się kilkakrotnie, a w związku z tem błona śluzowa przybiera typowy obraz drobnowidowy, pozwalający na rozpoznanie omawianej sprawy chorobowej. Trudno określić czas, jaki potrzebny jest do powstania nadmiernego przerostu błony śluzowej, jak

i trudno jest określić, jaka ilość pęcherzyków musi dojrzeć, by ten przerost doszedł do skutku. Niektórzy są zdania, że już nawet jeden pęcherzyk, wykazujący omawianą nieprawidłowość może się stać przyczyną nadmiernego zgrubienia śluzówki trzonu i powstania w niej zmian anatomicznych, charakterystycznych dla tej jednostki chorobowej.

W pewnym momencie schorzenia przychodzi do krwawienia z wnętrza macicy, które trwa tak długo, aż ustanie bodziec powodujący przerost błony śluzowej z jednej strony, a z drugiej strony, aż cała patologicznie zmieniona warstwa czynna śluzówki trzonu zostanie wydzielona nazewnątrz. Bodziec zaś ustanie wtedy, jeżeli przestaną się wytwarzać nieprawidłowe pęcherzyki Graffa, lub jeśli wytworzy się prawidłowo czynne ciało żółte. Wytworzenie się nieprawidłowo czynnego ciała żółtego nie powoduje ustania krwawienia. Nie możemy jednak określić ani czasu wystąpienia, ani czasu trwania, ani wreszcie nawet nasilenia krwawienia. Jest to względne i zależne od danego przy-



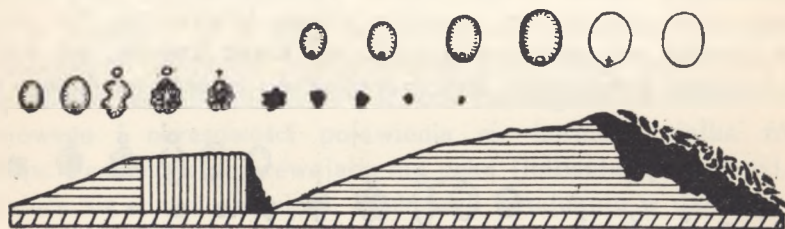
Rys 1

padku, oraz warunkowane tyłoma bliżej nam jeszcze nieznanymi czynnikami, że niemożliwe jest oznaczenie czasu pojawienia się któregośkolwiek z wymienionych objawów chorobowych. Nie można także przewidzieć, czy krwawienie chociażby chwilowo opanowane, nie powtórzy się więcej, a o ile się powtórzy, to kiedy, czy przed, czy w czasie, czy też po okresie mającej wystąpić najbliższej miesiączki, oraz ile razy wogóle jeszcze powtórzyć się może.

Załączone schematyczne ryciny ilustrują równoczesność okresowych zmian w jajniku i śluzówce trzonu, wśród fizjologicznych warunków (ryc. 1) i w metropathia haemorrhagica (ryc. 2); skośnie kreskowana przestrzeń odpowiada warstwie podstawowej śluzówki trzonu. Warstwa ta nie ulega przemianie okresowej, w przeciwstawieniu do warstwy czynnej, w której spostrzegamy okresowe przemiany w postaci okresu przerostowego (poziome kreskowanie), okresu wydzielniczego (pionowe kreskowanie) i okresu złuszczenia, któremu towarzyszy

krwawienie (czarno zaznaczone przestrzenie). Na rycinach widzimy także przemiany okresowe w pęcherzyku Graffa, a następnie w ciałku żółtem odpowiadające okresowym przemianom w śluzówce trzonu.

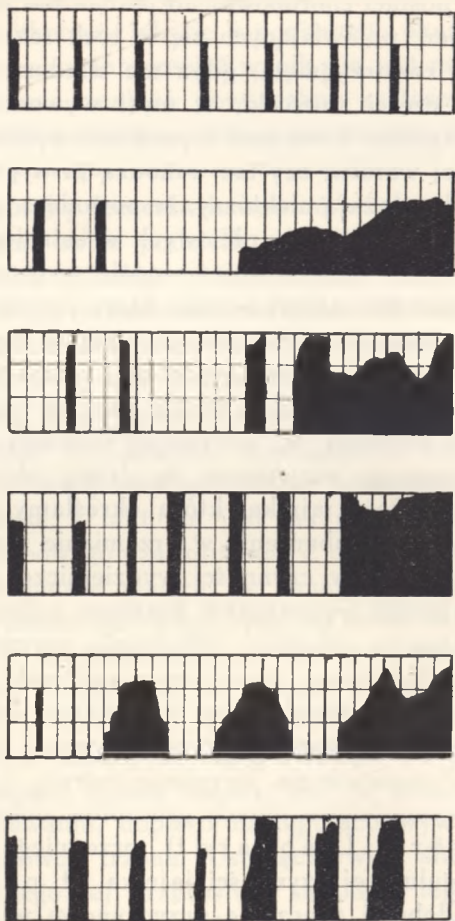
Porównyując ze sobą obie powyższe ryciny zauważyć musimy w nich pewne różnice, polegające na tem, że w rycinie drugiej, w której przedstawiono schematycznie okresowe przemiany warstwy czynnej śluzówki i okresowe zmiany w jajniku, brak pewnych faz, których obecność stwierdzamy w rycinie pierwszej, przedstawiającej okresowe zmiany w śluzówce trzonu i jajnikach wśród fizjologicznych warunków. A mianowicie, brak okresu wydzielniczego w warstwie czynnej śluzówki, oraz brak przemiany pęcherzyka w ciałko żółte. Natomiast widzimy przedłu-



Rys. 2

żenie okresu złuszczenia, które nie doprowadza jednak do zupełnego zniszczenia warstwy czynnej, znajdującej się nie w fazie wydzielniczej, jak to bywa fizjologicznie, lecz w fazie wzrostowej. Tym to nieprawidłowościom przypisać należy, że i objaw krwawienia, towarzyszący złuszczeniu warstwy czynnej śluzówki przedstawia się pod względem klinicznym odmiennie od obrazu krwawienia, spotykanego w warunkach fizjologicznych. Na rycinie 3 przedstawiłem, dla porównania, w rysunku pierwszym krwawienie prawidłowe miesięczkowe, z jakim spotykamy się w fizjologicznych warunkach złuszczenia warstwy czynnej śluzówki. Na rysunkach dalszych rozmaite postacie klinicznych obrazów krwawień, jakie towarzyszą nieprawidłowemu złuszczeniu się warstwy czynnej śluzówki w krwawieniach, mających swoje źródło w zaburzeniach jajeczkowania. Przedstawione rodzaje krwawień nie wyczerpują różnorodności obrazów klinicznych krwawień, z jakimi spotykamy się w omawianem rodzaju schorzenia. Różnorodność ich bowiem jest bardzo wielka. Na przytoczonych rysunkach 2, 3, 4, 5, 6, wyjętych z pracy Sch r ö d e r a, uwidocznilem tylko najtypowsze postacie krwawień okresów przejściowych.

Po tych uwagach łatwo zrozumiemy, że i obraz drobnowidowy śluzówki trzonu, pochodzącej z okresu krwawień omawianego schorzenia, przedstawiać się musi odmiennie od obrazu śluzówki trzonu ulegającej prawidłowemu złuszczeniu w czasie miesiączki. Jest on wogóle dosyć charakterystyczny dla tego cierpienia. W strzępkach śluzówki uzyska-



Rys 3.

nych z okresu krwawień, mających swoje źródło w zaburzeniach jajczkowania znajdujemy typowy obraz dla okresu przerostowego i to w okresie silnego wzrostu obok rozpadłych miejsc martwiczych i wylewów krwawych. Powoduje to niejednostajność obrazu, który tak w szczegółach, jak i w całości nie odpowiada prawidłowemu obrazowi okresu

przerostowego warstwy czynnej śluzówki trzonu i nie odpowiada też i obrazowi śluzówki miesiączkującej, wykazującej cechy okresu wydzielniczego i bezwzględnie we wszystkich swoich częściach odpowiadającej jednemu i temu samemu okresowi zmian wstecznych.

Jakkolwiek bądź znany nam jest przebieg kliniczny i obraz anatomiczny omawianej postaci chorobowej, to jednak nie znamy źródła przyczynowości krwawień, pojawiających się w tych razach. Dotąd bowiem sprawa ta nie jest rozstrzygnięta, gdyż nie wiadomo czy powoduje je obumarcie pewnej części śluzówki, w myśl wywodów Schrödera które staje się zaczątkiem krwawień i punktem wyjścia dla niezupełnego odklejenia się jej warstw, czy też wchodzi tu w grę inne przyczyny. W ostatnich czasach uważają niektórzy, że powodem tych krwawień, jest zachwianie równowagi hormonów płciowych w ustroju. Tak samo z drugiej strony nie możemy sobie również wogóle wytłumaczyć przyczynowości opisanych zaburzeń jajczkowania, które powodują omawiany rodzaj schorzenia, pomimo to, że istnieje cały szereg zapatrywań i teoryj dotyczących tej sprawy. Najprawdopodobniej rozmaite czynniki i schorzenia będą tutaj odgrywały rolę. Wedle naszych ostatnich badań nie jest wykluczone, że czynniki te, wpływając niekorzystnie na równowagę układu wegetatywnego nerwowego, tą drogą oddziaływać będą na tę najważniejszą czynność jajnika, którą określamy mianem jajczkowania, powodując czy to zaburzenia w przemianie pęcherzyka w ciało żółte, czy też zaburzenia w czynności wydzielniczej dokrewnej w postaci zadługo trwającego wytwarzania hormonu rujowego, lub też hormonu o nieprawidłowym składzie. Schorzenia narządów rodnych, jak zmiany zapalne, niedorozwoje, zmniejszona czynność wydzielnicza jajnika, spowodowana albo wrodzonymi czynnikami konstytucjonalnymi albo przejściowymi niedomaganiem czynnościowymi, związanymi z okresami dojrzewania i przekwitania, cierpienia ustroju o charakterze ogólnym, zaburzenia czynnościowe innych gruczołów dokrewnych, jak: tarczycy (Gyllesvörd, Liebhardt) przedniego płata przysadki mózgowej, jako regulującej czynności jajnika i t. p., oto sprawy, które mają najprawdopodobniej znaczenie przyczynowe w omawianem schorzeniu. Możliwe jest jednak także przypuszczenie, że ten rodzaj nieprawidłowości w jajczkowaniu powoduje zaburzenia, które są wywołane zachwianiem wzajemnego fizjologicznego oddziaływania na siebie hormonów jajnika i hormonów płciowych przysadki, jako czynności zapewniającej równowagę w ich okresowym pojawianiu się.

Po tych teoretycznych wywodach przejdę do omówienia niemniej zajmującej nas sprawy, a mianowicie sprawy leczenia krwawień, ma-

jących swoje źródło w opisywanym rodzaju schorzenia, a występujących najczęściej w okresie pokwitania i przekwitania kobiety. Z ostatniego ustępu wynika, że najracjonalniejszym byłoby odkrycie zasadniczej przyczyny, powodującej zaburzenia jajeczkowania i odpowiednie jej zwalczanie. Nie w każdym atoli przypadku da się to przeprowadzić, a nawet śmiało rzec można, że w przeważnej liczbie przypadków nie da się to skutecznie i chociaż, jak się z poniższego okaże, usiłowania nase dążą w tym kierunku, to przecież wynik nie jest na tyle zadawalniający, ażeby mogły one znaleźć powszechne zastosowanie w każdym przypadku. Z tych też względów uciekać się musimy wielokrotnie li tylko do leczenia objawowego i niem się zadawałniać.

Zasadnicze sposoby leczenia krwawień w okresach przejściowych życia kobiety możemy sobie podzielić na bardziej radykalne i zachowawcze. Pozwolę sobie pokrótce je zanalizować w pewnych określonych przypadkach. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jednym z najstarszych sposobów leczenia krwawień okresów przejściowych i do dziś powszechnie będącym w użyciu jest wyłyżeczkowanie wnętrza macicy. Logiczną przesłanką, która uzasadnia nawet kilkakrotne jego zastosowanie, to świadomość, że usunięcie patologicznie zmienionych warstw czynnej śluzówki trzonu powoduje ustanie krwawienia. Dowodzi tego spostrzeżenie kliniczne, a fakt ten jest tak powszechnie znany, że nie potrzebuje chyba liczbowego uzasadnienia. Z drugiej jednak strony to samo spostrzeżenie kliniczne poucza, że usunięcie tejże błony śluzowej przeciwdziała krwawieniu zazwyczaj tylko na krótki okres czasu. Częstość już następne z rzędu krwawienie nosi ponownie cechy gwałtownych i uporczywych krwotoków, co zmusza nas do ponownego wyłyżeczkowania. Łatwo to zrozumieć, jeżeli weźmiemy pod rozważę, to, że krwawienia, o których mowa, nie mają swojego przyczynowego źródła w samej błonie śluzowej trzonu macicy, lecz że spowodowane są zaburzeniami w jajeczkowaniu, dopiero następująco wywołującymi zmiany patologiczne w śluzówce trzonu. Usunięcie więc śluzówki nie usuwa przyczyny nadmiernego jej przerostu i skutkiem tego w pewien czas po jej usunięciu pod wpływem istniejących, lub tworzących się nieprawidłowych pęcherzyków znowu zpowrotem dochodzi do tego przerostu. Niemniej jednak nie można odmówić wyłyżeczkowaniu wnętrza macicy w tych razach doniosłego znaczenia. Szczególnie w tych wypadkach w których czy to skutkiem nasilenia, czy długotrwałości krwawień przyszło już do powstania znacznej niedokrwistości. Wyłyżeczkowanie, jako środek doraźnie chociaż przejściowo działający, pozwala na uzyskanie odpowiedniego przeciągu czasu, umożliwiającego zastosowanie racjo-

nalniejszego i odpowiedniejszego sposobu leczenia, chroniąc chorą przed możliwością skrwawienia się skutkiem dalej trwającego krwotoku. Zastosowane poza tem w wypadkach wątpliwych pod względem rozpoznawczym, ułatwia rozstrzygnięcie natury schorzenia. Z tych też względów należy stosować wyłyżeczkowanie w odpowiednich przypadkach, szczególnie w okresie przekwitania, w którym doprowadza nawet czasami do wyleczenia. Nie należy zaniedbywać badania drobnowidowego wydobytych strzępków śluzówki. Rzadko zachodzi konieczność zastosowania wyłyżeczkowania w okresie pokwitania. Bardzo daleko posunięta niedokrwiłość przy istniejącem równocześnie krwawieniu jest wtedy zazwyczaj wskazaniem do niego.

Drugim ze sposobów czynnego postępowania w wypadkach krwawień spowodowanych nieprawidłowem jajeczkowaniem są zabiegi dążące do zadziałania na błonę śluzową trzonu macicy drogą operacyjną, dokonywanych na jajniku. Zabiegi te polegają na częściowem klinowo przeprowadzonym wycięciu schorzałych części jajnika. Szczególniej chętnie stosowano je w okresie pokwitania, lecz wyniki nie były zadowalające. Przyczyny zaś tego dopatrywać się należy w tem, że pozostawiona część jajnika zachowywała się pod względem czynnościowym dalej tak samo, jak pierwotnie cały jajnik. Można w niej było zauważyć to samo nieprawidłowe wzrastanie i zachowanie się pęcherzyków, co w następstwie powodowało przerost śluzówki trzonu i krwawienia. W niektórych wypadkach zabieg na krótki okres czasu pomógł, lecz w większości nie odnosił żadnego skutku. Z tych też względów wobec dzisiejszego stanu nauki należy go zupełnie zaniechać. W okresie przekwitania możnaby ewentualnie u starszej kobiety dokonać wytrzebień operacyjnego, lecz wobec możliwości wytrzebień roentgenicznych, jako nieprzedstawiającego żadnych niebezpieczeństw i ten zabieg zaliczyć należy raczej do historii. Tak samo nadpochwowe odcięcia macicy lub jej całkowitego wycięcia drogą pochwową, albo brzusznią z pozostawieniem jajników w przypadkach zajmujących nas krwawień należy, zdaniem mojem, wobec znanych nowoczesnych środków leczniczych albo całkiem zaniechać lub ograniczyć do naprawdę wyjątkowych przypadków.

Ze sposobów zachowawczego postępowania w krwawieniach z macicy powstałych na tle jajeczkowania, wymienić muszę na pierwszym miejscu znane środki farmakologiczne, które od dawna w tym celu stosujemy aż po dzień dzisiejszy. Prototypem ich są przetwory sporyszu i gorzknika kanadyjskiego, lub tym podobnie działające. Dobre wyniki uzyskiwaliśmy ostatnio stosując z nowszych środków „Sistomensinę”

(Ciba), „Luteolipoid“, (Richter), oraz wielogruzołowy preparat wyrabiany pod nazwą „Haemostopu“ (Richter), którego najważniejszym składnikiem są pewne frakcje wyciągu z ciała żółtego. Ten ostatni stosujemy domięśniowo lub dożylnie tem chętniej, że działanie jego nie ogranicza się tylko do macicy i jajnika, lecz rozciąga się i na inne gruczoły dokrewne. Z doraźnie działających wymienić należy wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej, który najchętniej podajemy wprost do mięśnia szyjki macicy, wtedy bowiem działa on najenergiczniej. Równocześnie nie zaniedbujemy także stosowania nowoczesnych środków, zwiększających krzepliwość krwi i przez to wpływających na zmniejszenie nasilenia krwawienia w postaci naprzykład dożylnych zastrzyków wapna, lub domięśniowych „Coagulenu“ (Ciba). W wypadkach znacznej niedokrwistości doskonale wyniki widzujemy po przetoczeniu krwi w ilości do 500 ccm. Przetoczona krew zwalcza nietylko niedokrwistość, lecz zmniejsza i krwawienie w związku ze wzmożeniem krzepliwości krwi chorej. Wszystkie jednak te środki, działają co najwyżej doraźnie, lecz na dłuższy przeciąg czasu nie odnoszą skutku i nie przeciwdziałają powtarzaniu się krwawień; tak samo zresztą jak z mechanicznych, tamponada pochwy, przyżeganie jamy macicy kwasem karbolowym, 50%-wą formaliną, 10 — 20%-wym roztworem azotanu srebra, lub nalewką jodową. Środki te bowiem, jak i wspomniane powyżej zabiegi chirurgiczne nie usuwają przyczyny, ani nie działają na źródło schorzenia.

W miarę poznawania momentów etjologicznych, wchodzących w grę w tych rodzajach krwawień, w miarę postępu badań anatomicznych, przeprowadzonych w tym kierunku w związku z równoczesnym rozwojem organoterapii, starano się leczyć omawiane schorzenie także i przy pomocy wyciągów z różnych gruczołów dokrewnych. Stosowanie ciała żółtego w postaciach, będących w handlu (kołaczyków i wyciągów), przez wielu polecane, wedle doświadczenia mojej Kliniki, nie odnosi skutku. Lecnicze natomiast działanie hormonu ciała żółtego będzie można dopiero wtedy należycie krytycznie ocenić, kiedy uzyskanie tego hormonu w celach leczniczych da się praktycznie przeprowadzić. Obecnie bowiem w dzisiejszej technice otrzymywania hormonu ciała żółtego — pomijając już kolosalny nakład pracy — można praktycznie dopiero z 300 do 400 zabitych świń uzyskać zaledwo 35 jednostek króliczych hormonu ciała żółtego. Niemniej jednak zapoczątkowane narazie badania na tem polu (Cl a u b e r g, K a u f m a n n, B i c k l) zdają się rokować w przyszłości temu właśnie sposobowi leczenia szersze zastosowanie w omawianym rodzaju schorzenia, jako jednemu z tych, który

znajduje uzasadnienie w teoretycznych podstawach przyczynowości krwawień, mających swoje źródło w zajmujących nas zaburzeniach jajczkowania. Cl a u b e r g poleca dawać hormon ciała żółtego w tych przypadkach domięśniowo przez kilka dni z rzędu w ilościach około dwudziestu jednostek króliczych dziennie w sumie nie przekraczając ogółem stu jednostek. Jest to jednak też leczenie działające tylko przejściowo, które należy powtarzać właściwie co miesiąc, chcąc uzyskać i utrzymać stale dobry stan zdrowia chorej i prawidłowy obraz miesiączkowania. Działanie lecznicze bowiem hormonu ciała żółtego w omawianym schorzeniu należy tłumaczyć tem, że pod jego wpływem błona śluzowa trzonu macicy, znajdująca się nieprawidłowo w okresie wzrostowym, przechodzi w okres wydzielniczy, a z chwilą zaprzestania podawania hormonu ciała żółtego ulega już, jako taka, prawidłowemu złuszczeniu. Mechanizm zaś i przebieg tego złuszczenia jest taki sam, z jakim spotykamy się w czasie miesiączki. Dowodzą tego niezbiecie badania histologiczne strzępków błony śluzowej, uzyskanych w różnych okresach samego leczenia. (Cl a u b e r g). Jednym słowem przez podawanie hormonu ciała żółtego dążymy do odtworzenia prawidłowego obrazu przemian miesięczkowych w błonie śluzowej trzonu macicy, wychodząc z założenia, że zachwianie go jest przyczyną krwawień i wywołane jest brakiem tego hormonu. Pamiętać należy o tem, że w ten sposób nie dążymy do usunięcia właściwej przyczyny całego schorzenia powodującej zaburzenia jajczkowania. Z innych rodzajów hormonów stosowano w rozpatrywanych rodzajach krwawień hormony płciowe przedniego płata przysadki mózgowej. Podawanie ich jednak, przynajmniej w postaci preparatów dotychczas w handlu znanych i w dotychczas używanych dawkach, nie dało jednolitych i należytych wyników. Teoretycznie rzecz biorąc, podawanie hormonu luteinizującego przedniego płata przysadki mózgowej, czyli tak zwanego prolanu „B” znajduje w zupełności uzasadnienie i z tychto względów poleca Schröder w tych razach wstrzykiwanie krwi ciężarnych, jako zawierającej hormon luteinizujący, w celu opanowania schorzenia. Wspomnieć należy i o tem, że zauważone u pewnej grupy kobiet, cierpiących na krwawienia związane z zaburzeniem jajczkowania, zachwianie czynności wydzielniczej gruczołu tarczycowego (Gall, Liebhardt) nasunęło myśl leczenia omawianego schorzenia za pomocą postępowania doprowadzającego do unormowania czynności tarczycy i do uzyskania prawidłowej przemiany podstawowej. Zanotowane w pewnych wypadkach korzystne wyniki zachęcają do dalszych prób w tym kierunku.

Nieco z innego punktu ujmując sprawę, przeprowadziliśmy w na-

szej Klinice badania, dotyczące leczenia omawianego schorzenia. Badania te nie są jeszcze ukończone. Niemniej jednak wyniki ich są tak zachęcające, iż uważam sobie za obowiązek poinformować o nich. Obejmują one przypadki uporczywych krwawień narządów rodnych, spowodowanych zajmującymi nas przyczynami tylko u osób młodych, przeważnie w okresie pokwitania, lub u osób młodych w późniejszym okresie czasu ich życia, jednak jeszcze nie znajdujących się w okresie przekwitania.

Punktem wyjścia dla tych badań było wielokrotne stwierdzenie faktu zależności czynności gruczołów dokrewnych, jak i wszystkich innych, i to tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym, od nastrojenia nerwowego układu wegetatywnego danego osobnika. Zasada ta dotyczyć musi także i jajnika, jako gruczołu dokrewnego i rozrodczego. Z tego wynika, że i jego czynność polegająca z jednej strony na jajczkowaniu, a z drugiej strony na wydzielaniu hormonu rujowego i hormonu ciała żółtego, które to czynności są ściśle ze sobą związane, musi pozostawać w związku z nastrojeniem wegetatywnego układu nerwowego. Wobec tego przyjąć należy, że wszelkie przestrojenie tego układu powodować powinno zaburzenia w jajczkowaniu, a w następstwie tego zachwianie równowagi zwierciadła hormonów jajnikowych w ustroju. To zaś pociągać musi za sobą nieprawidłową przemianę warstw powierzchniowych śluzówki trzonu, a co za tem idzie nieprawidłowości w zachowaniu się krwawień miesięcznych. Krwawienia bowiem występujące z macicy, nie spowodowane czynnikami etjologicznymi, nowotworowymi, lub zapalnymi, są warunkowe i powodowane nieprawidłowością w okresowych przemianach śluzówki trzonu. Opierając się na tych teoretycznych wywodach staraliśmy się wpłynąć przez przestrojenie nerwowego układu wegetatywnego na przebieg czynności jajczkowania, a temsamem na zachowanie się poziomu hormonów jajnikowych w ustroju, by tą drogą zadziałać na błonę śluzową trzonu i regulując czynność jajczkowania, uregulować także i krwawienia okresów przejściowych. Jak więc z powyższego widać teoretyczne rozumowania stanowiły podstawę naszych badań.

Spostrzeżenie chorych, cierpiących na omawiany rodzaj krwawień, i to głównie kobiet młodych, będących w okresie pokwitania, a w każdym razie nie w okresie przekwitania, pouczyło nas, że ustrój ich wykazuje, jak to zresztą również stwierdził H i r s c h-H o f f m a n n, bardzo znaczne zachwianie równowagi nerwowego systemu wegetatywnego. W badaniach naszych posługiwaliśmy się powszechnie znanymi odczynami, których zapoczątkowanie zawdzięczamy E p p i n g e r o w i

i Hessowi. Mam tu na myśli próbę adrenalinową, pilokarpinową, atropinową, odczyn oczny Levy'ego, objaw Aschnera, i tem podobne. Na podstawie tych prób i objawów możemy do pewnego stopnia w przeważnej liczbie przypadków wysnuć wnioski, dotyczące zdolności reaktywnych i stanu napięcia obu części układu nerwowego wegetatywnego, a więc sympatycznego, i parasympatycznego, czyli błędnego. Rzecz jasna, że o ścisłym rozgraniczeniu obu tych układów w pierwotnym pojęciu Eppingera i Hessa, jak wiemy dzisiaj, już nie można myśleć i z tych też względów w badaniach naszych nie dążyliśmy zupełnie do tego. Doświadczenia nasze pozwalają na wyrażenie przypuszczenia, że u większości kobiet młodych, cierpiących w okresie pokwitania na ciężkie postaci krwawień omawianego rodzaju, można wykazać nadwrażliwość parasympatycznej części układu nerwowego wegetatywnego. Pomimo, że to spostrzeżenie pokrywa się w zupełności ze spostrzeżeniem Hirsch-Hoffmanna wymaga jednak zdaniem naszym bezwzględnie jeszcze potwierdzenia na większej liczbie przypadków. Nie można bowiem wykluczyć stanowczo także i możliwości zachwiania równowagi układu systemu wegetatywnego nerwowego w odwrotnym kierunku, a więc w kierunku układu sympatycznego, zwłaszcza, że jeden z przydków spostrzeganych przez Hirsch-Hoffmanna, oraz pewne spostrzeżenia naszej kliniki zdawałyby się za tem przemawiać.

Z powyższego widać, i to nie ulega zdaniem naszym najprawdopodobniej żadnej wątpliwości, że w wypadkach omawianych schorzeń odgrywa dużą rolę układ wegetatywny i jego przestrojenie tak w jednym, jak i w drugim kierunku. Spostrzeżenia kliniczne też zdają się za tem przemawiać. Dość wspomnieć o korzystnym wpływie adrenaliny w niektórych przypadkach krwawień okresów przejściowych, zaobserwowanym przez Stöckla. Idąc po tej linii rozumowania w wypadkach krwawień okresu dojrzewania, połączonych nadwrażliwością parasympatycznych części układu wegetatywnego nerwowego, staraliśmy się nań zadziałać za przykładem Langa, Vogta i Hirsch-Hoffmanna przez długotrwałe podawanie przetworu zbliżonego swoim działaniem do adrenaliny, a mianowicie ephetoniny, która w małych dawkach, jak wiadomo, w pewnych przypadkach przywraca równowagę układu wegetatywnego, wyrównując tem samym poziom stanu napięcia obu części układu. Korzystne jej działanie stwierdzono w essencjonalnej dysmenorrhoei, którą uważamy za skutek podrażnienia parasympatycznego systemu nerwowego. Podawaliśmy ephetoninę przez dłuższy przeciąg czasu w małych dawkach w postaci kołaczyków, zaczynając 0,025 trzy razy dziennie, zwiększając szybko dawkę do 0,05 cztery razy dziennie

Zwiększenie lub zmniejszenie dawki uzależnialiśmy od występowania nieprzyjemnych dla chorej objawów. Hirsch - Hoffmann zwraca uwagę na to, że tylko te chore znoszą ephetoninę bez znaczniejszych dolegliwości, u których znajdujemy nadwrażliwość nerwu błędnego i tylko u takich zdaniem naszym można ją przez dłuższy przeciąg czasu podawać. Zamiast ephetoniny można stosować także z krajowych przetworów „ephedrosan“ działający w ogólnych zarysach podobnie, jak ta ostatnia. Wyniki, jakie otrzymywaliśmy w szeregu przypadków tym sposobem leczenia były tak zachęcające, że dzisiaj uważamy go w pewnych przynajmniej razach za godny polecenia. Zwracam jednak uwagę, że działanie lecznicze ostatnio wspomnianych środków trwa rzecz jasna tak długo, jak długo utrzymuje się spowodowane nimi wyrównanie nadwrażliwości systemu nerwowego wegetatywnego. Jest więc przemijające. Skutkiem tego jest wskazane okresowe stosowanie jego w miarę potrzeby.

Zajmując się sprawą krwawień okresów przejściowych zwróciliśmy uwagę w badaniach naszych także i w innym kierunku. A mianowicie doświadczenia naszej Kliniki pouczyły nas, co zresztą znajduje potwierdzenie i w całym szeregu prac ogłoszonych i z innych Zakładów (Heinemann), że korzystny wpływ na przebieg krwawień powodowanych zaburzeniem jajczkowym wywiera w niektórych wypadkach także parenteralne podawanie hormonu rujowego. Hormon ten podawaliśmy domięśniowo przez dłuższy okres czasu w dużych dawkach, bo od 1000 do 3000 jednostek mysich dziennie, lub dożylnie w roztynie wodnym przez krótki okres czasu w ilości od 100 do 500 jednostek mysich dziennie w odstępach kilkodniowych. Używaliśmy do tego celu Glandofoliny Richtera, Gynestrylu Roussella i Menformonu wyrobu Organon. Działanie zastrzyków domięśniowych było mniej doraźne i częściej zawodziło. Działanie zastrzyków dożylnych ujawniło się bardzo szybko i częściej odniosło skutek. Z tychto względów dożylnie stosowanie hormonu ograniczyliśmy do kilku zastrzyków. Doświadczenie kliniczne pouczyło nas bowiem, że o ile po nich nie wystąpił zaraz doraźny wynik w postaci zatrzymania krwawienia, to dalsze zastrzyki okazywały się bezcelowe. Inaczej przedstawiała się sprawa w zastrzykach domięśniowych, w których wynik korzystny warunkowało częstokroć długotrwałe stosowanie. Nadmienić należy, że działanie lecznicze hormonu rujowego jest także przejściowe, gdyż nie wyklucza możliwości wystąpienia krwawień w następnych okresach miesięczkowych, lecz, że działa korzystnie, chociaż przemijająco, to nie ulega żadnej wątpliwości. Spostrzegane przez nas korzystne zadziaływanie hormonu rujowego na przebieg krwawień w tych wypadkach podanego z pominięciem prze-

wodu pokarmowego, możnaby wytłumaczyć zmianą zwierciadła hormonalnego w ustroju, spowodowaną silnem uderzeniem hormonalnem i bezpośredniem zadziałaniem wprowadzonego hormonu na czynności wydzielnicze gruczołów dokrewnych. Nie jest wykluczone, a nawet zdaniem naszym jest bardzo prawdopodobne, że rzucający się w oczy doraźny wpływ tego leczniczego postępowania, zwłaszcza po dożylnem podaniu hormonu, jest wywołany zadziałaniem jego na system nerwowy wegetatywny, przez który dopiero działanie hormonu przenieść się może na jajnik i inne gruczoły dokrewne, zmieniając ich wydzielniczą czynność, a tem samem i zwierciadło hormonalne ustroju. Za tem ostatnio wspomnianym mechanizmem działania hormonu rujowego przemawiają badania przeprowadzone między innymi w naszej Klinice przez Nowaka. Z badań tych wynika, że hormon rujowy wpływa normująco na układ wegetatywny nerwowy w kierunku wyrównania nadwrażliwości jego poszczególnych części; tem samem może regulować wszystkie życiowe czynności pozostające pod wpływem tegoż, a więc między innymi i czynność wydzielniczą oraz rozrodczą jajnika. Z tych to względów leczenie omawianych krwawień hormonem rujowym zaliczam w pewnej przynajmniej mierze do sposobów leczenia, działających leczniczo poza innymi także i drogą przestrojenia układu nerwowego wegetatywnego. Wobec tego stwierdzić należy, że hormon rujowy może znaleźć zastosowanie lecznicze w przypadkach krwawień, wynikłych z zaburzeń jajczkowania, między innymi i wtedy jeżeli ustrój danej chorej cechować się będzie zachwianiem równowagi układu nerwowego wegetatywnego. Przypuszczenie to jednak wymaga zaznaczenia, potwierdzenia w dalszych badaniach, które w tym kierunku są przeprowadzone, tembardziej, że niezupełnie pokrywa się z teoretyczną podstawą przyczynowości krwawień okresów przejściowych w którym to schorzeniu mamy do czynienia ze wzmożoną ilością hormonu rujowego w ustroju (S i e b k e). Teoretyczne podstawy leczenia hormonem rujowym omawianych krwawień możnaby wytłumaczyć tylko wtedy, gdybyśmy przyjęli, że albo istnieją przypadki tych krwawień bez zwiększania ilości hormonu rujowego w ustroju, zaczem przemawiają spostrzeżenia i badania S e i t z a oraz niektóre prace z mojej Kliniki albo, że ilość jego pomimo wzmożenia jest za mała, by przywrócić nadmiernie zachwianą równowagę systemu wegetatywnego, lub, że skład hormonu wytwarzanego w patologicznym pęcherzyku Graffa nie odpowiada składowi i budowie znanej krystalicznej postaci hormonu rujowego i ma skutkiem tego odmienne lub słabsze działanie, niż właściwy hormon rujowy. Poza tem nadmienić należy, że podawanie hormonu ru-

jowego przez dłuższy przeciąg czasu może o tyle także wpływać korzystnie na przebieg zajmującego nas schorzenia w okresie dojrzewania płciowego, hormon ten, jak powszechnie wiadomo powoduje przyspieszenie rozrostu i rozwoju narządów rodnych kobiety, a przede wszystkim tych części, które wytwarzają się z przewodów Müllera w szczególności zaś macicy, we wszystkich warstwach jej ściany. Skutkiem tego podawanie jego może wpływać na skrócenie czasu trwania okresu niezupełnego jeszcze rozwoju narządów rodnych, powodując szybsze osiągnięcie granicy dojrzałości płciowej, a tem samem stwarzając szybciej warunki dla prawidłowej ich czynności. Dotyczy to w szczególności, poza innemi, przypadków omawianych krwawień okresu pokwitania, połączonych z niedorozwojem narządów rodnych, o których poniżej pokrótce wspominam.

Opierając się na naszym doświadczeniu klinicznym i na całym szeregu spostrzeganych przypadków dojść musimy do wniosku, że na teoretycznych wywodach oparty sposób leczenia krwawień okresu pokwitania, polegający na przestrojeniu układu nerwowego współczulnego przez podawanie pewnych środków leczniczych może znaleźć praktyczne zastosowanie, dając w dużym odsetku przypadków dobre wyniki. Oczywiście rzecz, że u pewnej liczby chorych nie uzyskamy wyleczenia omawianym sposobem postępowania. Nie mogę także jeszcze dziś poinformować z bezwzględną pewnością jak przedstawiać się będą wyniki lecznicze w wypadkach krwawień okresu pokwitania w tych razach, w których spotykamy się z nadwrażliwością nerwu sympatycznego. Za małą ilość spostrzeganych w tym kierunku przypadków nie pozwala nam na wysnucie wniosków, nie ulegających wątpliwości. Tak samo nie wiadomo, jakie wyniki lecznicze uzyskać będzie można, przestrając układ nerwowy wegetatywny w wypadku omawianego rodzaju krwawień u kobiet starszych w okresie przekwitania, gdyż badania te są dopiero w toku. Niemniej nie ulega już dzisiaj dla nas żadnej wątpliwości, że w tak zwanej metropathia pubertatis lub juvenilis. To znaczy w krwawieniach okresu pokwitania, przynajmniej w tych, w których spotykamy się z nadwrażliwością systemu nerwowego parasympatycznego, podany rodzaj leczenia, polegający na przestrojeniu układu współczulnego należy stosować bezwzględnie. Jest to bowiem schorzenie, którego czas trwania jest ograniczony i dotyczy jednostek młodych, u których jakiegokolwiek bądź radykalniejsze postępowanie mogłoby odbić się niekorzystnie na całym ich życiu. O ile więc posiadamy w ręku środek, przy pomocy którego możemy, przynajmniej w pewnych wypadkach, opanować nadmierne i długotrwałe krwawienia okresu pokwita-

nia, aż do czasu unormowania się prawidłowej czynności jajczkowania, to należy z niego bezwzględnie korzystać zanim przystąpimy do bardziej radykalnych.

Wobec powyżej przytoczonych wywodów i spostrzeżeń należy się spodziewać, że doniosłą rolę w leczeniu krwawień okresów przejściowych, obok środków powyżej podanych, będą odgrywały prawdopodobnie także i wszystkie czynniki, które powodować będą przestrojenie układu współczulnego, normując go i wywierając przez to korzystny wpływ na przebieg omawianego cierpienia. Należy się więc spodziewać, że wchodzące w grę zaburzenia okresów przejściowych życia kobiety ulegną jeśli już nie wyleczeniu, to w każdym razie polepszeniu także pod wpływem leczenia zdrojowiskowo - kąpielowego, polegającego na zastosowaniu naturalnych źródeł leczniczych mineralnych. Rzecz jasna nie w okresie krwawienia, lecz w pauzach pomiędzy krwawieniami. Punktem zaczepnym leczenia kąpielami w tych wypadkach będzie skóra, odbierająca i przenosząca bodźce zewnętrzne, które wywołują najprawdopodobniej przestrojenie ustroju i wpływają tem samym na unormowanie czynności jajczkowania. Wszystkie bowiem zadane skórze bodźce pobudzają jak wiadomo układ wegetatywny i jego czynności, doprowadzają do normy i regulują przejawy życia, a więc muszą między innymi wpływać i na wydzielanie wewnętrzne i tem samym na czynności okresowe jajnika. Że leczenie kąpieliskowo - zdrojowiskowe wywiera wielki wpływ na układ współczulny nerwowy, to już dzisiaj nie ulega najmniejszej wątpliwości. Tak spostrzeżenie odnośnych przypadków, jako też i odpowiednie doświadczenie pouczyły naprzykład, że wszelkie zadziaływanie na skórę zimnych procedur balneologicznych działa tonizująco na układ sympatyczny, zaś wszystkich gorących, tonizująco na układ parasympatyczny. Jeżeli chodzi o działanie rozmaitego rodzaju pełnych kąpeli, to zależnie od swojego składu nie pozostają one również bez wpływu na układ nerwowy współczulny. Przecież wszystkim wiadomo, że kąpiele kwaso - węglowe wzmagają napięcie układu parasympatycznego, tak samo działają wszelkiego rodzaju cieplice naturalne, których wielka ilość jest radjoczynna. Według Vogta solanki w wysokim stopniu uczynniają wegetatywny system nerwowy. Są to może jedne z najenergiczniej działających kąpeli w tym kierunku. Tak samo nie można odmówić tych własności także i kąpielom borowinowym, które, jak to Gutman wykazał, wywierają wielki wpływ na różne wegetatywne czynności ustroju. Dokładne przebadanie nastawienia systemu wegetatywnego nerwowego i ścisła obserwacja chorych w tym kierunku w czasie leczenia, warunkować będą korzystny wynik

lecniczy, a naukowe spostrzeżenie przypadków rozstrzygnie o słuszności rozumowania i wywodów teoretycznych.

Skuteczne oddziaływanie, jakiego należy się spodziewać pod wpływem leczenia kąpieliskowo - zdrojowiskowego na omawiane schorzenie charakteryzujące się dwoma okresami, to znaczy okresem braku krwawień i okresem uporczywych długich krwawień, zastosowane w pierwszej fazie schorzenia odnieść należy nietylko do przestrojenia układu współczulnego. Wchodzić tu będą zapewne w grę i inne czynniki.

Spostrzeżenie kliniczne pouczyło nas, że u wielu kobiet, cierpiących na krwawienia okresów przejściowych, ustrój cechuje się pewną nienormalnością narządów rodnych. Kobiety te, badane w okresie pokwitania wykazują w bardzo wielkim odsetku przypadków typowe cechy niedorozwoju narządów rodnych. Badane zaś w późniejszym życiu lub w okresie przekwitania podają poza tem w wywiadach dane, które pozwalają wnioskować o nieprawidłowej czynności narządów rodnych związanej z niedorozwojem, jak na przykład: niemożność zajścia w ciążę, wielokrotne poronienia, lub przedwczesne porody, mała ilość potomstwa i temu podobne. To spostrzeżenie nasuwa myśl, że wypadki krwawień okresów przejściowych mogą pozostawać do pewnego stopnia w związku z niedorozwojem narządów rodnych, a tem samem i jajników jeżeli już nie anatomicznym, to w każdym razie funkcjonalnym. Wszelkie więc środki lecznicze, które będą w stanie niedorozwój ten narządów rodnych bądźto usunąć, bądźto stopień jego zmniejszyć, bądźżeż czas jego trwania skrócić, muszą tem samem przez to uregulować czynność wydzielniczą jajnika i to tak dobrze rozrodczą jak i hormonalną. W związku z tem muszą wpłynąć korzystnie i na przebieg krwawień okresu dojrzewania. Do środków zaś takich obok już wspomnianego leczenia hormonalnego zaliczyć musimy między innymi leczenie kąpieliskowo - zdrojowiskowe, które rozporządza w tym kierunku odpowiednio zastosowaniami kąpielami, czy to solankowymi, czy też mineralnymi, czy też borowinowymi. Kąpiele te działają na narządy rodne nietylko drogą układu wegetatywnego, lecz także jako czynniki termiczne i drażniące, powodując przekrwienie narządów rodnych, a temsamem przyczyniając się do ich lepszego odżywiania. W związku z tem są w stanie unormować ich fizjologiczne czynności, wpływając równocześnie na ich rozwój anatomiczny. Z tych też względów stosowanie gorących kąpielei półpełnych, lub nasiadowych, mułowych, borowinowych, solankowych i tym podobnych w pierwszej fazie omawianego schorzenia należy bezwzględnie zalecać, szczególnie u jednostek młodych w okresie pokwitania i przedwczesnego przekwitania. Działają one już same przez się

lecz ich wynik leczniczy będzie tem lepszy, o ile zostaną zastosowane w połączeniu z silniej działającymi źródłami termicznymi, jakimi są naprzykład: długotrwałe, gorące przestrzykiwania pochwy, nagrzewania gorącym powietrzem i djatermją przez długie okresy czasu. Kombinacja tych sposobów leczniczych w omawianem schorzeniu jest bezwzględnie polecenia godna, zwłaszcza w połączeniu z innymi rodzajami leczenia wzmiankowanymi w niniejszym wykładzie. Pamiętać jednak należy, że stosować je można tylko w pierwszej fazie schorzenia, to znaczy kiedy objawu krwawienia jeszcze brak, rozpoczynać i kończyć na dłuższy przeciąg czasu przed i po krwawieniu, by utrzymujące się zadługo przekrwienie, wywołane stosowaniem fizykalnych metod nie przyczyniło się niepotrzebnie do zwiększenia krwawienia i aby zadziaływanie ich wypadło na ten właśnie okres przemian w jajniku, które cechują się dojrzewaniem, pękaniem i przemianą pęcherzyka w ciało żółte. Wogóle leczenie fizykalne należy stosować nadzwyczaj ostrożnie, licząc się z możliwością krwotoku. Omawiając przyczynowość korzystnego wpływu leczenia kąpieliskowo - zdrojowiskowego w tem schorzeniu nie wyczerpałbym w zupełności wszystkich momentów, odgrywających w niem rolę, gdybym nie wspomniał o czynnikach ogólnej natury, które powodują wzmocnienie i uodpornienie całego ustroju, a tem samem wpływają korzystnie na przebieg wszystkich spraw chorobowych bez wyjątku u danego osobnika. Są to czynniki powszechnie znane. Nie będę się więc nad nimi rozwodził, a że posiadają niemałe znaczenie, tego dowodzi bezpośrednia obserwacja przypadków.

O ile omawiane sposoby leczenia zachowawczego w krwawieniach okresu pokwitania powinny znaleźć szersze zastosowanie, o tyle w krwawieniach okresu przekwitania zdania co do tego mogą być podzielone. Celowość bowiem takiego leczenia ze względu na późny wiek kobiety nie zawsze może znaleźć w tych wypadkach należyte uzasadnienie. Pomimo, że naukowe podstawy mechanizmu zadziaływania zachowawczych sposobów leczenia i w tak zwanej metropathia climacterica są zupełnie logiczne. Z tych też względów w krwawieniach okresu przekwitania powstałych na tle zaburzeń jajczkowania, uciekać się będziemy tem swobodniej do radykalniejszych sposobów postępowania, niż w wypadkach krwawień okresu pokwitania. Do tych zaś bardziej radykalnych sposobów leczenia zaliczam leczenie promieniami Roentgena i radu.

Najprościej kształtuje się sprawa leczenia krwawień wynikłych z zaburzeń w jajczkowaniu u kobiet starszych w okresie klimakterycznym, bo o ile nie odnoszą skutku bardziej zachowawcze sposoby leczenia lub wyłyżeczkowanie, to wtedy w 100% przypadków otrzymamy

korzystny wynik przez kastrację dokonaną promieniami Roentgena i radu. Stosujemy ją zaś tem chętniej w tych przypadkach, ponieważ obawa występowania ciężkich objawów wypadowych w okresie zanikania czynności wydzielniczej jajnika jest stosunkowo mała. Ustrój bowiem łatwo dostosowuje się już w tych latach do tego i tak wkrótce mającego nastąpić fizjologicznie zjawiska. Nadmienić jednak należy, że zanim przystąpimy do wytrzebienia energią promienną w okresie klimakterycznym, nie należy bezwzględnie zaniechać wyłyżeczkania i to z jednej strony dla tego, ażeby wykluczyć możliwość istnienia schorzenia nowotworowego, a z drugiej dla tego, że w okresie przekwitania występująca metropathia ovarialis leczy się częstokroć już samem wyłyżeczkowaniem. Pozostaje to w związku z tem, że u kobiet starszych błona śluzowa trzonu słabo oddziałuje na bodźce jajnikowego pochodzenia i odnowa jej następuje powoli. Po wyłyżeczkowaniu więc krwotoki mogą się wogóle już nie powtórzyć, a nawet mogą ustać krwawienia miesięczne, o ile skończy się czynność wydzielnicza jajnika. Dla tego też radzą niektórzy po wyłyżeczkowaniu odczekać i uzależnić wytrzebienie energią promienną od przebiegu następnych krwawień zwłaszcza u kobiet z niedaleko posuniętą niedokrwistością. W wypadkach niedających się opanować krwawień nawet wyłyżeczkowaniem, zalecić należy raczej zastosowanie domaciczne radu, niż naświetlania promieniami Roentgena z wyjątkiem wypadków, powikłanych sprawami zapalnymi. Rad bowiem w tych razach działa haemostatycznie, niszcząc szybko śluzówkę i znajdujące się w niej naczynia.

Natomiast u kobiet młodych, szczególnie w okresie pokwitowania i u kobiet w wieku średnim, u których zależy nam na utrzymaniu zdolności płodzenia nie stosujemy energii promiennej w stale wytrzebających dawkach. O ile leczenie zachowawcze połączone nawet z kilkukrotnem wyłyżeczkowaniem nie da w tych wypadkach wyników, możemy spróbować naświetlań Roentgena śledziony lub tarczycy, lub wreszcie uciec się do domacicznego zaaplikowania radu, jednak nie w wytrzebającej dawce. Ten to sposób postępowania uważamy za bardziej zachowawczy i mniej szkodliwy w ogólnych swoich skutkach dla kobiety, niż zalecane przez niektórych również w tych wypadkach, leczenie Roentgenem w postaci czasowej kastracji. Pominąwszy już bowiem wszystko inne, nadmienić trzeba, że nigdy niemamy pewności, czy wytrzebienie czasowe, uzyskane Roentgenem dawką czasowo wytrzebającą, nie przybierze formy wytrzebienia stałego. Odporność bowiem gruczołów płciowych na działanie promieni Roentgena jest indywidualna i w wielu razach zależy od sprawności i anatomo-

micznych zmian, toczących się w nich. Tembardziej więc w naszych wypadkach, w których właśnie mamy do czynienia ze schorzeniem w obrębie komórek na które najsilniej działają promienie Roentgena i które stanowią o czynności gruczołów płciowych, ewentualność ta musi być brana w rachubę.

Leczenie radem krwawień spowodowanych zaburzeniami jajeczkowania polega na założeniu niedużej ilości radu, około 30 miligramów w półtora milimetrym filtrze mosiężnym na 12 — 24 godzin do wnętrza trzonu. Zastosowany rad w tej ilości do macicy, jeżeli wogóle uszkadza utkanie jajnikowe, to w mniejszym stopniu, niż promienie Roentgena. Działanie jego ogranicza się właściwie w takich razach do zadziałania miejscowego na śluzówkę i naczynia trzonu w których występują zmiany, przeciwdziałające krwawieniu. (K a r g G á l). Lecz nawet przy tej technice leczenia radem nie możemy z całą stanowczością wykluczyć nieznacznego uszkodzenia miąższu jajnikowego i wystąpienia czasowego chociażby braku miesiączki. Są to zazwyczaj sprawy przemijające, lecz nawet w tych wypadkach, w których po zastosowaniu radu wystąpi nie zmniejszenie, co jest naszym dążeniem, lecz zupełne ustanie krwawień, uderzający jest brak wszelkich objawów wypadowych z powodu ustania czynności jajnika, występujących zawsze po leczeniu promieniami Roentgena. Z tych to względów w mojej Klinice stosujemy bardzo chętnie rad domacicznie w wypadkach krwawień okresów przejściowych życia kobiety, nie dających się zachowawczo wyleczyć, i to bez względu na jej wiek. To stanowisko nasze nie jest bynajmniej odosobnione, a wyniki lecznicze są dostatecznie zachęcające. Stosujemy rad w dawkach nie dużych, zasadniczo jednorazowo, w razie utrzymywania się krwawień, dwurazowo. Przeciwwskazaniem do leczenia radem są wszelkie sprawy zapalne, toczące się w przydatkach macicy. Te zmuszają nas do zastosowania promieni Roentgena.

Jak z powyższych, pobieżnie zebranych uwag wynika, krwawienia z macicy, powstałe na tle zaburzeń jajeczkowania stanowią jednostkę chorobową, której przyczynowość w ogólnych zarysach jest znana. Nie mniej przedstawiają one zagadnienie naukowe obecnie jeszcze ciągle w wielu szczegółach niejasne i z tych względów w odniesieniu do leczenia tłumaczy się niemożliwością nakreślenia stałej wytycznej poza tą, że rozpocząć je należy od środków najbardziej zachowawczych, rezerwując radykalniejsze dla przypadków, w których zachowawcze zawiodą, lub nie znajdują logicznego uzasadnienia.

WYSTAWA ŚRODKÓW LECZNICZYCH W CIECHOCINKU.

BARCIKOWSKI R., S. A. — Poznań.

*Firma R. Barcikowski S. A. w Poznaniu uczestniczyła w Wystawie Farmaceutycznej w Ciechocinku Cieplicy, wystawiając na własnym stoisku swe eksponaty, które cieszyły się ogólnem i życzliwym uznaniem sfer lekarskich zwiedzających wystawę. Preparaty firmy R. Barcikowski zdobywają sobie coraz to większe zaufanie wśród kół zainteresowanych, a to dzięki sumiennemu wykonaniu i klinicznie sprawdzonej skuteczności. Z pośród wystawionych preparatów należy wymienić lek nasercowy *DIGITIN* w płynie i w postaci iniekcji, dalej *Erbefan* jako wybitnie Antirheumaticum i Antiarthriticum w postaci tabletek równowartościowy z zagranicznym preparatem. Szczególnem zainteresowaniem cieszył się jedyny tego rodzaju preparat polski *ORTOPHAN* wypuszczony przez firmę w postaci drażetek ocukrzonych do zastosowania doustnego i w formie zastrzyków dożylnych śródmięśniowych. *ORTOPHAN* wskazany jest przy gościu stawowym, rwie kulszowej, zapaleniu stawów, niedomodze wydzielniczej nerek etc., wskutek swych własności znieczulających, przeciwgorączkowych i przeciwzapalnych. Ostatnio przystąpiła firma do produkcji mączki odżywczej *HOMOSAN* dla niemowląt, dzieci i rekonwalescentów, która zyskuje sobie coraz to większe koła konsumentów.*

„CHEMERGON“.

Jak zwykle, tak i w tym roku wystawiała szerszemu ogółowi pp. lekarzy znana firma „*Chemergon*“ swoje wyroby. Preparaty już od 15 lat znane, jak *Dermoplast*, biały przyklepic kauczukowy oraz wszelkie plastry kauczukowe, zostały udoskonalone i odpowiadają obecnie stawianym wysokim wymogom technicznym. Z nowo wprowadzonych artykułów wymieniamy tu pastę do zębów *Biały ząb* oraz *Cukierki Mentolowo-Eukalyptusowe z gumą*. Rozszerzony został dział kosmetyczny przez wprowadzenie na rynek *pudru kosmetycznego VASELAN* w 12 modnych odcieniach, oraz kremów: *Vaselan mleczny, mało tłusty* oraz *Krem Vaselan tłusty*.

Ruchliwe kierownictwo, spoczywające w rękach p. apt. L. Sikorskiego, zamierza w przyszłości zająć się również fabrykacją pewnych chemikalji.

Chemiczno - Farmaceutyczne Zakłady Fr. Karpiński S. A., w Warszawie, wzięły również udział w wystawie urządzonej w Ciechocinku w czasie Zjazdu Lekarzy. W swoim barwnie i estetycznie urządzonej stoisku zademonstrowała firma Fr. Karpiński szereg eksponatów, dając w ten sposób plastyczny zarys rozwoju swojej produkcji, oraz dróg jankiem kroczy. Z przyjemnością można było skonstatować, że ta jedna z najstarszych w Polsce, wyłącznie na polskim kapitale oparta placówka wytwórcza, wywiązuje się z powodzeniem z niemiernie trudnego, choć wdzięcznego zadania, zastąpienia preparatów leczniczych, importowanych dotychczas z zagranicy — produktami syntetycznie wytwarzanymi w kraju.

Ogólne zainteresowanie wzbudził krajowy „*Chinophan*” (anal. Atophanu i Atochinolu), oraz jego pochodne „*Chinophanyl*” dożylny i domięśniowy (anal. Atophanylu), oraz „*Chinophan maść*”.

Z tej grupy leków wysunął się na czoło „*Uridol*” i znakomita „*Piperazina Karpińskiego*”. Lecznictwo chorób przemiany materii reprezentował popularny „*Karposal*”. Z leków wapniowych zwracał uwagę dowcipnie uplacowany na wystawie „*Glucalcin*” (Glukonian wapnia), którego zastosowanie domięśniowe, dożylnie lub per os daje tak cenione przez lekarzy praktyków wyniki lecznicze.

Z preparatów przeciwbólowych, względnie uspokajających wysuwały się na czoło „*Aspirophan*” (przeciwgrypowy), oraz „*Bromisol*” i „*Passicratin*”.

Jako tonicum panowały z jednej strony „*Fytonal*” i „*Ferro - Fytonal*”, z drugiej strony „*Roborol*”, „*Synergetol*” i „*Phospho-Glucalcin*”.

Ponadto preparat, cieszący się uznaniem lekarzy i powodzeniem w wszelkiego rodzaju przypadkach niedomogi serca, w przełomach oddechowych, w zatruciach alkaloidami, tlenkiem węgla i t. d. „*Corpyrin*” w ampułkach i kroplach.

Nader liczne i pochlebne oceny klinik polskich, tudzież wyczerpujące rozprawy naukowe w prasie lekarskiej, są najlepszym świadectwem dobroci tych leków. Znacznie niższe ceny tych preparatów w porównaniu z produktami zagranicznymi utorowały im drogę do najpoważniejszych odbiorców w Polsce, jak Instytucje wojskowe, kolejowe, samorządowe, Kasy Chorych i t. d. Z zadowoleniem stwierdzamy, że placówka zajęta przez firmę Fr. Karpiński, rozwija się z pożytkiem dla polskiego gospodarstwa narodowego, oraz polskiego konsumenta.

Magister KLAWE, S. A. — Warszawa.

Firma d. Magister Klawe S. A. na swoim stoisku zobrazowała całokształt swojej produkcji, obejmującej cały szereg działów, a więc: specyfików, chemikalji, organopreparatów, preparatów bakteryjnych, leków iniekcyjnych, surowic i szczepionek dla celów weterynaryjnych.

Wśród organopreparatów zwracają na siebie uwagę przetwory do-
wodzące niezwyklej żywotności firmy, która potrafiła wyprodukować
leki, dorównyujące pod każdym względem wytwórczości zagranicz-
nej. Tak np. *OESTRINA* (krystaliczna folikulina) jest przez firmę pro-
dukowana w nader wysokich stężeniach, bo po 10.000 j. w 1 cc. Wielką
zdobycz lecznictwa stanowi również m. in. wyodrębnienie w czystej po-
staci hormonu ocytocytoowego tylnego płata przysadki mózgowej p. n.
Pituspasmin.

Niezwykłe doniosłe znaczenie dla lecznictwa posiada wyproduko-
wanie przez firmę Klawe, surowicy *hemopoetycznej*, stanowiącej głów-
ny składnik leku krwiotwórczego Opohebogen. Surowica jest produ-
kowana we własnym Instytucie Serologicznym i Bakterjologicznym
w Drwalewie, gdzie firma poza plantacjami roślin lekarskich posiada
ogromną stadninę koni, krów, osłów i innych zwierząt doświadczalnych
i gdzie wytwarzane są również surowice weterynaryjne.

Dział bakteryjny obejmuje ogromną skalę przetworów, na czele
których znajdują się szczepionki gonokokowe, szczepionka nieswoista
Panodina i wszystkie buljony wg. Besredki.

Dział płynów iniekcyjnych, stanowiący od wielu lat specjalność
firmy Klawe, przedstawia się bardzo okazale, czy to pod względem ja-
kości, jak i szaty zewnętrznej ampułek.

O wielkich wysiłkach czynionych przez firmę Klawe dla unieza-
leźnienia się od zagranicy, świadczy dział chemikalji prostych i synte-
tycznych.

*PRZEMYSŁ CHEM. - FARMACEUTYCZNY DR. MADAUS & CO,
Warszawa.*

Stoisko firmy Dr. Madaus odznaczało się—jak corocznie zresztą—
tak estetycznym wyglądem, jakoteż doborem wystawionych preparatów
leczniczych.

Przemysł Chem. - Farmaceutyczny Dr. Madaus jest — jak wia-
domo — wyłącznym przedstawicielem u nas kierunku leczniczego, któ-
ry okreśłany jest zagranicą mianem nowoczesnej biologicznej terapii
konstytucjonalnej. Zgodnie z założeniami swemi rozporządza firma Dr.
Madaus preparatami pokrywającymi wszystkie wymogi i całe zapotrze-

bowanie reprezentowanej terapii, z której większość środków jest już dziś, po sześcioletniej pracy firmy w Warszawie, dobrze znaną lekarzom całego kraju. Wspomnieć tu należy w pierwszym rzędzie preparaty nasercowe: *Essentia aurea* i *Aurokard (Vinum Camphor. cps.)* środki żołądkowe: *Carvomin*, *Magnesin* i *Natrumin*, leki przeciwmiażdżycowe: *Anti - Arterio - Calcin* i *Kalium jodatatum oplx.*, tonica dla dzieci: *Calcinfant* i *Nectarin*, tonicum i roborans: *Tonicum herbaceum*, przyrządzone na oryginalnym greckim winie Samos, bezkonkurencyjny, oryginalny środek przeczyszczający: *Teapulvina* w obu postaciach i .t. p.

Duże zainteresowanie się stoiskiem firmy Dr. Madaus przez wszystkich uczestników zjazdu świadczyło dobitnie o fakcie, że wszelka zdrowa myśl terapeutyczna szybko się na terenie naszego świata lekarskiego przyjmuje, by promieniować później dla dobra chorych.

E. MERCK - Darmstad.

Na stoisku firmy Merck zwracały uwagę, prócz powszechnie znanych i tak cenionych preparatów, jak: *Ephetonina*, *Magnesium - Perhydrol*, *Luminal*, *Eukodal*, *Antithyreoidin - Moebius*, *Carbo med.* *Helminal*, kilka nowszych preparatów. Z nich zasługują na uwagę dwa poważne nowe preparaty z grupy kwasu barbiturowego, mianowicie *Prominal* i *Phanodorm*. *Prominal*, zbliżony wzorem chemicznym do *Luminalu*, nie posiada, jak tenże, działania nasennego, zato spotęgowane działanie uspokajające. Jest znakomitym środkiem w przypadkach padaczki, "petit mal", hipertensji i t. p. *Phanodrom* natomiast działa wyłącznie nasennie. Nadaje się doskonale do stosowania przez dłuższy okres czasu, jest bowiem środkiem nieszkodliwym, wywołuje sen normalny, po którym następuje rześkie przebudzenie. Firmie Merck udało się niedawno synteza związku, zbliżonego wzorem do papaweryny, posiadającego jednakże 2½ razy silniejsze działanie od tejże, a mniejszą toksyczność. Preparat ten jest w handlu pod nazwą *Eupaveriny*. Stosuje się ją we wszelkich stanach spastycznych mięśni gładkich. Ciekawą nowość stanowi preparat *Fantan*. Jest to związek kwasu fenilcyncholinowego z uretanem, nie działający ujemnie na przewód pokarmowy. Wskazania: reumatyzm, dna i nerwobóle.

ZAKŁADY CHEM. - FARMACEUTYCZNE W. T. „MOTOR“ S. A.

Zakłady chemiczno - farmaceutyczne W. T. „Motor“ S. A. wystawiły znane już światu lekarskiemu: preparaty salicylowe z „*Motopirina*“ i „*Phennina*“ na czele, preparaty srebrowe: „*Corgol*, *Gelargin* *Ophtargol* i *Prorgol*“, preparat nasenny „*Irenal*“, preparat służący do zakwaszania ustroju „*Gelacid*“, przetwory żelaza oraz różne rodzaje

kąpeli: Kwaso - węglowe, Balsamiczne, Jodo - bromowe, Mrówczane Siarczane, Żelaziste i Tlenowe, dające możliwość kontynuowania kuracji zdrojowiskowej w domu.

Poza tem wystawiono dodatek do kąpeli pod nazwą „*Silv - Ozon*” Motor będący idealnym środkiem wzmacniającym i orzeźwiający o zapachu lasów iglastych, posiadającym niezaprzeczalne zalety, jako środek wpływający kojąco na układ nerwowy.

L. NASIEROWSKI — Warszawa.

Wystawa środków chemiczno - farmaceutycznych w Ciechocinku z okazji VI Kursu Doksztalającego dla lekarzy może służyć niewątpliwym dowodem wzrastającym z każdym dniem energii, dążącym wytrwale do pokonania kryzysu, do rozwoju produkcji krajowej, do wzbogacenia rynku krajowego nową gałęzią wytwórczości. Zdrowy ten objaw ma nietylko znaczenie materialne, gdyż jest dowodem, że nie wszyscy biernie poddają się kryzysowi i narzekaniom, lecz przeciwnie, ze zdwojoną energią, nie żałując sił i trudów, starają się walczyć z temi ujemnymi zjawiskami.

Młody nasz dotychczas przemysł chemiczno - farmaceutyczny zdał doskonale egzamin i dowiódł, że mimo, ciężkich czasów, biedy i apatji nie ma wcale zamiaru zrezygnować z dalszego rozwoju, lecz przeciwnie nabiera sił i staje się coraz bardziej żywotny i niezależny.

Z pośród licznych firm, które wystawiły swoje eksponaty, zwracało uwagę stoisko firmy L. Nasierowski z Warszawy. Firma powyższa przeistoczyła się w ostatnich latach z przedstawicielstwa wyrobów francuskich w duże zakłady wywórcze, produkujące cały szereg pierwszorzędnych preparatów, mających bardzo szerokie zastosowanie w lecznictwie. Rozszerzenie produkcji wymagało z konieczności specjalnych instalacyj i pracowni, które są ostatnim wyrazem techniki i wymagań współczesnej produkcji chemiczno - farmaceutycznej. Rozwój zakładów L. Nasierowski zasługuje tembardziej na uwagę, że powstały one wyłącznie przy pomocy kapitałów krajowych.

Podając poniżej krótki opis preparatów, wytwarzanych obecnie w firmie L. Nasierowski, musimy zaznaczyć, że w najbliższym czasie firma przystąpi do produkcji całego szeregu nowych specyfików, które już są naukowo opracowane, a których ze względu na brak miejsca nie może tutaj przytaczać. Z konieczności więc ograniczymy się tylko do krótkiego opisu najważniejszych preparatów, które są już wytwarzane i były wystawione na wystawie.

Phosphacid w ampułkach do wstrzykiwań. Wybitnie czynny preparat fosforowo - wapniowy. Ampułki à 1 cc i 2 cc.

Pneumogein usuwa duszność, wzmacnia serce, działa moczopędnie.

Passiflorin przynosi ulgę w wyczerpaniu nerwowem. Przywraca spokojny sen, zdolność do pracy, równowagę ducha.

Pepticol — preparat wielopeptonowy przeciw pokrzywce, świerzbicze, swędzeniu skóry, astmie i t. p.

Sarcolan — usuwa anemje, wzmacnia, leczy i odżywia, zwiększa ilość krwi w organizmie.

Hormospermin — wyciąg z męskich gruczołów płciowych. Przywraca siłę, młodość i zdrowie.

Combretin — wyciąg z żółciopędnej rośliny afrykańskiej. Kamica żółciowa, żółtaczka, zaparcie.

Celuson — biszkopty z otrąb, usuwają najbardziej zadawnione zaparcie.

Oplátky dr. Faivre — przeciągu 10 minut usuwają wszelkiego rodzaju bóle. Przynoszą ulgę w grypie, obniżają gorączkę.

Boleas Monal — reguluje czynność wątroby, usuwa kolkę wątrobową, pobudza wydzielanie żółci i soków trawiennych.

Atural poprawia trawienie u dzieci sztucznie karmionych. Usuwa biegunki i boleści.

oraz cały szereg innych preparatów, których ze względu na brak miejsca nie możemy przytoczyć.

PABJANICKA SP. AKC. PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO.

Do jednego z najbardziej uczęszczanych stoisk należało bezsprzecznie stoisko Pabjanickiej Akc. Sp. Przemysłu Chemicznego w Pabjanicach, wojew. Łódzkiego. Przedsiębiorstwo to jest jedną z najstarszych i najpoważniejszych firm krajowych, wytwarzających przetwory chemiczno-farmaceutyczne. Wystawione zostały znane w całym świecie przetwory specjalne marki „CIBA”, a mianowicie: *Agomensina*, *Sistomensina*, *Prokliman*, *Coagulen*, *Phytina* i *Ferrophytina*, *Coramina* i *Calcio-Coramina*, *Lipojodina*, *Rezyl*, *Elbon*, *Peristaltina*, *Vioform* etc.

Przetwory „Ciba”, które z małymi wyjątkami produkowane są w Zakładach Pabjanickich, także i u nas znalazły wielu zwolenników, to też popyt na próbki i na literaturę szczególnie o nowszych środkach był znaczny.

LUDWIK SPIESS i SYN — Warszawa.

Firma *Spiess* w okazałym stoisku przedstawiła całokształt swej wytwórczości chemiczno - farmaceutycznej. Wśród chemikalji zwróci-

liśmy uwagę na nowe produkty syntetyczne, jak: *Hydrastininum hydrochl.*, *Aldehydum tribromaceticum (Bromal)*, *Diaethylaminum*, *Diaethylaminum nicotinicum (Stiminol)*, *Ferrum diaethylamin - inositphosphoric (Efisan)* *Jodowodorek dwuetylenoiminy (Jodimin)* *Kalium oxychinolin-sulfonic*, *Methyl - amin - phenyl - propanol hydrachloric. (Ephedrosan)* *Natr. jodmethansulfonic.*, *Tribromaethanol (Narcotyl)*, *Amidobenzoyl diaethylaminoacthanolum hydrochloricum (Polocain)* i in.

Niektóre chemikalja, jak *Jodimin*, *Polocain*, *Efisan*, zsyntetyzowane całkowicie w kraju mają patenty polskie.

W postaci nowych specyfików firma Spiess przedstawia kontrolowane biologiczne organopreparaty tkankowe, bezbalastawe, zawierające zespół ciał czynnych.

Płuc	— „Rijatol“
Sledziony	— „Splenosan“
Serca	— „Kridjosan“
Wątroby	— „Sykoton“

z nowych specyfików o charakterze chemicznym.

Visactin — połączenie *Ephedrosanu* ze *Stiminolem*.

W stoiskach wystawiono również obszerną literaturę naukowo-lekarską, dotyczącą poszczególnych środków leczniczych. Podziwialiśmy wreszcie literaturę w językach greckim i czeskim, oraz komplety specjalnych opakowań preparatów: *Phosphit*, *Stiminol*, *Hemthysal*, *Novarsenobenzol*, *Vitavit*, i innych, które firma Spiess eksportuje do Grecji i Czechosłowacji.

Musimy wreszcie wspomnieć o tych środkach, które stanowią specjalność Zakładów L. S. S. i które, dzięki swym wybitnym zaletom, zdobyły uznanie nie tylko w Polsce, lecz i w krajach cudzoziemskich. Są to, między innymi, preparaty:

<i>Adrenasol</i>	<i>Libophan</i>
<i>Cajas</i>	<i>Mesolament</i>
<i>Calcisal</i>	<i>Novarsenobenzol</i>
<i>Phosphit caps.</i>	<i>Neptal</i>
<i>Phosphit liquid.</i>	<i>Propidon</i>
<i>Digitol</i>	<i>Stovarsol</i>
<i>Jodimin</i>	<i>Stiminol</i>
<i>Gardenal</i>	<i>Hypophysis</i>
<i>Remed. Sedativ. - Haem.</i>	<i>Urazin</i>
<i>Uripurin</i>	<i>Vitavit</i>

i szereg innych leków obejmujących wszystkie specjalności nauki lekarskiej.

SPIS RZECZY.

Wstęp	III
Program I Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w 1928 r.	VI
Program II Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w 1929 r.	VIII
Program III Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w 1930 r.	X
Program IV Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w 1931 r.	XII
Program V Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w 1932 r.	XIV
Alfabetyczny spis odczytów wygłoszonych podczas I do VI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego	XVI
Alfabetyczny spis treści I do VI pamiętnika	XXIII
Program VI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego 1933 r.	XXXI
Lista uczestników VI kursu	XXXIII
LAUER J. dr. prof.: Przyczynowe znaczenie gruźlicy w chorobach oczu	1
CHODŹKO W. dr.: Opieka lekarska w polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych	8
TUCHENDLER A. dr.: Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych	49
ROSE M. dr. prof.: Rwa kulszowa i jej leczenie	71
DOBRZAŃSKI A. dr. doc.: Cierpienia zatok bocznych nosa i ich leczenie zdrojowiskowe	94
RASZEJA Fr. dr. doc.: Diagnostyka reumatycznych schorzeń stawów i ich leczenie zdrojowiskowo-ortopedyczne	110
POPOWSKI St. dr.: Podstawy bodźcowego leczenia gruźlicy wieku dziecięcego	126
PASZKIEWICZ L. dr. prof.: Choroby zewnątrzwartrobnych dróg żółciowych	140
STERLING - OKUNIEWSKI St. dr. doc.: Niedokwaśność i nadkwaśność — ich leczenie zdrojowiskowe	163
ZUBRZYCKI J. dr. prof.: Przyczyny i leczenie krwawień okresów przejściowych kobiety	181
Wystawa środków leczniczych	201



A
839

Biblioteka Gl. AWF w Krakowie

