

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XIV

WARSZAWA, 12 SIERPNIA 1937 R.

Nr. 29-30

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Oddziału 1-szego Szpitala Anny Marii dla dzieci.
(Ordynator: Dr. Tomaszewska).

Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego *).

Podał

Dr. J. HANDZEL (Łódź — Iwonicz).

„Skrzywienia kręgosłupa należą do najbardziej zawiłych i ciemnych dziedzin patologii“ — zdanie to było mottem do obszernej pracy, ogłoszonej przez Schanza w r. 1908. W ogniu dyskusji namiętnej i obszernej, jaka toczy się od tego czasu w literaturze fachowej, na temat skrzywień kręgosłupa, zrozumiałem, że Schanz miał rację. Ciemna zwłaszcza była, a częściowo i pozostała dziedzina anatomii patologicznej, a niezbadane są jeszcze zupełnie możliwości leczenia tych zmian statycznych. Kiedy w ostatnich latach zaczęły się zjawiać jedna za drugą prace na ten temat, dziwiono się, że tak duży teren był nieopracowany.

Zdaję sobie też sprawę, że trudno będzie ująć olbrzymi materiał w ramy odczytu, tym bardziej, że chciałbym ominąć Scyllę przeładowania detalami, a Charybdę płytkości, odpowiednio naświetlić te odcinki, które Państwa interesują, a mimo to podać całokształt tematu i pewne konkluzje, oparte na własnym doświadczeniu.

Anatomii kręgosłupa nie będę opisywał tym bardziej, że należałoby włączyć do tego opisu i klatki piersiowej, ściśle z kręgosłupem związany, i miednicę. Ciekawych odsyłam do starszej monografii Schulthesa, w której anatomia kręgosłupa jest opisana bardzo szczegółowo. Na kilka szczegółów jednak muszę zwrócić uwagę.

Wysokość kręgosłupa wynosi około 40% wysokości ciała — środek kręgosłupa leży w 11-tym kręgu piersiowym. Dla spełnienia swojej specyficznej roli ma każdy odcinek inną budowę. Chrzastki międzyżebrowe są jużto z przodu, jużto z tyłu wyższe, co, wraz z innymi czynnikami, przyczynia się do wytworzenia normalnych krzywizn kręgosłupa: lordozy w części szyjnej i lędźwiowej, kifozy w części piersiowej.

Trzy punkty słupa kręgowego za-

śługują na specjalne wyróżnienie: 5-ty krąg lędźwiowy jest z przodu znacznie wyższy, siedzi klinowato na kości krzyżowej, przenosząc cały ciężar ciała na ten punkt; od jego tedy budowy zależy oś kręgosłupa. 2-gim ważnym punktem, który należy uważać za *locus minoris resistentiae*, jest granica lędźwiowo-piersiowa, a słaby rozwój wyrostków poprzecznych w tym odcinku powoduje, że cieńsze części więzadeł i mięśni tu się przyczepiają, tu też zmienia się forma konstrukcyjna kręgów, stąd obok złamań i innych zmian chorobowych występują w tym miejscu najczęstsze zmiany statyczne. Wreszcie: 2-ga warstwa mięśni kręgosłupa tworzy widoczną lukę nad wyrostkami ościstymi 4—6 kręgu piersiowego, który jest przykryty tylko przez *m. trapezius*. Okolica Th. VI jest tedy specjalnym miejscem predylekcyjnym dla skrzywień.

Ostatnią zdobyczą rodu ludzkiego jest postawa pionowa, która nie osiągnęła jeszcze takiej stałości, jak inne, dawniejsze cechy ssaków. Do tej chwiejności biologicznej dołącza się jeszcze pewna niestałość statyczna, i stąd zrozumiemy tę różnorodność ludzkiej postawy, z jaką się spotykamy w życiu codziennym. Odziedziczone właściwości człowieka, rodzinne wady w postawie, wymagania świata otaczającego, rodzaj pracy, ciężar danego osobnika, ba, nawet samopoczucie — to wszystko wpływa w sposób widoczny i mierzalny na postawę człowieka, która w końcu zależna jest od stanu kręgosłupa.

Poza funkcją podpierania organizmu posiada kręgosłup drugie, równie ważne zadanie: umożliwienie organizmowi wykonywania ruchów. Jakkolwiek badania Schulthesa, słynne, żmudne badania na zwłokach i żywych Lovetta, Meyera, poinformowały nas o normalnej ruchomości kręgosłupa, to jednak elastyczność niektórych akrobatów cyrkowych — t. zw. ludzi kauczukowych — wprawia nas w zdziwienie. Podobną elastyczność widzimy też u osesków. Duża podatność materiału kostnego, chrząstkowe połączenie trzonu z wyrostkami stawowymi, miękkość i elastyczność więzadeł i chrząstek międzykręgowych nadaje kręgosłupowi oseska tę dużą giętkość.

U niemowląt zaczyna się różniczkować przyszła forma kręgosłupa. Z jednolitej kifozy płodu zaczyna się powoli wytwarzać lordoza części szyjnych, spowodowa-

*) Na podstawie odczytu wygłoszonego dn. 6.II.1937 r. Tow. Pediatr. w Łodzi.

na tym, że dzieci w pierwszych miesiącach poczynają podnosić głowę, chcąc poznać otaczający je świat. Kifoza części piersiowej utrzymuje się przez całe życie, a lordoza lędźwiowa wytrwaja się wtedy, kiedy dziecko stanęło na nogach. Przy każdej próbie podnoszenia, a szczególnie sadzania kifoza piersiowa się powiększa, powierzchnie przednie trzonów tak daleko przybliżają się do siebie, aż wzajem o siebie się opierają. Dalszemu załamaniu się przeszkadzają więzadła idące od wyrostka do wyrostka, od stawu do stawu, napięte się *ad maximum*. Mięśnie nie stawiają jeszcze żadnego oporu.

Ten okres nas najbardziej interesuje, gdyż grzechy, w tym to czasie popełnione, mszczą się, a odsetek skrzywień kręgosłupa ciągnie przez całe życie krzyż swego kalectwa, spowodowanego głównie niedopatrzaniem lekarzy i błędami wychowawców.

Podkreślam to tym bardziej, że dominuje wśród lekarzy mniemanie, iż skolioza w tym wieku należy do rzadkości, a jednak okres ten jest głównym dostawcą przyszłych skrzywień kręgosłupa.

W związku z tym chciałbym zatrzymać się nad problemem dziedziczności skrzywień i kwestią krzywicy. W r. 1936 ukazała się praca A. Fabera z kliniki Schedego — o dziedziczności skoliozy. Na materiale kliniki z lat 1927—1935 wykazał Faber, że istnieje: 1. Wrodzone, a nie dziedziczne skrzywienie kręgosłupa, powstałe z powodu złego ułożenia płodu w łonie matki, i za Puttym nazywa to „*Stellungsskoliose*“, która rozwija się dopiero w ostatnich miesiącach życia płodowego 2. Wrodzone i dziedziczne zmiany w kręgosłupie, powstałe wskutek wad rozwojowych kręgów, jak np. kręgów klinowych dodatkowych, przesunięć kręgów i t. d.

Główny jednak nacisk kładł na 3. wrodzoną skoliozę krzywiczą. Na 660 kontrolowanych skrzywień na tle rachitycznym znalazł w 26% w antecedenencji krzywice. Dokładne drzewa genealogiczne, w których Niemcy obecnie celują, ilustrują badania autora. Także i Eulenberg znalazł na 1000 przypadków krzywicy 25% dziedziczności.

Tym badaniom przychodzi w sukurs Opitz, który w pracy swej ze stycznia r. b. omawia dziedziczność krzywicy. Zastanawia autora, że mimo tak świetnych środków leczniczych, odkrycia słońca, jako czynnika leczniczego, występuje krzywica u dzieci i to często w sferach, w których higiena dziecka stoi na odpowiednim poziomie. Nie ma, co prawda, tych ekscesywnych form, jak dawniej, niemniej jednak przypadki krzywicy mnożą się ciągle jeszcze. Na ostatnim kongresie pediatrycznym referował Mai wyniki pracy kliniki monachijskiej, z których by wynikało, że organizm dziecka zdolny jest wytworzyć swoje ciało przeciw rachityczne przez tak zwane promieniowanie własne krążącej we krwi cholesteryny. Jakkolwiek by stała sprawa dziedziczności krzywicy, wszyscy prawie autorzy zgodnie przyznają, że bardzo duży odsetek skrzywień kręgosłupa bierze swój początek w krzywicy oseska. Erlacher w swojej pracy w r. 1933 „*Nochmals zur Skoliosenentstehung*“ zajmuje podobne stanowisko, tak samo Spitz i Hass, a Włoch Levernicona w swojej dużej pracy habilitacyjnej o etiologii skoliozy z r. 1927 stanowisko to obszernie motywuje i ra bardzo obfitym materiale udowadnia. Harrenstein w swojej pracy z lipca 1936 r. nie przyznaje, co prawda, krzywicy naczelnego miejsca w powstawaniu skrzy-

wień kręgosłupa, niemniej jednak skarży się na dysproporcję między uwagą, jaką się zwraca na skoliozę drugiego dzieciństwa (6—7 lat), a lekceważącym traktowaniem skrzywień u osesków, a to tym bardziej, że wyniki leczenia tylko z tego okresu są zadawalające, w późniejszym bowiem „*inconvenements*“ leczenia są czasem większe od niedogodności samej choroby.

Objawy skrzywień u osesków są nietrudne do uchwycenia. Tu nasuwa się ogólne pytanie, dotyczące się wszystkich form skrzywienia i każdego wieku: dlaczego w okresie tak wysoko rozwiniętej diagnostyki przeoczamy często schorzenia kręgosłupa? Przyczyna leży głównie w tym, że w okresie mikroskopu staliśmy się krótkowzroczni, a w pogoni za najdrobniejszym straciliśmy wycucie wzrokowe dla zmian patologicznych grubszych. Schorzenia kręgosłupa dają objawy, wpadające w oko, jeżeli patrzymy na nie z pewnej odległości — zbliżając się zatracają. U pacjentów starszych leży też często wina w rozbieżności między objawami subiektywnymi a obiektywnymi.

Abstrahując od objawów ogólnej krzywicy (jak zmiany w klatce piersiowej, *craniotabes* i t. d.), zauważyć możemy między trzecim a siódmym miesiącem życia uwypuklenie się okolicy lędźwiowej u dziecka. Gdy dziecko leży na brzuszku, wypuklenie to znacznie się wygładza, przy sadzaniu dziecka wyraźniej się ono uwypukla, przy czym występuje silna kifoza części lędźwiowej i dolnego odcinka piersiowego, tu i ówdzie już zaznacza się lekka skolioza, polegająca w tym okresie tylko na zgięciu słupa kręgowego, a jeszcze nie na torsji kręgów.

Rozpoznanie to należy potwierdzić badaniem rentgenologicznym i to tak, jak je proponuje Harrenstein, w pozycji leżącej z obciążeniem rąk i nóg ciężarem, odpowiadającym $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ wagi ciała przez 30 sekund.

Następny okres niebezpieczny — to okres pierwszych lat szkolnych. Występują w tym wieku schorzenia pod obrazem skolioz, kifo-skolioz, a głównie *dorsum curvatum*. Ostatnia kategoria idzie w literaturze niemieckiej pod nazwą: „*schlaaffe Haltung*“ — wiotka postawa — i jest, przeważnie, dalszym ciągiem schorzenia, dopiero co omówionego. Zapytajmy się wpierw, co to jest postawa, i kiedy dochodzi do jej zwiócenia? Poszczególne części naszego ciała są złączone stawami, będącymi kombinacją stawu zawiasowego i kolistego. Twór taki nie da się utrzymać w pozycji pionowej, jak się nie da utrzymać łańcuch, który byśmy próbowali postawić. Organizm nasz zapadłby się, gdyby stawy nasze nie były uzbrojone w bezpieczniki, podpory czynne, jak mięśniatura, i bierne, jak wyniosłości i guzowatości części przynasadowych kości. Ciało nasze jest tedy widownią bezustannej i cichej walki między dwiema zasadniczymi siłami, które decydują o naszej postawie i ruchach: siłą ciężkości ciała a jej konkurentami, t. j. układem kostnowięzadłowym i mięśniami, będącymi podporą organizmu (Schede).

Kiedy aparat czynny mięśniowy zmęczy się, wyłączamy go, a włączamy bierny, ale wtedy zapadamy się w sobie i to o tyle, o ile na to pozwalają wypustki kości i rozpiętość więzadeł i torebek. To jest postawa odpoczynkowa, normalna, którą każdy człowiek w pewnym jakimś momencie musi zająć, gdyż na stałe nie możemy napiąć swych mięśni, np. przy długotrwałym siedzeniu. Tego rodzaju postawa wypoczynkowa utrwalona staje się postawą wadliwą. To samo widzimy

w przypadkach stopy płaskiej. Cały ten problem obszernie omówił Wunderlich w pracy swojej „Haltungsverfall und Skoliose“.

Łatwiej teraz zrozumiemy, co Schanz pojmuję pod swoją uznaną już dzisiaj insufficiencją, powiedzielibyśmy po polsku niewydolnością kręgosłupa. Schorzenie to, dające też bardzo często podstawy do wadliwego trzymania się, objawia się zmęczeniem w plecach, ogólnym osłabieniem, bólem głowy, brakiem snu i apetytu, uczuciem „rozbicia“ — objawy te znikają po wypoczynku. Przyczyną tego stanu może być albo to, że organizm, konstytucyjnie słabszy lub osłabiony przez czynniki zewnętrzne, nie może podołać normalnemu obciążeniu, albo to, że normalnie rozwinięty i wytrzymały kręgosłup zapada się z powodu obciążenia ponad jego siły.

Oba te czynniki wchodzą najczęściej w rachubę u dzieci od pierwszych lat życia aż do ukończenia t. zw. okresu szkolnego. Na ten to okres przypada wzrost w kierunku długiej osi ciała, choroby dziecięce, wysiłek pobytu w szkole, a pod jego koniec dochodzi poczynające się dojrzewanie płciowe, co stwarza specjalne warunki dla powstania skrzywień. Spotykamy tu na przestrzeni całego tego okresu rozmaite postacie skrzywień kręgosłupa — od najłżejszych, łagodnych, które zjawiają się głównie w okresie szkoły, a potem często znikają, aż do form złośliwych, kiedy ciągły monit „trzy-

maj się prosto“ nie dużo pomaga — te postacie powstają przeważnie w okresie pozaszkolnym.

Był pewien okres, kiedy głównym winowajcą tych skrzywień miała być szkoła — stąd nazwa „Schulskoliose“, sądzono bowiem, że ciągłe siedzenie w ławce w pozycji zgiętej kręgosłupa powoduje to schorzenie. Obrońcą tej teorii był też Lorenz, który, opierając się na poglądzie Rose-Völkmana, mówił o t. zw. „Schreibskoliose“. Długo na ten temat toczyła się dyskusja, a ostateczny wyrok, jaki zapadł na kongresie ortopedów jeszcze w r. 1910, rekapitulowany na jednym z ostatnich zjazdów, uniewinnił szkołę, gdyż zmiany statyczne kręgosłupa powstają przed wstąpieniem do szkoły i po wyjściu z niej u dzieci słabych i silnych, dobrze i źle siedzących, u takich, które chodzą do szkoły, i takich, które nigdy szkoły nie widziały. Podpieranie się rękami na pulpicie i odciążenie w ten sposób kręgosłupa ma mieć raczej wpływ korzystny. Scholder w Lozannie i Chlumsky jeszcze w Krakowie udowodnili to na podstawie dokładnych badań i statystyk. Jest wielce prawdopodobnym, że szkoła uwypukla dawne skrzywienie, albo przy konstytucjonalnie słabszym i dysponowanym kręgosłupie jest czynnikiem, wywołującym skrzywienie. Analogon mamy między miopią a szkołą.

Na późniejsze stadium tego okresu przypadają też przypadki wspomnianej już niewydolności.

(Dok. nast.)

Z praktyki prywatnej.

Podstawy leczenia balneologicznego schorzeń gośćcowych w zdrojowisku Piszczany.

Podał

Dr Karol Ludwik METH (Piszczany).

Historia medycyny, rozwój jej na przestrzeni wieków poucza nas, że tak zwane schorzenia reumatyczne od zamierzchłych czasów były zaliczane do kategorii schorzeń, stanowiących *crux medicorum*. Jakkolwiek pojęcie reumatyzmu jest bardzo stare, jakkolwiek znane są dokładnie zespoły kliniczne większości schorzeń, jakie jeszcze dzisiaj zwykliśmy nazywać reumatycznymi, tym nie mniej zagadnienie ich pochodzenia jest niedostatecznie zbadane i wzbudza wiele zastrzeżeń; w wielu z nich brak nam niewątpliwych podstaw do obiektywnego rozpoznania, a istotne celowe leczenie jest trudne i zawodne. Nieustające zmiany w stosowaniu różnych leków i metod leczniczych stanowią niewątpliwą dowód niedostateczności ich działania; a niedostateczność ta wynika prawdopodobnie z tego, że każda ze stosowanych metod opierała się na tej lub innej teorii, ale żadna z nich nie odpowiadała ideałowi skombinowanej terapii przyczynowej, która jedynie może być niezawodnie skuteczna.

Pomiędzy najróżnorodniejszymi możliwościami leczenia przyczynowego wielopostaciowych schorzeń reumatycznych, na pierwszym miejscu postawić należy metody balneoterapeutyczne, a więc kąpiele siarkowe i mułowe. Przed chwilą określiłem reumatyzm jako schorzenie wielopostaciowe, gdyż pojęcie reumatyzmu nie stanowi określonego rozpoznania klinicznego, lecz jest to określenie zbiorowe dla najróżnorodniejszych schorzeń narządów ruchu. Pomijam tu omówienie powszechnie znanych trudności w klasyfikacji tych postaci chorobowych; zaznaczę jedynie, że różnorodność tych spraw jest nieskończenie wielka.

Jeżeli zechcemy ująć w najogólniejszych zarysach wielkie grupy schorzeń reumatycznych, a to z punktu widzenia wskazań balneologicznych, to należy dojść do następujących wniosków:

Ostry gościec stawowy jest, oczywiście, zupełnie niedostępny dla leczenia balneologicznego. Ze jednak ostry gościec stanowi podłoże, na którym rozwija się tak zwany wtórny gościec przewlekły, to należy podkreślić zasadniczo, że każdy ostry gościec stawowy może pozostawić zmiany, prowadzące do późniejszego, ciężkiego schorzenia stawów. Z tych względów Strasser uważa za pożądane zastosowanie leczenia balneologicznego w kilka tygodni po całkowitym uspokojeniu się ostrej sprawy, a to nawet w tych przypadkach, w których objawy stawowe nie są wyraźnie zaznaczone. *A priori* zastrzec się należy, że dotyczy to przypadków, w których nie mamy żadnych przeciwwskazań ze strony układu krążenia.

Do kategorii ostrych spraw należą również tak zwane reumatoidy septyczne, naprz. gościec durowy, rzezączkowy i t. p. — Leczenie balneologiczne tych spraw może okazać się niezbędne bardzo szybko po ustąpieniu objawów ostrych. Również i ostre gościec mięśniowe należą do ostrych spraw reumatycznych i mogą być nawet w ostrym okresie leczone z pożytkiem balneologicznym.

O wiele ważniejsze jest jednak leczenie balneologiczne spraw przewlekłych, jak pierwotnie przewlekłego gościa, spraw na tle zaburzeń dokrewnych, gościa zniekształcającego i t. p. Wobec zgodnie panującego obecnie poglądu na pierwotnie przewlekły gościec, jako na powolnie przebiegającą sprawę infekcyjną, zadanie balneologii stanowi dokładna analiza charakteru i przebiegu poszczególnego przypadku i ustalenie na tej zasadzie, do jakiego stopnia musi być uwzględ-

nione w planie leczenia działanie uruchamiające oraz działanie sprzyjające wchłanianiu.

Pomijam tu szczegółowe omówienie czynników fizjologicznych, chemicznych i biochemicznych, jakie tu wchodzi w grę, i przechodzę do działania Piszczkańskich cieplic i opakowań błotnych. W działaniu tym odróżniamy następujące czynniki: 1. Przekrwienie, 2. Przegrzanie, 3. Podrażnienie skóry, 4. Działanie jonów, 5. Radoczynność, 6. Leczenie bodźcowe w sensie teorii Weihartha.

Na wstępie chciałbym pokrótce omówić pochodzenie mułu Piszczkańskiego. Cieplice Piszczkańskie biją z głębokości 1700 m. z archaicznych złoży kamiennych, ciepłota ich wynosi 67° C. Osad tych cieplic stanowi miękka, jak masło, nader plastyczna, czarno-szara masa, zawierająca siarkę. Muł ten jest więc produktem naturalnym, pochodzenia wulkanicznego z głębin ziemi i powstaje przez idealne, prawie, że jałowe osadzanie się. Stanowi on rozpad, powstający z osadu wód siarczanych, zawiera spróchniałe cząstki kamienia i ziemi, zmieszane chemicznie i mechanicznie ze składnikami cieplicy; jest to więc prawdziwy muł mineralny. Obecność mułu w wodzie zdrojowej została stwierdzona bezpośrednio, a to w ten sposób, że wodę tę, wypływającą ze szczeliny skalnej, przepuszczano przez warstwę piasku kwarcowego — muł pozostawał na tym piasku. Składników organicznych muł zawiera bardzo niewiele, w przeciwstawieniu do borowiny, która składa się z większych ilości resztek roślinnych i znacznie mniejszych minerałów. Drobnowidowo składa się muł z niezmiernie drobnych cząstek krystalicznych, dzięki czemu miękka, jak masło, masa przylega znacznie ściślej do ciała, niż inne, bardziej gruboziarniste rodzaje borowiny. Muł odznacza się więc doskonałą plastycznością. Muł nie zawiera żadnych bakterij chorobotwórczych, a tylko oligonitrochłonne bakterie typu *Bact. cyanicola*, które dzięki wytwarzanej przez nie substancji śluzowej wpływają wybitnie na właściwości mułu. Poza tym muł zawiera swoiste rodzaje bakterij siarkowych, zbadanych przez fizjologów — botaników Czurdę i Korinkę. W cieplicach i mule Piszczkańskim stwierdzono termofilowe postacie sulfobakterij (*Thiobacterium* i *Thiospirillum pistiense*), które powodują bądź utlenianie związków siarki, bądź ich redukcję. Stwierdzono przy tym, że dla leczniczego działania mułu ważne jest, aby siarka nie pozostawała w stanie niezmiennym, lecz aby ulegała stałym przemianom, aby była zmuszona do ciągłych przemian — do „żywego krążenia siarki“, określiłbym to, jako stan „chwijnej równowagi dynamicznej“. Ze spostrzeżeń Czurdy wynika, iż *Thiospirillum pistiense* wraz z innymi sulfobakteriami powoduje te zmiany i przetwarzanie siarczanów w siarkowodór. Siarkowodór ten, jak każdy związek chemiczny *in statu nascendi*, wywiera szczególnie silne działanie. Żywe procesy przemiany chemicznej, jakie nieprzerwanie zachodzą w koloidowym środowisku mułu w bezpośrednim zetknięciu ze skórą powodują w niej olbrzymie, w chwili obecnej jeszcze niezupełnie poznane zmiany koloidowe. Na zasadzie swoich doświadczeń dochodzi Kionka do wniosku, że w wchłanianiu ciał przez skórę wybitną rolę gra naskórek — zawiera on tłuszcze o typie cholesterolu i łoż, stanowiące odpowiedni rozpuszczalnik lipidowy dla wielu ciał. Wychodząc z tych założeń, Hochrein i Keller badali chemicznie wymianę jonów między skórą a pokrywającym ją roztworem płynnym. Stwierdzili oni, że skóra nie tylko wydziela do

płynu stosunkowo duże ilości określonych jonów, ale że i wchłania również zupełnie określone jony z roztworu. Dzięki temu wzajemny stosunek jonów w tkankach ulega dużej zmianie, a to, z natury rzeczy, powoduje zmiany czynnościowe w skórze.

Pracom Brunona Blocha zawdzięczamy poznanie odrębnych czynności biologicznych skóry i, jak sądzimy, słuszne będzie twierdzenie, iż działanie kąpieli w gościecu należy zaliczyć do kategorii zadziałań, które na drodze przesunięcia jonów powodują zmiany w układzie współczulnym i przywspółczulnym i w ten sposób są w stanie wywrzeć daleko idący wpływ na przebieg innych spraw w narządach mezenchymalnych.

Dla nas szczególnie ważne są badania, dotyczące wchłaniania przez skórę siarki i jej związków. Już Basch i Monoor wykazali w doświadczeniu na królikach, że stosowanie na naskórek maści siarczanych powoduje u zwierząt doświadczalnych ciężkie zaburzenia, bez wątpienia, zatrucie siarkowodorem, gdyż autorowie stwierdzili siarkowodór we krwi i moczu zwierząt. Podobne doświadczenia, jednak z mułem, przeprowadził Kilian. Badano wpływ Piszczkańskiego mułu na ogoloną skórę królika i stwierdzono, iż skóra wchłania związki siarki, a powstający przy tym siarkowodór stwierdzono chemicznie we krwi zwierząt.

Nie jest dotychczas całkowicie rozstrzygnięte, do jakiego stopnia siarka działa swoiście leczniczo na gościecowe schorzenia stawów. Jednak — czy siarka posiada bezpośrednie działanie swoiste, lub też działa oligodynamicznie w sensie nieswoistego drażnika bodźcowego — jedno jest niewątpliwe — że przemianie siarki należy przypisać wielkie znaczenie w schorzeniach reumatycznych. Świadczy o tym zawartość kwasu chondroitynosiarkowego w chrząstce stawowej, następnie badania Meyera - Bischa i wreszcie doświadczenie empiryczne, świadczące o dobrych wynikach, jakie można osiągnąć w niektórych przypadkach schorzeń stawowych przez stosowanie wstrzykiwań siarki.

Również powszechnie jest wiadome, że siarka, zawarta w mule, wywiera pomyślne działanie w niektórych schorzeniach skórnych. Wohlstein miał pomyślne wyniki w przewlekłych wypryskach i uporczywie przebiegających przypadkach skórnych. O tym samym świadczy moje własne doświadczenie.

Muł jest bardzo złym przewodnikiem ciepła. To złe przewodnictwo ciepła powoduje, iż muł oddaje swoje ciepło bardzo powoli i bardzo powoli stygnie. Dzięki temu powolnemu oddawaniu ciepła można doprowadzić do ustroju ilości ciepła znacznie większe, aniżeli przez wodę i borowinę, okłady fango i kataplazmy, które, dzięki większej zawartości wody, są zbliżone w swym działaniu do wody samej i zbyt szybko oddają swe ciepło. W opakowaniu mułowym wyższe temperatury są znacznie lepiej znoszone, aniżeli w kąpieli wodnej o tej samej ciepłocie.

Idealnie plastyczne przyleganie do ciała i wysoka ciepłota (muł stosujemy o temperaturze 45° do najwyżej 50°) powodują silne przekrwienie i pęcznienie przylegających obszarów skóry. Dzięki ciepłu okładu mułowego powierzchowne naczynia obwodowe, jak również i nieco głębiej położone, rozszerzają się, dzięki czemu wielkie ilości krwi krążą z naczyń wewnętrznych na powierzchnię, względnie do obszarów, ulegających zabiegowi. To przekrwienie w sensie Biera stanowi nader istotny czynnik leczniczy.

Pod wpływem opakowania mułowego następuje niezmiernie wielkie wydalenie potu, które się jeszcze

potęguje w następującej po zabiegu gorącej kąpeli i opakowaniu suchym. Wydalanie potu jest tak wielkie, że nie sposób nieomal osiągnąć je przy pomocy najintensywniejszych środków napotnych — picie Piszcząńskiej ciepłoty wzmacnia je jeszcze bardziej. Wybitnie napotne działanie naszych zabiegów ciepłych ma niezmiernie doniosłe znaczenie. Brunner dowiódł, że bakterie i toksyny mogą być bezpośrednio wypłukane z ciała wraz z potem; w doświadczeniach na zwierzętach Brunner wyhodował z potu bakterie, które poprzednio wprowadzał doświadczalnie do krwi. L. Schmidt poczynił ciekawe doświadczenie, że pot w początkach kuracji ma odczyn kwaśny, później obojętny, a w końcu zasadowy, co wskazuje na wzrost rezerwy zasadowej (alkaloza).

Przemijający spadek wagi przez podawanie wody wynosi przy jednorazowym zawijaniu mułowym $\frac{1}{2}$ —2 kg. Woda ta z początku zostaje pobrana z krwi, co powoduje jej przemijające zagęszczenie. Ujawnia się ono we wzroście zawartości hemoglobiny o 10—15% i zwiększeniu liczby krwinek do 5—7 milionów — liczby te, co prawda, szybko spadają do normy. Ustrój dąży do podtrzymania stałego poziomu wody we krwi, niedobór krwi zostaje wyrównany przez wysysanie wody z chłonki, powoduje to żywe procesy osmotyczne w komórkach, wzgl. w naczyniach chłonnych. To tłumaczy potężne działanie wchłaniające na wysięki wszelkiego rodzaju, tym intensywniejsze, że dzięki równoczesnemu silnemu ściskowi ciężkiego mułu przekrwione i wypełnione włóśniczki, naczynia i przestwory chłonne ulegają uciskowi i zostają wyciśnięte w kierunku ośrodkowym. Podług Bohneima przyspieszone krążenie chłonki powoduje wzrost utleniania i powstawania przeciwciał. Niewątpliwie więc zawijanie mułowe wzmacnia krążenie i dzięki wzmocnionemu obiegowi chłonki wpływa wybitnie na wzrost wchłaniania.

Przy dłuższym stosowaniu gorących kąpeli siarczanych stwierdzono przeciętne zwiększenie liczby białych ciałek krwi na czczo 6000 do 14000. W każdym razie ta sztuczna hiperleukocytoza ma wielkie znaczenie dla rozkładu i wchłaniania stałych wysięków organicznych i złogów chorobowych. Co do poszczególnych postaci ciałek białych, to pod wpływem naszych zabiegów balneologicznych stwierdzono w ogólnych zarysach przesunięcie w kierunku monocytoty, niekiedy również i wzrost kwasochłonnych. Tę lekką eozynofilię należy uważać za pomyślny ogólny „odczyn ozdrowieńczy“.

Często również spostrzegałem podczas i po ukończeniu kuracji wyraźny spadek poprzednio przyspieszonego opadania krwinek czerwonych.

Działanie kuracji mułowej ujawnia się również w wybitnym wpływie na przemianę materii i wydalanie. L. Schmidt podaje wyniki badania przemiany materii u chorych podczas kuracji mułowej. Wpływ na przemianę ujawnia się zrazu w lepszym spalaniu azotu pokarmowego. Przemiana azotowa znacznie się wzmacnia; ilość wydalonego mocznika i kwasu moczowego znacznie wzrasta; ma to duże znaczenie w dníe (*arthritis urica*). Natomiast ilości wydalanego kwasu siarczanego i fosforowego podczas całego okresu kuracyjnego leżą znacznie poniżej normy. Występuje więc zatrzymanie w ustroju siarki, pochodzącej z rozkładu pokarmów (nagromadzenie siarki przez zmniejszone oddawanie).

Dalej czynnikiem działającym kąpeli Piszcząńskich jest przegrzewanie. Nawet kąpiel ciepłocowa powoduje większe przegrzewanie, niż zwykła kąpiel

słodkowodna o tej samej ciepłocie. O ile kąpiemy się w basenie ciepłocowym o pewnej ciepłocie, to ciało pozostaje przez pewien czas w środowisku o niezmienniej temperaturze, nie udaje się nam to natomiast w zwykłej wannie, gdyż woda, jako dobry przewodnik ciepła, szybko stygnie, i temperatura wody w wannie zmienia się. Z tych względów nie możemy porównywać nigdy działania sztucznej kąpeli ciepłej z działaniem kąpeli w basenie ciepłocowym. Działanie to wzrasta, o ile stosujemy opakowanie mułowe, gdyż jak już o tym wyżej, była mowa, muł jest złym przewodnikiem ciepła, tak, że znacznie wyższe temperatury są lepiej znoszone, niż w zwykłej kąpeli wodnej.

W ten sposób osiągamy przegrzewanie, jeden z najistotniejszych czynników leczniczych metody Piszcząńskiej. Stwierdzono, że w częściowym opakowaniu mułowym ciepłota wzrasta o $\frac{1}{2}$ do 1 stopnia, w opakowaniu całkowitym jeszcze wyżej. Tak, na przykład, u chorego, który wyśmienicie znosił opakowanie 25 minutowe o ciepłocie 48°, ciepłota ciała wzrosła podczas zabiegu z 36,5° na 38,3°. Ta sztuczna „gorączka z przegrzania“ powoduje przestrojenie ustroju, wzrost ogólnej sprawności czynnościowej komórek i soków i u cz y n n i e n i e z a r o d z i. Siły ochronne i obronne ustroju zostają uruchomione i pobudzone do wzmoczonej czynności. Ta sztuczna gorączka ma podobne działanie do osiąganego obecnie przez stosowanie pozajelitowego leczenia bodźcowego.

Często próbowano przeprowadzać porównanie między leczeniem balneologicznym a bodźcowym. Jakie znaczenie może to posiadać? Jeżeli stanimy na stanowisku, że leczenie balneologiczne jest identyczne z leczeniem bodźcowym, to musimy dojść do wniosku, że leczenie balneologiczne jest zupełnie zbędne i może być zastąpione przez znacznie dostępniejszą terapię bodźcową. Freund jest zdania, że porównanie to ujmuje tylko jeden odcinek zagadnienia. Przemawiają za tym przede wszystkim doświadczenia praktyczne. Na niezliczonych przykładach można dowiedzieć, że balneoterapia niewątpliwie znacznie góruje nad leczeniem bodźcowym.

Podczas gdy, zdaniem Strassera, leczenie bodźcowe powoduje często brutalne, nadmierne odczyny, to rodzaj i rozległość działania kąpeli ciepłej porównać można ze słabym działaniem bodźca białkowego, którego wychylenia nie są nadmierne, dzięki czemu szybciej i łatwiej prowadzą do wyrównania zmian, spowodowanych naszym działaniem leczniczym. Wychylenia te, które po zadziaaniu bodźców brutalnych wahają się szeroko w obu kierunkach i dopiero po wielu dniach, a często i tygodniach wracają do stanu wyjściowego, w kąpielach, podobnie jak i przy nader małych dawkach proteinoleczniczych, są bardzo małe i wyrównują się w przeciągu krótkiego czasu, a nawet kilku godzin. Na zjawisku tym oparte jest przyjęte w balneologii pojęcie „bodźca, leżącego poniżej progu pobudliwości“.

Jako wyraz sumowania podobnych drobnych bodźców musimy przyjąć t. zw. o d c z y n k ą p i e l o w y, w którym spostrzegamy zasadniczo pewne wzmoczenie objawów ogólnych i miejscowych; są to stany, które ujmujemy jako przemijające pogorszenia, jednak, z dążnością poprzez obostrzenie do wyrównania, które, w ostatecznym wyniku winno prowadzić do procesu zdrowienia.

Wystąpienie odczynu kąpielowego po pierwszych 4—8 kąpielach jest uważane zwykle jako oznaka po-

myślnego rokowania. Widujemy jednak przypadki, w których bez wyraźnego odczynu kąpielowego przebieg kuracji jest pomyślny. Być może, czynniki konstytucyjne grają tu pewną rolę. Zdarza się również, że podczas całego przebiegu kuracji — a to szczególnie u osobników wrażliwych, ze wzmogoną gotowością odczynową — występuje powoli narastające pogorszenie stanu chorobowego. Poprawa następuje w tych przypadkach najczęściej w 2—3 miesiące po ukończeniu kuracji. Przyjmowane są zwykle z uśmiechem powątpiewania obietnice poprawy, jakimi lekarze zdrojowiskowi starają się pocieszać tych pozornie niewyleczonych w zdrojowisku chorych. Można tu jednak przytoczyć i naukowo uzasadnione wytłumaczenie: jeżeli ujmijemy całość kuracji jako bodziec drażnikowy, oparty na zsumowaniu poszczególnych bodźców, a więc jako „fazę negatywną“, to jasnym się staje, że „faza pozytywna“ w przebiegu leczenia występuje dopiero po upływie pewnego czasu.

Przychodzimy więc do wniosku, że czynniki balneologiczne w postaci kąpeli idą głównie w dwóch kierunkach, którym przypisujemy wyrównawczą tendencję do zwalczania zaburzeń chorobowych: działanie bodźcowe, stanowiące czynnik uruchamiający, i przekrwienie jako czynnik wchłaniający i rozpuszczający.

Liczba oddechów w kąpeli wzrasta przeciętnie o 4 do 6 na minutę, tak, że możemy mówić o wzmoczeniu przemiany gazowej, a jednocześnie zachodzi przy tym inhalacja związków, zawierających siarkę.

Wspomnieć chciałbym również że ucisk nader drobnych ostrych kryształów mułu i skorupki *Diatomaceae* powoduje nader subtelne podrażnienie nerwów skórnych poprzez strefy Heada działające na głębsze nerwy. Jednocześnie to nader subtelne podrażnienie powoduje pewne „odprowadzenie“ na skórę, działające kojąco na bóle.

Zaznaczyć należy również, że ciśnienie hydrostatyczne i ruchy wody znacznie ułatwiają ruchy stawów o ograniczonej ruchomości. Również bolesne napięcie mięśni u wielu chorych stawowych ulega w gorącej kąpeli rozluźnieniu i zmniejszeniu.

Jednym z poważnych czynników leczniczych siarczanych kąpeli mułowych jest ich radoczynność. Jak wykazały wielokrotne badania Machego, Liebermanna, Christensena i innych, radoczynność ta jest stała i niezmienna, gdyż pochodzi od soli radowych, podczas gdy emanacja radu jest oddawana do wody, znajdującej się nad mułem. W tym sensie należy uważać rotundowy budynek basenu cieplicowego jako jednoczesne wielkie emanatorium radowe. Radoczynność mułu Piszcząńskiego łatwo stwierdzić doświadczalnie, gdyż muł posiada zdolność wywoływania na kliszy fotograficznej przedmiotu metalowego, zamkniętego w pudełku drewnianym.

W końcu chciałbym przeciwstawić się rozpowszechnionemu wśród lekarzy przesądowi, iż „cieplica Piszcząńska jest zbyt mocna“, i w kilku słowach uzasadnić moje stanowisko.

Oczywiście, niedostatecznie wyrównana wada zastawkowa lub schorzenie mięśnia sercowego z wyraźnym spadkiem ciśnienia stanowi przeciwwskazanie do kuracji Piszcząńskiej, gdyż niezbędna jest dostateczna siła zapasowa serca i elastyczna zdolność odczynowa naczyń.

Natomiast dobrze wyrównana wada serca nie stanowi żadnych przeciwwskazań do kuracji w Piszczanach. Z doświadczenia kolegów i własnego opartego na wielkim materiale sanatorium „Pro Patria“, mogę

stwierdzić bez zastrzeżeń, że chorzy z wyrównaną wadą serca prawie bez wyjątków znoszą leczenie bardzo dobrze.

Wynika to ze stopniowania i indywidualnego dawkowania naszych zabiegów ciepłych, a to zarówno co do czasu, jak i zastosowanej temperatury. E. Freund nazywa však muł „nadającym się do niezmiernie precyzyjnego dawkowania“. Liczba środków balneologicznych jest, co prawda, ograniczona, natomiast możliwość manewrowania nimi niezmiernie wielka. Leczenie cieplicowe zaczynamy powoli, przystosowujemy indywidualnie, ostrożnie podnosimy ciepłotę poszczególnych zabiegów, w dążeniu do tego, aby osiągnąć należyty próg pobudliwości, lecz by go nie przekraczać.

Ważnym faktem jest zjawisko, że mięsień sercowy w gorącej kąpeli się nie rozszerza, lecz wykazuje większe napięcie. Beck i Dohan badali zachowanie się wielkości serca w gorącej kąpeli i stwierdzili za pomocą ortodiagrafii zmniejszenie sylwetki sercowej we wszystkich wymiarach — po upływie 3—6 godzin serce wraca do wymiarów normalnych.

Poza tym w każdym przypadku wady zastawkowej stosujemy ochładzanie serca wodą bieżącą — odpowiednie ochładzacze są wmontowane w każdej kabinie. Powodują one wybitne odbarczenie serca. Jak dowiódł Kollár, przyspieszenie tętna w opakowaniu mułowym zmniejsza się szybko pod wpływem ochładzacza. Często stosujemy również ochładzanie głowy. Wreszcie dni odpoczynkowe, jakie wprowadzamy po kilku kąpielach, wybitnie sprzyjają odpoczynkowi pacjenta.

Nawet i chorych z nadciśnieniem można ostrożnie kąpać. Duży odpływ krwi do obwodu powoduje odbarczenie krążenia wewnętrznego, dzięki czemu parcie krwi wyraźnie się obniża; dzięki temu można, szczególnie stosując ochładzacze serca i głowy, spokojnie przeprowadzić kurację. Spadek ciśnienia podczas zabiegów kąpielowych (przeciętnie o 8—10 mm/Hg) jest zwykle przejściowy i w kilka godzin po zabiegu wraca do wartości wyjściowych. Faktem, empirycznie stwierdzonym, jest, iż chorzy z nadciśnieniem, o ile ich naczynia rozporządzają dostateczną zdolnością reakcyjną, przeważnie bardzo dobrze znoszą ostrożnie dawkowane kąpiele.

Obawa przed przesadnie przecenionym niebezpieczeństwem kuracji Piszcząńskiej może doprowadzić do tego, że w ten sposób pozbawiamy chorych cennych czynników leczniczych, które, stosowane racjonalnie, służą do tego, aby skutecznie wpłynąć na ozdrowienie chorego. To niesłuszne i przesadne pojęcie o „ciężkości“ kuracji Piszcząńskiej prowadzi do tego, że pewna część chorych opóźnia okres pomyślny dla leczenia i przybywa do zdrojowiska dopiero wtedy, kiedy schorzenie jest daleko posunięte i trudno dostępne dla leczenia, względnie, kiedy widoki wyleczenia są znacznie mniejsze. Z tych względów, jak zawsze w medycynie, obowiązuje tutaj hasło: im wcześniejsze leczenie, tym większe są widoki wyleczenia!

Jeszcze dzisiaj usprawiedliwione są słowa, wypowiedziane w 1888 roku przez Prof. Mosetig-Moorhafa z Wiednia: „Działanie Piszczan jest tysiąckrotnie wypróbowane i stwierdzone empirycznie — tym winniśmy się zadowolić, być wdzięczni zapobiegliwej przyrodzie za ten bezcenny skarb i dążyć do tego, aby go jak najbardziej udostępnić cierpiącej ludzkości“.

Z maszynopisu niemieckiego przełożył Dr. Ludwik Justman.

Rozważania kliniczne nad pewnymi grupami schorzeń spotykanymi w Morszynie*).

Podał:

S. RAWICZ (Warszawa).

1. Próba nowej klasyfikacji przewlekłego zaparcia stolca.

Zaparcie stolca jest najczęstszym przewlekłym schorzeniem przewodu pokarmowego. To powszechne schorzenie, z racji swego pozaszpitalnego przebiegu, jest rzadko przedmiotem badań klinicznych i laboratoryjnych. Następstwa przewlekłego zaparcia, leczone w oddziałach chirurgicznych, urologicznych, wewnętrznych, ujmowane są jako samoistne jednostki chorobowe; właściwa przyczyna — zaparcie stolca — zwalczane jest doraźnie i niewystarczająco przy pomocy jednego z licznych środków przeczyszczających.

Zaparcie stolca nie jest schorzeniem jednolitym i dlatego wymaga pewnej systematyki. Dotychczasowe podziały uwzględniają zazwyczaj tylko jedną cechę tej choroby, są niewystarczające i próby życia nie wytrzymują.

Za klasyczne uchodzą podziały, oparte na obrazach rentgenowskich. Przykładem takiego podziału jest n. p. podział według umiejscowienia zastoju. Rozróżniamy:

- Zastój całkowity, obejmujący wszystkie odcinki jelita grubego z przewagą w połowie dystralnej.
- Zastój kątniczy i kątniczo-wstępujący, zazwyczaj do pierwszej $\frac{1}{3}$ poprzecznicy, gdzie tworzy się rodzaj czynnościowego zwieracza.
- Zastój w poprzecznicy i części zstępującej.
- Zastój w odbytnicy.

Obrazy takie występują samoistnie lub częściej kombinują się między sobą, jak n. p. dość często spotykany zastój dwubiegunowy katniczo-odbytniczy.

Inną próbą podziału jest podział według stanu napięcia mięśniówki. Podział ten wyodrębnia dwa typy: hiper- i hipotoniczny, — względnie według częściej używanego słownictwa — spastyczny i atoniczny. Pokrewny tym typom jest typ dyskinetyczny, gdzie gra skurczów jest niezborna, a zatem i nieskuteczna.

Ciekawy podział proponują P a u c h e t i G a e -
w i n g e r: opierając się na ogólnym obrazie klinicznym,
dzielią zaparcie na dobrze i źle znoszone, wzgl. zaparcie
stolca zwykle „constipation simple“ i połączone z ogólnym
zakażeniem „constipation avec toxiinfection“. Ana-
tomiczną podstawą rozróżniania obu tych typów jest
stan śluzówki jelita. W zaparciu zwykłym śluzówka jest
nieuszkodzona, w zaparciu z ogólnym zakażeniem zmia-
ny w śluzówce kiszki grubej otwierają wrota dla dostę-
pu do krwiobiegu drobnoustrojom żywym lub ich biał-
kom, produktom rozpadu białka i t. p.

Podziały te w konfrontacji z kliniką praktyczną przeważnie zawodzą. W podziałach rentgenologicznych, uwzględniających umiejscowienie zastój lub stan mięśniówki, uderza przede wszystkim rzadkie występowanie typów czystych. Zrozumiałym jest, że zastój w odcinku końcowym stanowi pewnego rodzaju „vis a tergo” i zawsze prowadzi do zastój proksymalnego. Przyczynia się także do tego obecność ruchów antyperistaltycznych, dzięki którym nawet wysuszone grudki kału znaleźć się

mogą w kątnicy, najczęściej w pewnej szczególnej postaci zastój i niezborności odruchu defekacyjnego t. zw. *dyschesia ano-rectalis*. Utało się mniemanie, że zastój prawy, t. zn. w kątnicy, prowadzi zazwyczaj do zatrucia ze względu na łatwe wchłanianie treści jeszcze płynnej. Przeważnie obraz rentgenowski nie pokrywa się z obrazem klinicznym. Do wystąpienia zakażenia konieczny jest moment uszkodzenia śluzówki, co częściej ma miejsce w odcinku końcowym, gdzie zalega twardy, zbity w grudki kał. Uprzytomnić też sobie należy, że na drodze krwi z kątnicy leży wątroba o dużej zdolności odtruwającej, podczas gdy krew z odcinka końcowego płynie z ominieciem krążenia wrotnego.

Drugą ujemną stroną omówionych podziałów jest brak możliwości jakichkolwiek wniosków leczniczych, wynikających z określenia danego typu zaparcia. Tym się tłumaczy, że lekarz praktyk nie często skierowuje do prześwietlenia przypadki zaparcia stolca, tym bardziej, że nawet najsumienniejsza odpowiedź rentgenologa nie stanowi punktu wyjścia dla dalszego postępowania.

Te, pokrótce omówione niedomagania dotyczących podziałów uzasadniają potrzebę stworzenia nowego podziału, któryby pozwalał na pewne bardziej bezpośrednie wnioski terapeutyczne. Próba takiego podziału byłby podział następujący:

- I. Zaparcie wtórne objawowe, gdzie stwierdzamy trwającą lub w przeszłości przyczynę wywołującą (guzy krwawnicze, złe ułożona dieta, nadkwaśność z wyjątkiem zwężeń organicznych,
- a) z okresami samoistnych popraw,
 - b) utrwalone.

- II. Zaparcie pierwotne,
a) u osobników o konstytucji astenicznej
b) „ „ „ „ pyknicznej
ad a) i b) 1. u osobników młodocianych

- ad a) i b) 1. u osobników młodocianych
2. „ „ powyżej lat 50-ciu
- ad I b i II a i b 1. Skompensowane, t. zn. dobrze znoszone.
2. Dekompensowane, toksy-infekcyjne ogólnie lub ze szczególną lokalizacją.

W podziale tym staraliśmy się uwzględnić moment czasu tak co do ciągłości trwania choroby, jak i wieku chorego, konstytucję chorego oraz ogólny przebieg kliniczny. Istotną cechą tego podziału jest możliwość wyciągania wniosków leczniczych, wynikających ze skłasyfikowania danego przypadku.

W grupie I a często wystarczy usunąć przyczynę, by osiągnąć pożądaný skutek. W grupie I b po usunięciu przyczyny należy przejść do klasycznego leczenia zaparcia przez krótki lub dłuższy okres czasu. W grupie II leczenie musi być przeprowadzone odmiennie, zależnie od konstytucji. U asteników bezwzględnie przeciwwskazane są wszelkie środki przeczyszczające drastyczne, i obok leczenia miejscowego powinno być przeprowadzone ogólne leczenie tonizujące, farmakologiczne i fizyczne, jak np. odpowiednia gimnastyka pokojowa lub w miarę dawkowane sporty. Leczenie zaparcia jest pracą w dużej mierze jakgdyby pedagogiczną, zmierzającą do osiągnięcia fizjologicznych, w regularnych odstępach czasu następujących wypróżnień. Powyżej pewnego wieku tego rodzaju wychowanie jelit jest już przeważnie nie do osiągnięcia, i dlatego leczenie chorych powyżej

*) Odczyt wygłoszony w Zrzesz. Lek. Rz. P.

lat 50-ciu może być tylko objawowe. Przypadki, powikłane ogólnym zakażeniem lub jakimś szczególnym umiejscowieniem zakażenia, n. p. zapalenie miedniczek i pęcherza, migreny i t. d., muszą być, oczywiście, zależnie od rodzaju, odrębnie leczone.

Nie mogę w tym miejscu omawiać leczenia zaparcia, muszę się ograniczyć do tych ogólnych wytycznych; wspomnę tylko o wskazaniach, zależnie od rodzaju zaparcia, do leczenia zdrojowego w Morszynie. Morszyn, posiadający wody gorzko-słone o dużych właściwościach przeczyszczających, jest w wielu przypadkach doskonałym etapem wstępnym, rozpoczynającym żmudne i długotrwałe leczenie przewlekłego zaparcia. Za przeciwskazanie uważam przede wszystkim wyraźnie zaznaczoną konstytucję asteniczną. Dalej zakażenia *b. coli* przebiegające z temperaturami powyżej 37,5 C. Przypadki, powikłane zapaleniem jelita grubego o większym nasileniu, również często źle reagują na środki solne. Leczenie morszyńskie w leczeniu zaparcia przewlekłego stanowi tylko jeden ze środków prowadzących do celu.

2. Okres międzynaładowy wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Zasadniczą cechą choroby wrzodowej jest jej okresowość, samoistne nawroty i remisje. Przyczyna nawrotu łączy się ściśle z zagadnieniem patogenety wrzodu, i niewątpliwie pozostaje niedostatecznym tłumaczeniem nawrotu n. p. skutkiem błędu dietetycznego. Dla lekarza praktyka ważne jest zagadnienie możliwości nawrotu, przewidywanie czasu jego wystąpienia, sposobów zapobiegania oraz wytyczne dla postępowania w okresie bezbólowym. Pierwszorzędne znaczenie mają dokładne wywiady, z których często wynika uprzywilejowanie pewnych pór roku, miesięcy dla wystąpienia nawrotów, czego stwierdzenie w dużej mierze umożliwia zapobiegnięcie nawrotowi przez odpowiednie postępowanie w okresie krytycznym. Terapia okresu międzynaładowego jest o tyle trudna do przeprowadzenia, że nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć choremu, przez jaki czas ma przestrzegać diety i leczenia. Według U d a o n d o, pięcioletni okres bezbólowy świadczy o ustąpieniu sprawy chorobowej. W tym stanie sprawy rzeczą sztuki lekarskiej jest utrzymanie złotego środka, z jednej strony przez baczenie, by nie zarzucić w zupełności leczenia, do czego, zresztą, zdąża sam chory, nie mając przez dłuższy czas dolegliwości, z drugiej strony, by przez przesadne leczenie nie uświadamiać choremu stale i niepotrzebnie jego choroby. Ocena wyników leczniczych w chorobie wrzodowej jest nadzwyczaj trudna ze względu na samoistne remisje tego schorzenia. Z tych względów, mimo szeregu dodatknych spostrzeżeń, nie można przesądzać roli leczniczej Morszyna w tym schorzeniu. Z praktycznego punktu widzenia Morszyn ze swoimi zdrojami i ogólnym nastawieniem dietetycznym pensjonatów oddaje dobre pomocnicze usługi w leczeniu okresu bezbólowego. Nie zawsze okres bezbólowy jest zupełnie bezobjawowy. Tacy chorzy uskarżają się często na uporczywe zgagi, odbijania, zaparcia stolca, uczucie gniecenia w dołku. Objawy te w przeważnej mierze po kuracji morszyńskiej ustępują.

Stwierdzenie utrzymującego się nadkwaśnego nieżyty żołądka w okresie bezbólowym zahacza znowu o patogenetę „ulcère Cruveilhiera” w sensie teorii K o n

jetznego i P u h l a. Objawy dyspeptyczne, wyraz utrzymującego się zapalenia śluzówki żołądka, stanowią jakby etap mikroskopijnych ubytków, z których w każdej chwili z przyczyn nam nieznanych w pewnym miejscu rozwinąć się może atypowy wrzód żołądka lub dwunastnicy.

3. Zespół nadciśnienia wrotnego.

Z patologii wątroby omówię jeden tylko zespół, którego samodzielność kliniczna niedostatecznie może być u nas uznawana. Od czasu prac Gilberta zespół ten pod nazwą „hypertension portale” uchodzi za klasyczny nie tylko w przebiegu marskości L a ë n n e c a, ale jako odrębna jednostka kliniczna. Najlepiej wyjaśni to przykład.

Pacjentka l. 51 zgłasza się ze skargami na wzdęcia, zaparcie stolca, uczucie pełności po jedzeniu, guzy krwawnicze. Od 8 miesięcy zauważyła obrzęki dokoła kostek, nie cofające się w ciągu nocy. Bicia serca i duszności nie odczuwa nawet przy szybkim chodzeniu. Na II piętro wchodzi z łatwością. W nocy moczu nie oddaje. Zawsze dobrze i obficie się odżywia. Przedmiotowo: wzrost 166 cm. Waga 85 kg. W płucach brak zmian. Serce: I ton na koniuszku nie zupełnie czysty, poza tym bez zmian. RR 140/85. Tętno 76/min., miarowe. Oddechów 18/min. Brzuch na poziomie klatki piersiowej, duża bębnica. Wątroba na 4 palce niżej łuku o tępym brzegu, nieznacznie wrażliwa. Ślad obręzków dokoła kostek i do połowy podudzi. Urobilinogen w moczu ++.

W pierwszej chwili cały obraz nasuwa myśl rozpoczynającej się niedomogi mięśnia sercowego; ale dobra wydolność fizyczna w anamnezie, brak nykturii, tętno wolne, dobrze napięte, śluzówki różowe, bez śladu sinicy, oddech swobodny, nieznikanie obręzków w ciągu nocy każą szukać innej przyczyny. W wywiadach na pierwszym planie stoją objawy żołądkowo-jelitowe, wzdęcia, zaparcie stolca, guzy krwawnicze, ogólna senność po jedzeniu. Przedmiotowo stwierdzamy przede wszystkim dużą wątrobę i bębnicę. Obfite odżywianie się chorej nasuwa przypuszczenie pewnego funkcjonalnego przeciążenia wątroby. Bębnica i guzy krwawnicze przemawiają za pewnym zastojem krwi w jelitach, ślad obręzków świadczy o zaburzeniach gospodarki wodnej.

Charakterystyczny był dalszy przebieg. Pacjentka zgłosiła się po czterech dniach i podała, że od 2-ch dni mimo 3—4-krotnych wypróżnień dziennie oddaje niezwykle duże ilości moczu, które w przybliżeniu określa na 2 litry, przy czym nie wypija poza 400 gr. wody mineralnej więcej, niż 3/4 litra płynów. Wzdęcia zupełnie ustąpiły. Pierwszego dnia z powodu obfitych wypróżnień nieco krwawiła z guzów odbytniczych. Przy badaniu RR 155/90; bębnica minimalna, wątroba 2 1/2 palca poniżej łuku, zupełnie niewrażliwa. Przez 4 dni pacjentka odbywała dłuższe spacerowanie; czuje się rześka i świeża.

Ta historia choroby jest dość charakterystyczna; rzucają się tu w oczy zaburzenia gospodarki wodnej i jej ścisła zależność od stanu wątroby: mobilizacja zalegającej wody odbywa się b. szybko po odciążeniu wątroby.

Najjaskrawiej podkreślonym obrazem nadciśnienia wrotnego jest, oczywiście, marskość L a ë n n e c a; „l'hypertension portale” istnieje jednak w miniaturze w codziennym życiu klinicznym, trzeba się tylko z tym pojęciem oswoić. Najcharakterystyczniejsze są dla zespołu następstwa mechanicznego zastojów. Podczas gdy w marskości do mechanicznego zastojów dołączają się daleko posunięte objawy uszkodzenia miąższu, w „nadciśnieniu wrotnym” miąższ wątroby jest zasadniczo zupełnie wydolny, i ewentualnie drobne zaburzenia czynnościowe są łatwo odwracalne, jak n. p. w naszym przypadku zaburzenia gospodarki wodnej. Często spotykanym objawem

w nadciśnieniu wrotnym są utajone krwawienia jelitowe i biegunki naprzemian z zaparciem. Sprawę tę wystarczająco tłumaczy mechaniczny zastój krwi w jelitach. Oczywiście, większe krwawienia jelitowe znamionują już okres przedmarskości. Często jedynym objawem obok bębnicy są guzy krwawnicze.

Zwrócić jeszcze chciałbym uwagę na wzrost ciśnienia krwi w naszym przypadku po spadku ciśnienia wrotnego. Z innych mniej charakterystycznych objawów, ale kających myśleć właśnie o wątrobie, spotykamy migreny, trądzik, suchość w ustach, aerofagię, wzdęcia, małomocz, jasne zabarwienie stolca, biegunki post

coenam. W niemieckiej literaturze spotykamy się często z terminem *hepatopathia*, czego nie należy utożsamiać z pojęciem nadciśnienia wrotnego.

Zespół ten spotyka się przede wszystkim u zażywnych pykników, którzy trybem swego życia i przyzwyczajeniami pokarmowymi trwale przeciążają czynnościowo swą wątrobę. W leczeniu na pierwszym planie stoi ograniczenie ilościowe pokarmów, przede wszystkim tłuszczów. Z leczenia farmakologicznego uwzględnić należy środki przeczyszczające i żółciopędne. Morszyn dla swych przeczyszczających i żółciopędnych wód jest klasycznym zdrojowiskiem dla tej kategorii chorych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Kwaśne mieszanki mleczne w dietetyce niemowląt.

Podał

Dr. A. KIRSZBRAUN (Warszawa).

Kwaśne mieszanki przez wiele lat nie odgrywały w medycynie większej roli. Dopiero w ostatnich latach zainteresowanie tymi mieszankami wzrosło wśród lekarzy oraz szerokich warstw ludności, dzięki ulepszonemu metodom ich sporządzania, dzięki odpowiedniemu uświadomieniu laików i lekarzy o ich wartości odżywczej i leczniczej. Lekarze późno ocenili wartość i znaczenie tych mieszanek i zostali znacznie zdystansowani przez medycynę ludową. Ludność wiejska w różnych krajach już od wielu wieków używa kwaśnych mieszanek, otrzymywanych drogą fermentacji, do odżywiania niemowląt. Dawydow, pracując w żłobkach, zorganizowanych dla ludności wiejskiej na Kaukazie, stwierdził, że podczas lata matki karmią niemowlęta lub też uzupełniają pokarm pełnym kwaśnym mlekiem, t. zw. „siuzmą” lub rozcieńczoną „siuzmą”, którą nazywają „ajran”. Ludność przygotowuje większy zapas „siuzmy” od razu na całe lato. Obserwując niemowlęta przez letnie miesiące, autor stwierdził, że zaburzenia dyspeptyczne występują u nich znacznie rzadziej, niż u dzieci, które „siuzmy” nie otrzymywały; przyrost wagi był duży dzięki wysokiej wartości odżywczej i łatwej przyswajalności mleka kwaśnego nawet przez bardzo młode niemowlęta.

Najbardziej jednak znane rodzaje kwaśnego mleka, otrzymywane drogą fermentacji i używane od zamierzchłych czasów przez ludy południa i wschodu, są kefir, kumys i jogurt.

Nie mają one jednak większego zastosowania w dietetyce niemowląt. Natomiast w Holandii bardzo rozpowszechnionym ludowym środkiem odżywczym niemowląt jest maślanka. Dzięki publikacjom lekarzy holenderskich, którzy stwierdzili doskonałe wyniki podawania maślanki, znalazła ona szerokie zastosowanie w odżywianiu niemowląt i jest obecnie spośród kwaśnych preparatów mlecznych, otrzymywanych drogą fermentacji, najbardziej rozpowszechniona; zasady jej stosowania są ogólnie znane.

Jednak trudności przygotowywania maślanki spowodowały, że starano się ją zastąpić innym podobnym preparatem. A d a m ze szpitala dziecięcego w Gdańsku używa mleka kwaśnego, zawierającego mało tłuszczu i dużo wapnia. Mleko A d a m a zawiera stałą kwasotę $\text{pH}=5,5$ i jest wypuszczone na rynek jako mle-

ko skondensowane. Jest ono łatwe do sporządzania i użycia.

Dużym postępm w przygotowaniu mleka kwaśnego było zastąpienie fermentacji kwasami. Różnica między jednym a drugim sposobem zakwaszenia jest ta, że w mleku kwaśnym sfermentowanym cukier mleczny przechodzi w kwas mlekowy, zaś w mleku, zakwaszonym kwasem, cukier jest zachowany. W mleku kwaśnym białko ulega częściowemu rozpadowi na pro-albumozy i pro-peptony, wapń zaś zostaje utrzymany w stanie zdysocjowanym (zjonizowany). Tym sposobem poszczególne składniki kwaśnego mleka zostają odpowiednio przygotowane do łatwiejszego trawienia.

W roku 1923 Amerykanin Mariott pierwszy przygotował kwaśne mleko, dodając kwasu mlekowego do pełnego mleka. Mleko Mariotta jest obecnie najbardziej rozpowszechnioną kwaśną mieszanką, aby ją otrzymać, należy do litra przygotowanego i ostudzonego mleka dodać 7 cm. czystego kwasu mlekowego. L u s t dodaje 5,0 gr. roztworu 10% kwasu mlekowego na każde 100,0 gr. mleka. Mleko to ma tę przewagę nad maślanką, że, mając jej zalety, nie jest pozbawione tłuszczu i jest znacznie łatwiejsze w przygotowaniu.

Mleko kwaśne zawdzięcza swą lepszą przyswajalność następującym własnościom. Zakwaszone mleko łatwiej ulega strawieniu w żołądku. Dowiodły tego badania Mariotta i Dawidsona, którzy wykazali, że kwasota soku żołądkowego niemowlęcia, karmionego piersią, wynosi na szczycie trawienia $\text{pH}=3,8$, natomiast przy karmieniu mlekiem krowim jest znacznie niższa i może się obniżyć nawet do $\text{pH}=5,3$. Dzieje się to dzięki temu, że krowie mleko ma zdolność wiązania znacznie większych ilości kwasów, niż mleko kobyce dzięki dużej ilości ciał buforowych, jak kazeinogen, fosforany, zawartych w mleku krowim. Ciała te wiążą część kwasu w żołądku, i dlatego też kwasota żołądkowa zostaje obniżona. Badania Mariotta wykazały, że żołądek celem osiągnięcia normalnego poziomu kwasoty musi wydzielić dla strawienia mleka krowiego ilość kwasu trzy razy większą, niż podczas karmienia piersią. Dodając kwas mlekowy do mleka krowiego, pozbawiamy je własności buforowych i zbliżamy kwasotę żołądka niemowlęcia, karmionego zakwaszonym mlekiem, do kwasoty normalnej. Ma to duże znaczenie dla procesów trawiennych, wydzielniczych i czynności ruchowych żołądka. Szczególnie zaś u niemowląt dystroficznych, u których czynność wydzielnicza żołądka jest upośledzona, spożywanie zakwaszonego mleka związane jest ze

znacznie mniejszym wysiłkiem. Zakwaszenie mleka sprzyja powstawaniu bardzo delikatnej zawiesiny z kazeiny, która dzięki temu jest lżej strawna i lepiej ulega przyswojeniu.

Dla zakwaszenia mleka *Mariott* zaleca kwas mlekowy, który jest najbardziej fizjologiczny, gdyż wytwarza się w ustroju przy fermentacji cukru mlecznego. Jako kwas organiczny spala się całkowicie w ustroju; jest mało trujący. Pod jego wpływem kazeinian wapnia rozkłada się, tworząc mleczan kazeiny, zaś wapń tworzy z kwasami tłuszczowymi mydła, ułatwiające przyswajanie tłuszczów. Wolny kwas mlekowy posiada własności antyseptyczne: dzięki jego obecności mleko kwaśne hamuje rozwój pałeczki okrężnicy; stężenie jego jednak nigdy nie osiąga takiego stopnia, aby działał bakteriobójczo.

Dla trawienia żołądkowego duże znaczenie ma również fakt, że kwas mlekowy może regulować czynność odźwiernika tak, jak kwas solny. Jest to dowód, że własności swe zawdzięcza on wyłącznie stężeniu jonów wodorowych.

W górnych odcinkach jelita cienkiego znajdujemy głównie florę bakteryjną gram-dodatnią (*bac. acidophilus*, *bifidus* i inne), natomiast niżej, szczególnie w jelicie grubym, przeważają gram-ujemne (*b. coli*) oraz gnilne. W stanach chorobowych flora z dolnego odcinka może powędrować ku górze, gdzie wywiera działanie wybitnie szkodliwe (*coli-dyspepsia*). Stężenie jonów wodorowych jest na przestrzeni przewodu pokarmowego różne, dzięki czemu flora bakteryjna znajduje w poszczególnych odcinkach jelit najlepsze dla swego rozwoju stężenie tych jonów. W przewodzie pokarmowym niemowlęcia, karmionego piersią, stężenie jonów wodorowych jest wyższe dzięki obecności *bac. bifidus*, który wytwarza z cukru kwas mlekowy; *b. coli* natomiast najlepiej rośnie na podłożu alkalicznym albo słabo kwaśnym, w środowisku zaś silnie kwaśnym *b. coli* nie rośnie, a nawet ginie. Otóż skład oraz stężenie jonów wodorowych kwaśnych mieszanek mlecznych są tego rodzaju, że przedstawiają fizjologiczne optimum dla rozwoju pożądanych grup bakterii (*bifidus*), a nie sprzyjające rozwojowi *b. coli*. Kwaśne mleko hamuje fermentację, wywołaną przez *b. coli*.

Należy jednak pamiętać, że, jak z naciskiem podkreślają *Kleeberg* i *Behrendt*, dodatnie działanie kwaśnych mieszanek mlecznych jest wypadkową wszystkich własności kwaśnego mleka, a więc rodzaju składników odżywczych, flory bakteryjnej i kwasoty: czysty kwas mlekowy sam przez się nie posiada tego działania, dlatego też podawanie go nie ma wpływu na zaburzenia jelitowe.

Zamiast kwasu mlekowego można używać do zakwaszenia mleka kwasu cytrynowego (*Weissenberg*) albo wprost soku z cytryny: 50,0 g soku cytrynowego na litr mleka (*Lesné*). Kwas cytrynowy ma tę przewagę nad kwasem mlekowym, że można go od razu dolać do mleka, natomiast kwas mlekowy należy wlewać kroplami i starannie mieszać, aby otrzymać drobną zawiesinę.

Przechodząc do wskazań, można powiedzieć, że na ogół wszyscy autorzy są zgodni, iż zakwaszone pełne mleko, wzbogacone dwoma węglowodanami, mianowicie 2% mąki i 5% cukru, stanowi pożywienie bogate kalorycznie i przez niemowlęta dobrze znoszone. Zaleca się je szczególnie wcześniakom, niemowlętom dystroficznym lub też w przebiegu zakażeń; można je również stosować w karmieniu mieszanym. Ze względu na włas-

ności antydyspeptyczne stosuje się je (pełne lub rozcieńczone) w lekkich dyspepsjach, *F e e r* zaś podaje je nawet w ciężkich dyspepsjach, ale dopiero po ustąpieniu objawów toksycznych.

R o h m e r stosuje u siebie w klinice suchy preparat zakwaszonego mleka, wyrabiany przez firmę *N e s t l e* pod nazwą *Pelargon*. Roztwór 14% pelargonu odpowiada pełnemu zakwaszeniu mleka i w działaniu niczym się od niego nie różni, jest natomiast wygodny i prosty w przygotowaniu. Podaje go *R o h m e r* w ilości 150 g na kilo wagi, zwykle jednak rozpoczyna od mleka do połowy rozcieńczonego i w ciągu 2—3 dni przechodzi na pełne mleko. *R o h m e r* podkreśla, że w stanach dyspepsji działanie zakwaszonego mleka zbliża się do działania mleka białkowego. Nie miał jednak *R o h m e r* dobrego wyniku u niemowląt wymiotujących.

L e s n é w dyskusji na posiedzeniu Tow. Ped. w Paryżu zaznacza, że mleko zakwaszone często jest znoszone przez niemowlęta wymiotujące lub mające biegunki znacznie lepiej, niż maślanka. Miał on doskonałe wyniki, stosując je u niemowląt wymiotujących, hipotroficznym, w uporczywych biegunkach lub w okresie rekonwalescencji po ostrych dyspepsjach. *L e s n é* używa mleka, zakwaszonego kwasem mlekowym lub cytrynowym albo wprost sokiem z cytryny. Wyniki miał jednakowo dobre. Odmiennego zdania jest *Ł u n c*, który po podawaniu mleka, zakwaszonego kwasem cytrynowym, otrzymał znacznie gorsze wyniki, niż po zakwaszeniu kwasem mlekowym. Stosuje on u młodych niemowląt kwaśne mleko w rozcieńczeniu $\frac{2}{3}$ mleka i $\frac{1}{3}$ kleju ryżowego; na pełne mleko przechodzi on dopiero wtedy, gdy przyrost wagi jest niedostateczny. *Ł u n c* podawał mleko kwaśne niemowlętom w wieku od 2 tygodni do 2 miesięcy w ciągu 4—5 miesięcy. Wyniki otrzymał bardzo dobre. Niemowlęta dobrze znosiły mieszanki, nie wymiotowały; stolce 2—4 razy na dobę, żółte, mało cuchnące. Przyrost wagi wynosił przeciętnie 22—27 g dziennie. Niemowlęta odznaczały się większą odpornością na zakażenia grypowe, pyodermie, które na ogół wykazywały lżejszy przebieg.

Według *B e u m e r a* kwaśne mleko jest najodpowiedniejszym dla niemowląt środkiem odżywczym. Używa on mleka nierozcieńczonego, do którego dodaje 2% mondaminy i 5% cukru *S o x h l e t a*; mleko zakwasza kwasem cytrynowym w tabletkach (t. zw. *aciletten*): na 100,0 g mleka przypada 1 aciletki. Mieszanek można dosłodzić sacharyną. W razie zaparcia mondaminę należy zastąpić mąką pszenną, cukier *S o x h l e t a* cukrem zwykłym; można ewentualnie dodać jeszcze 2—3 łyżeczki ekstraktu słodowego. (Uwaga: cukier *S o x h l e t a* można zastąpić maltonem lub nutromaltem). Jak zaznacza *B e u m e r*, niemowlęta znosiły te mieszanki doskonale, zaburzenia dyspeptyczne zdarzały się bardzo rzadko, mają one zresztą zwykle lekki przebieg i dają się łatwo opanować. Dzienna ilość pobranej mieszanki *B e u m e r a* nie powinna przekraczać w I—II mies. życia 600—650 g; u starszych niemowląt dawka jednorazowa wynosi przeciętnie 140—150 g. Poczynając od VII mies. zamiast kwaśnego mleka można dać mleko zwykłe. Przejście na pokarm mieszanym odbywa się według ogólnie znanych zasad.

Wartość kaloryczna kwaśnych mieszanek, sporządzonych na pełnym mleku, jest wysoka. Dlatego też ilość spożywanej mieszanki jest stosunkowo mała i musi być odpowiednio dawkowana, aby uniknąć 2 możliwych do popełnienia błędów: przekarmienia oraz nie-

doboru płynu. Z jednej bowiem strony boimy się przekroczyć tolerancję i wywołać stany dyspeptyczne, z drugiej zaś niedostateczna ilość płynu może wywołać niepożądane skutki, szczególnie latem. Beumer nie podziela tych obaw, radzi on jedynie podczas upałów dodawać niemowlętom herbaty lub wody.

Na ogół jednak większość klinicystów, przynajmniej na początku, podaje mleko kwaśne rozcieńczone. Marfan np. poza przypadkami, gdy podawanie mieszanek stężonych jest wyraźnie wskazane, radzi stosować wyłącznie mleko kwaśne, rozcieńczone klejem ryżowym z dodatkiem cukru. Najlepsze wyniki otrzymał Marfan, stosując mleko kwaśne w proszku, z którego przygotowuje 10% roztwór w kleju. Mieszanka ta jest chętnie brana przez niemowlęta, podawanie jej nie grozi przekarmieniem; przyrost wagi wynosi do 3 deka dziennie.

Kwaśne mieszanki zawierają tłuszcz. Niemowlętom jednak z objawami skazy wysiękowej lepiej przez pewien czas podawać mleko kwaśne odtłuszczone.

Beumer podkreśla konieczność wczesnego podawania witamin, nie bacząc na to, że karmienie niemowląt kwaśnymi mieszankami prędzej zabezpiecza przed ich niedoborem. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że kwaśne mieszanki zapobiegają powstawaniu tęczy, którą, jak wiadomo, cechuje alkalozą. Badania wykazały, że nie tylko wapń, ale i żelazo lepiej ulegają wchłonięciu podczas diety kwaśnej.

W stanach dyspeptycznych Beumer przestrzega przed natychmiastowym podawaniem kwaśnych mieszanek, jako środka leczniczego w biegunkach. Leczenie biegunek bez objawów toksycznych rozpoczyna się wg. metody Bessaua: I dzień: herbata z sacharyną; II — 10% klej ryżowy (200,0 na kilo wagi) z sacharyną; III — klej ryżowy + 3% cukru Soxhleta;

IV — klej ryżowy + 5% cukru Soxhleta. Dopiero od V-go dnia poczynając, dodaje po 100,0 gr. dziennie odtłuszczonego kwaśnego mleka, wycofując się stopniowo z kleju.

Zamiast kleju można od początku dawać 2% klej z owsianki z dodatkiem 4% cukru Soxhleta (lub maltonu, nutromaltu) oraz 2% plasmonu (lub laktonu, larosanu). Gdy stolce zaczynają się poprawiać, można rozpocząć podawanie kwaśnego mleka (Beumer).

Jak widzimy z powyższego, Beumer zaleca kwaśne mieszanki głównie jako środek odżywczy i podaje je w postaci nierozcieńczonej. Inni klinicyści, jak już wspomniałem, są ostrożniejsi i dają mleko rozcieńczone (Lunc, Marfan), względnie rozpoczynają od mleka rozcieńczonego i stopniowo przechodzą na pełne (Rohmer).

Na ogół jednak możemy powiedzieć, że kwaśne mieszanki zasługują na szerokie rozpowszechnienie, gdyż mogą oddać olbrzymie usługi jako środek odżywczy szczególnie dla niemowląt dystroficznych, pozbawionych pokarmu naturalnego, w ręku zaś doświadczonego lekarza mogą się okazać doskonałe w zapobieganiu i leczeniu stanów dyspeptycznych.

PIŚMIENNICTWO.

P. Rohmer. Revue Fr. Ped. XII—5. Lesné. Bull. Soc. Ped. Paris. r. 1937 — Nr. 1. H. Beumer. Ueber d. Ernährung d. Säuglings. 1937 wyd. G. Thieme. Dawydow. Wopr. Ped. VII—6. Marfan. Le Nourrisson. Nr. 3 — 1937. J. Kleeberg i H. Behrendt. Die Naehrpraeparate u. Sauermilcharten. Weissenberg. Arch. Kindh. T. 78. Lunc. Państw. Instytut Ochr. M. i Dz. (Z. S. S. R.). II — Nr. 3. Feer. Schweiz. Med. Wch. 1934. Lust. Kinderkrankheiten. Adam. p. Kleeberg i Behrendt. Mariott. p. Lunc.

Oceny książek.

Prof. Dr. Kazimierz BOCHENSKI. *Położnictwo operacyjne*. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Nakładem Warsz. aj. wyd. „Delta” 1937.

Podręcznik ten przeznaczył autor do użytku studentów oraz lekarzy-praktyków. Każdy zabieg przedstawiony został bardzo dokładnie. Zarówno wskazania, jak i sposoby wykonania zabiegów omówione są drobiazgowo.

Ryciny, wzięte z podręcznika Döderleina, są bardzo dobre. Jest ich nieco mniej, niż w innych tego rodzaju podręcznikach, ale opis zabiegów jest tak dokładny, i wszystkie szczegóły są tak drobiazgowo przedstawione, że można dobrze się zorientować nawet bez rycin. Więcej rycin przydałoby się jedynie w rozdziale o operacjach kleszczowych.

Ze względu na tę właśnie dokładność i przejrzystość w opisie wskazań i zabiegów zasługuje podręcznik na szerokie rozpowszechnienie.

Sposób wykładu jest jasny i świadczy o dużym doświadczeniu pedagogicznym autora.

Najwięcej skorzystają z książki studenci, mogą się z niej dokładnie nauczyć przedmiotu. Również lekarz-praktyk będzie mógł do niej zająrzeć w powikłanej sytuacji położniczej.

Książka wydana jest starannie i estetycznie.

W. Szenwic.

Wskazówki praktyczne.

Bickel zwraca uwagę na objawy niedomogi przedniego płata przysadki: zmiana usposobienia i charakteru, nastawienie egocentryczne, nadwrażliwość, brak łaknienia i zachowanie się niedyscyplinowane. Objawy te bywają mylnie brane za wyraz hysterii lub choroby psychicznej i odpowiednio leczone niewłaściwie. Tymczasem chorym takim można radykalnie pomóc leczeniem hormonalnym przetworami z przedniego płata przysadki w dużych dawkach lub przez wszczepienie do jamy otrzewnej przysadki cielejcej. (Presse med. 1937. Nr. 60).

I. Abelin potwierdza dodatnie działanie Witaminy A (Vogan) w nadtarczyczności. Wandt, Falta i Dietrich po-

dają pomyślne wyniki leczenia lekkich i średnio ciężkich przypadków choroby Basedowa za pomocą stosowania 150.000 jednostek biologicznych (=30 razy dziennie po 30 kropeł Voganu) dziennie: poprawa stanu ogólnego, obniżenie przemiany podstawowej, wzrost wagi, zmniejszenie pobudliwości nerwowej i częstotliwości tętna. (Schweiz. med. Woch. 1936, Nr. 46).

Ascoli wypowiada się w sprawie swojej metody leczenia zimnicy (malarii) Adrenaliną w sposób następujący. Leczenie polega na wstrzykiwaniach dożylnych od 1/100 mg. poprzez 1/90, 1/80 aż do 1/20 i 1/10. Ostatnią dawkę w zależności od przypadku

powtarza się około 20 razy. Metoda ta może być stosowana zarówno w zimnicy przewlekłej, splenomegalii malarycznej, niedokrewności zimniczej i charłactwie, jak w zimnicy świeżej. Zasadą leczenia jest wywołanie maksymalnego skurczenia się śledziony, aby tą drogą otrzymać wycisnienie plasmodij. W większości przypadków takie zmniejszenie się objętości śledziony było osiągnięte i po 2 latach stwierdzono brak nawrotu. Poza tym okazało się, że tak leczeni chorzy zachowywali się odpornie względem nowego zakażenia. (M. m. W. 1937. Nr. 10).

—O—

Grabowski leczy dychawicę oskrzelową *Pyriferem*. Przetwór ten składa się z zabitych niechorobotwórczych mikrobów

szczepu *Coli*, wywołującego gorączkę. Stosuje się go śródżylnie, zaczynając od 20 jednostek. Stosownie do natężenia odczynu następuje powolne zwiększenie dawki od 5 do 10 jednostek i wyżej. Zastrzykiwanie robi się co 2 lub 3 dzień. Szczyt gorączki przypada na czas pomiędzy 6 a 8 godziną po zastrzyknięciu. Często spostrzeżenie poprawy już po 1-ym, 2-ym lub 3-ym zastrzyknięciach. Poleca się jednak wywołanie 5—7 odczynów gorączkowych. Obserwacje G. trwają jednak zbyt krótko, aby o ostatecznym wyniku można było powiedzieć coś stanowczego. Przypadki z nieżytem oskrzeli były trudniejsze do opanowania, niż przypadki niepowikłane. (M. m. W. 1936. Nr. 52).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

167 Posiedzenie z dn. 17.XII.1936 r.

1. *Ognisko w grzbietowo-dogłównowej części mostu*. Z. W. Kuligowski (Klinika Neurologiczna U. J. P. Kierownik: Prof. K. Orzechowski).

U 52-letniej kobiety ze zwichnięciem lewego ujęcia żylnego i niedomogą zastawki dwudzielnej, z ciśnieniem krwi 200/100 (Korotkow) nagle bez utraty przytomności wystąpił następujący zespół: naprzemienne porażenie połowicze, t. j. po lewej stronie znieczulenie w obrębie n. 5 z wyłączeniem czoła, *keratitis neuroparalytica*, wysypka, zbliżona do *herpes zoster* na nogawce, spojówce i skórze podstawy nosa, zajęcie ruchowej gałązki n. 5 (przykurcz, a później porażenie żwaczy), porażenie n. 6, n. 7, porażenie spojrzenia całkowite ku lewej, niepełne ku prawej. Po stronie prawej: niedowład połowiczy piramidowy, niedoczulica połowicza (głównie ból i temperatura), zniesienie czucia ułożenia na kończynie górnej oraz obręcz i wysypka, zbliżona do *herpes zoster* tamże. W ciągu obserwacji dołączyły się objawy mózdkowe w lewej kończynie górnej i niedowład piramidowy lewej kończyny dolnej.

Główne ognisko należy lokalizować w obrębie mostu po lewej stronie, gdzie zajmuje ono jądra czuciowe i ruchowe n.n. 5, 6, 7, dochodząc i przekraczając linię środkową. W pobliżu tej ostatniej niszczy wiązkę pośrodkową tylną, od dołu zajmuje szlak rdzeniowo-wzgórkowy, wstęgę przysiódkową i wreszcie tor piramidowy w podstawie mostu. Mniejsze ogniska istnieją także po prawej stronie mostu. Pod względem etiologicznym chodzi tu o drobne wybroczyny. Należy podkreślić niezwykłą rzadkość *keratitis neuroparalytica*, doprowadzającej do zaniku gałki ocznej, i nieopisywane dotychczas wykwity typu półpaścowego, obejmujące całą kończynę górną po stronie przeciwnej do ogniska w zesbołach mostowych.

2. E. Herman i H. Zeldowicz. *Przypadek nagminnego zapalenia mózgu z ogniskowymi zaburzeniami roślinnymi*. (Z II Oddziału Neurologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie. Ordynator: E. Herman).

U 21-letniego chorego z wyraźnymi objawami pośpiączkowymi, powikłanymi nieznacznym niedowładem lewostronnym charakteru piramidowego, występującym zaburzenia potliwości w postaci nadpotliwości samoistnej lewej połowy twarzy, w mniejszym stopniu szyi.

Lewostronny niedowład obok zajęcia międzymózdzia stwarza warunki dogodne dla asymetrycznej nadpotliwości.

Zachodzi tu uszkodzenie dwu pierwszych neuronów z podanych przez Guttmanna i Lista 5 neuronów układu inercyjnego potowydzielniczego i I neuronu — od kory poprzez torebkę wewn. do jąder podkorowych, II neuronu — od podwzgórza do jądra wegetatywnego w opuszcze.

Zaburzeniami potowydzielniczymi w parkinsonizmie pośpiączkowym zajmował się u nas Leśniowski.

3. Sterling i Stein. *Przypadek nietypowej twardziny skóry z rozległymi zmianami mięśni i zaburzeniami dokrewnymi*. (Referatu nie dostarczono).

4. *Dwa przypadki torbieli mózdku*. S. Bau-Prusakowa i Gelbardówna (Klinika Chorób Nerwowych U. J. P. Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski).

U mężczyzny 47 lat wystąpiły w czerwcu b. r., podobno po udarze słonecznym, silne bóle głowy, połączone początkowo z wymiotami. Od września chód chwiejny, osłabienie pamięci. Przed 4 laty uraz czaszki (upadek z wysokości 2-giego piętra i uderzenie cegłą w głowę) z utratą przytomności na przeciąg paru godzin oraz z bólami głowy w ciągu paru dni. Nie słyszy na lewe ucho, lecz nie wie od jak dawna. Przedmiotowo:

Objawy oponowe zaznaczone, bolesność czaszki przy opukiwaniu w okolicy skroniowo-potylicznej l., tarcza zastoinowa (3D) z krwotokami i obniżeniem bystrości wzroku oka l. Niedowład górnej gałązki l. n. VII, głuchota lewostr. o typie ośrodkowym, oczopląs poziomo-obrot. 1^o przy spojrzeniu do boków, mijanie samoistne w lewo, zbaczanie w lewo przy chodzeniu z oczami zamkniętymi, pobudliwość błędników (kalorycz. i galwan.) zachowana dla kanałów poziomych; porażenie wrzekome kanałów pionowych. Drżenie drobno-faliste w k. k. g. i d. Objaw chwytany, wyraźny w k. k. g., zaznaczony w dolnych, objaw koła zębatego w mięśniu dwugłowym ramion, wygórowanie odruchów ścięgowych i być może ogólne osłabienie k. k. d., wybitna asynergia, zaburzenia psych., jak: upośledzenie pamięci, orientacji, niemożność skupienia uwagi, zwolnienie procesu myślenia, apatia. W płynie m.-rdz. dodatnie odcz. Nonnego-Apelta, Pandeyego, 0,6% białka. Na rentgenogramie wzmożenie rysunku nac. kości sklepienia, częściowo zniszczenie siodełka tur. Na podstawie wyraźnych objawów mózdkowych i mijania samoistnego w lewo rozpoznaliśmy guz l. półkuli mózdku.

Operacja wykonana przez D-ra Choróbskiego wykazała torbiel w l. półkuli mózdku, komunikującą z IV komorą.

Po operacji nastąpiła znaczna poprawa. Z objawów stwierdzonych poprzednio pozostały tylko: nieznaczny oczopląs w lewo, niedowład górnej gałązki l. n. VII, ślad tarczy zastoinowej, obniżenie bystrości wzroku, nieznaczna asynergia, lekkie zbaczanie w lewo przy chodzeniu z oczami zamkniętymi, osłabienie słuchu po stronie lewej (w miejscu zupełnej głuchoty).

Przypadek 8-letniej dziewczynki, dotąd zdrowej, otyłej i z dużą głową, u której w kwietniu 36 r. wystąpiły bóle głowy z wymiotami. W lipcu 1936 r. niewielki uraz w głowę i od tego czasu stopniowe pogarszanie się wzroku aż do zupełnego oślepienia.

Stan chorej z chwilą przyjścia do Kliniki był następujący: proporcje eunuchoidalne, rozmieszczenie tkanki tłuszczowej o typie przysadkowym, głowa hydrocefaliczna, żyły skroniowe po stronie lewej rozszerzone. Na dnie oczu zanik pozastoinowy, widzi jedynie ruchy palców przed oczami. Oczopląs poziomy III^o w lewo. Pareza dolnej gałązki prawego nerwu twarzewego. Odruchów kolanowych brak. Ciśnienie płynu m.-rdz. początkowo 300 mm, po 5 cm³ spadło do 50 mm. Queckenstedt fizjologiczny. Zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało pogłębienie wycisków palczastych i zniszczenie siodełka. Chorą skierowano na operację, poprzedzoną wentrikulografią. Operacja wykonana przez D-ra Choróbskiego 4.XI.36 r. wykazała prawie całkowity brak mózdku, którego miejsce zajmowała duża torbiel. Po operacji przejściowo wystąpiły objawy mózdkowe w postaci ataksji, spowolnienia diadochokinezy, dodatniego objawu Romberga. Zanik całkowity wzroku. Pierwotne przypuszczenie co do urazowego charakteru torbieli musiało upaść ze względu na to, że już przed urazem zaczął się rozwój choroby oraz z powodu zupełnego braku objawów mózdkowych przed operacją. Brak objawów mózdkowych mógł zależeć tylko od kompensacji przez płaty czołowo-ciemieniowo-skroniowe. Taka kompensacja możliwa jest jedynie w sprawach wrodzonych lub nabytych we wczesnym dzieciństwie. Duża głowa, objawy otłuszczenia przysadkowego przemawiają również za długotrwałością sprawy, bowiem wodogłowia, które je już od dawna wywoływało, musiało też istnieć od długiego czasu, wodogłowie zaś było następstwem torbieli mózdku, która uniemożliwiała odpływ płynu m.-rdz. z komór. Przypadek ten pokrywa się niemal zupełnie z przypadkiem Penfielda, w którym obok torbieli w okolicy robaka zachodził brak wrodzony otworów Luschki.

5. *Craniopharyngioma (?) u 41-letniej kobiety bez zespołu przysadkowego ze ślepotą jednooczną od 6 roku życia*.

Z. W. Kuligowski (Klinika Neurologiczna U. J. P. Kierownik: Prof. K. Orzechowski).

U 41-letniej kobiety z rysami maskulinizmu i o psychice infantylniej stwierdzono w 6 roku życia ślepotę lewego oka. Przed 4 laty zaczął się pogarszać wzrok na prawym oku i wówczas stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym dodatni odczyn Bordet-Wassermanna. Po leczeniu swoistym wzrok się poprawił. We krwi o. Bordet-Wass. zawsze ujemny. Do Kliniki chora przybyła z objawami oponowymi i mózdkowymi (chód na szerokiej podstawie, zataczanie się). Na dnie oka lewego znaleziono zanik prosty nerwu wzrokowego; na prawym — tarczę zastoinową, przechodzącą w zanik. Po stronie prawej zwiększenie koncentryczne pola widzenia z obniżeniem ostrości widzenia do $\frac{6}{10}$, a po lewej zupełna ślepota. Wysokie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego (300), białko 1,6%, pleocytoza ≈ 1 w 1 mm, Nonne-Apelt ++, Pandy +++ , badanie cytologiczne (Alzheimer) — tylko limfocyty. Wassermann ujemny. W rentgenogramach czaszki: zniszczenie siodełka tureckiego z wtłoczeniem w głąb zatoki klinowej, nieostre granice wyrostków pochyłych przednich, ognisko zwapnienia okrągłe wielkości grochu po stronie lewej w pobliżu siodełka.

Rozpoznano guz w okolicy przysadki najprawdopodobniej *craniopharyngioma*. Dodatni odczyn Wassermanna był nieswoisty, a uwarunkowany przedostawaniem się zawartości od czasu do czasu pękających torbieli guza do przestrzeni podpańczynówkowej, co również mogło doprowadzić do rozszerzenia białkowo-cytologicznego w płynie.

6. *Przypadek torbieli w gwiazdziaku mózgu*. Chorób-ski i Sznajderman (Klinika Neurologiczna U. J. P. Kierownik: Prof. K. Orzechowski).

Chory, lat 40. Od 2 lat postępujące osłabienie prawych kończyn. Już po wystąpieniu niedowładu seria napadów Jacksona, które rozpoczynały się w prawej górnej kończynie, obejmowały twarz, a potem kończynę dolną prawą z utratą przytomności, niemota ruchową po napadzie oraz bezwładem prawostronnym. Po 24 godz. niemota ustąpiła, bezwład się zmniejszył. Bóle głowy zjawiały się dopiero w ciągu rozwoju objawów ogniskowych. Na podstawie objawów: tarczy zastoinowej na dnie oczu, osłabienia ostrości wzroku ($\frac{2}{3}$), drgawek Jacksona w prawej połowie ciała, prawostronnego wybitnego niedowładu z dodatnim Babińskim oraz wyniku odmy łądźwiowej (zaciśnięcie i nieznaczne przesunięcie lewej komory w prawo) rozpoznano guz w okolicy zawoju ośrodkowego przedniego lewego. Chory nie zgodził się na zabieg operacyjny, otrzymał serię nasświetlań Roentgen., po czym nastąpiła poprawa stanu ogólnego, na dnie oczu pogorszenie.

W październiku 1936 r. zgłosił się ze stanem przedmiotowym nieco lepszym. Skarży się na bóle głowy, niedowład prawostronny jest nieco mniejszy, chory chodzi, przy tym kosi (przed tym nie chodził). Na dnie oczu tarczy tylko nieco przekrwione. *Visus*: 6/6. Przed zabiegiem operacyjnym chory został poddany wentrykulografii, która wykazała w lewej okolicy ciemieniowej obecność wielkiej torbieli, stojącej w łączności z częścią środkową lewej komory bocznej. Podczas operacji poza torbielą widoczną na wentrykulogramach, zawierającą płyn m.-rdz., znaleziono 2 inne mniejsze torbiele, wypełnione płynem

bursztynowym, nie będące w związku ani z komorą boczną, ani ze wspomnianą dużą torbielą. Nożem elektrycznym usunięto ściany torbieli, ponieważ jednak nowotwór naciekał także i okolicę ruchową mózgu, guza w całości nie usunięto. Przebieg operacyjny bardzo dobry. Drobnowidowo: *Astrocytoma* zbudowane przeważnie z komórek protoplazmatycznych.

Po operacji — drgawki ustąpiły, niedowład prawych kończyn nieco mniejszy, lepiej chodzi. Dno oka normalne. Od czasu operacji jednak zaczyna się w mowie, czego dawniej nie było.

W przypadku tym niezmiernie ciekawa jest samoistna poprawa przebiegu choroby, która dokonała się, jak wynika z porównania encefalogramów i wentrykulogramów, wykonanych przed poprawą i po niej, dzięki samoistnemu odbarczeniu „środczaszkowemu” wskutek przebiccia się wielkiej torbieli do komory bocznej.

7. P. Słonimski i M. Cunge. *Nowa metoda wybiórczego barwienia naczyń krwionośnych*. (Przeznaczone do ogłoszenia).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego Bordeaux i Kraju Południowo-Zachodniego z dnia 25 lutego 1937 r. (*Presse méd.* Nr. 28/1937) Laperveuche przedstawił wyniki *znieczulenia ogólnego drogą śródżylną*. Prelegent stosował evipan i eunarcon, wstrzykując je stosunkowo szybko (30 sekund, aby osiągnąć próg znieczulenia). Zachwala ich stosowanie, wbrew zaleceniom klasycznym, w ciężkich przypadkach zęba mądrości, w których szybko ustępuje szczękocisk (10 przypadków), oraz w nagłych przypadkach, w których stanowią wybory środek znieczulający. Do tych dwóch wskazań ogranicza prelegent zakres stosowania tej metody znieczulania. Znieczulenie evipanowe zarzuca prelegent od dwóch lat w drobnych zabiegach z powodu niebezpieczeństw, związanych ze stosowaniem tego środka znieczulającego, które są większe niż niebezpieczeństwa, związane z samym zabiegiem operacyjnym. Nie stosuje go również jako znieczulenia wyjściowego, gdyż evipan w małych dawkach powoduje podniecenie, przeszkadzające normalnemu rozwojowi znieczulenia inhalacyjnego. Zaleca stosowanie znieczulenia evipanowego metodą przerywaną tylko w tych przypadkach, w których inne metody znieczulenia są przeciwwskazane, zaś wątroba i nerki są wydolne, gdyż w długotrwałych znieczuleniach należy się obawiać powikłań, spowodowanych przez kumulowanie środka, aczkolwiek są autorzy, którzy temu przeczą.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 16 marca 1937 r. (*Presse méd.* Nr. 29/1937) Piéry i Enselme mówili o *działaniu wód solno-słonych na normalne i patologiczne czynności wątroby*. Badali oni wpływ wód solno-słonych z Brides na czynności wątroby u osobników z lekką jej niedomogą. Wywierają one wpływ miarkujący na wydzielanie barwników przez komórkę wątrobową, zmniejszając zawartość cholesterolu we krwi i pobudzając czynność mocznikotwórczą wątroby. Te własności regulacyjne w stosunku do żółci wykazują trzy rodzaje wód: wody solno-ziemne (Vittel, Contrexéville), wody alkaliczno-ziemne (Pouques) i wody solno-słono-wapniowe (Brides). Wobec tego, prelegenci sądzą, że to swoiste działanie przypisać należy jonowi wapnia.

Korespondencja.

W sprawie publikacji D-ra Stanisława Niklewskiego i D-ra Ignacego Pinesa p. t. „Zespół Morgagni-Adams-Stokesa w przypadku przemijającego bloku węzła zatokowego”. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1937, Nr. 20, str. 385.

Autorzy publikacji p. t. „Zespół Morgagni-Adams-Stokesa i t. d.”, podkreślając rzadkość występowania bloku zatokowo-przedsionkowego, cytują piśmiennictwo obce, pomijają natomiast zupełnie prace autorów polskich, a mianowicie:

1. D-ra Henryka Rasolta i D-ra Juliana Walawskiego p. t. „Zachowanie się serca po porażeniu układu współczulnego gynyrgenem” (*Medycyna Doświadczalna i Społeczna* Tom XV, 1932), w której to pracy autorzy uzyskali doświadczalnie blok zatokowo-przedsionkowy.

2. D-ra E. Szczeklika p. t. „Blok zatokowo-przedsionkowy” (*Polska Gazeta Lekarska* 1934).

3. D-ra W. Mikułowskiego. D-ra K. Rachoniewej i D-ra H. Rasolta p. t. „W sprawie długotrwałego rytmu węzłowego na tle bloku zatokowo-przedsionkowego

u dziecka z kiłą wrodzoną” (*Polskie Archiwum Med. Wewn.* 4/1935).

Rozumiejąc, oczywiście, jak najzupełniej powoływanie się na prace autorów obcych, uważam, że nie należy jednak pomijać zdobytych autorów polskich przez nieuwzględnianie pełnego piśmiennictwa naukowego polskiego, tym bardziej, że publikacja pp. Dr. Dr. Niklewskiego i Pinesa jest ogłoszona w języku polskim.

Również i tytuł publikacji jest niewłaściwy, gdyż, jak wynika z treści historii choroby, chory skarżył się na krótkotrwałe zawroty głowy bez utraty przytomności i drgawek, a jak wiemy — na czoło zespołu chorobowego Morgagni-Adams-Stokesa właśnie wysuwa się utrata przytomności i drgawki. (Wenckebach i Winterberg: *Die unregelmässige Herztätigkeit* 1927, str. 384. W. Orłowski: *Choroby serca i naczyń krwionośnych*, 1933, str. 142).

Traktowanie banalnego zjawiska krótkotrwałych zawrotów głowy na równi z klasycznym zespołem Morgagni-

Adams—Stokesa, t. j. utratą przytomności, drgawkami i t. d., wprowadza zamęt i stanowi nieściśłość naukową.

Wreszcie podkreślić należy, że przytoczone przez autorów elektrokardiogramy nie są poparte przez wykresy schematyczne, co łącznie z niedostateczną wyrazistością rycin (klisz) znacznie utrudnia czytelnikowi dokładne wnikięcie w interpretację autorów.

Do tego przyczynia się brak ryciny z odprowadzeniem III. na które autorzy się powołują.

Wreszcie uważam za niewłaściwe używanie terminu „blok węzła zatokowego” zamiast „blok zatokowo-przedsionkowy”, gdyż blok czyli upośledzenie lub zniesienie przewodnictwa może dotyczyć tylko elementów przewodzących, a nie wytwarzających bodźce, zatem określenie „blok węzła zatokowego” byłoby albo niewłaściwym skrótem miana „bloku zatokowo-przedsionkowego”, albo też nieodpowiednim ujęciem istoty zaburzenia.

Doc. Dr. Julian Walawski.

Czcigodny Panie Redaktorze.

W odpowiedzi na uwagi p. Doc. D-ra Walawskiego stwierdzam, co następuje:

1. Podzielamy całkowicie pogląd, że dorobek nauki polskiej winien być zawsze wysuwany na pierwszy plan w pracach autorów polskich i to niezależnie od języka publikacji. W naszym jednak artykule, mającym charakter kazuistyczny, piśmiennictwo omówione było tylko o tyle, o ile cytowane poglądy przyczyniały się do uwypuklenia i podkreślenia zdania autorów. Prace, przytoczone przez pana Docenta, choć nadzwyczaj cenne, wiążą się w sposób bardzo luźny z tematem zasadniczym i w artykule kazuistycznym nie mogły znaleźć uwzględnienia. Artykuł D-ra Szczeklika w części, omawiającej blok typu pierwszego, jest stosunkowo pobieżny, i analogie się nie nasunęły.

2. Termin zespół Morgagni—Adams—Stokesa użyty został w tytule. W treści artykułu autorzy zaznaczyli, że objawy w danym przypadku przypominały tylko wspomniany zespół. Prof. Witold Orłowski w swoim dziele p. t. „Choroby serca i naczyń krwionośnych” uwzględnia (str. 143, wiersz 15 od

góry) napady lekkie z utratą przytomności, ale bez drgawek. Tak samo Wenckebach i Winternberg w rozdziale p. t. „Zespół Adams—Stokesa” opisują napady lekkie, w których nie spotyka się drgawek, ani utraty przytomności (str. 391, wiersz 8 od dołu). Podobne wzmianki znaleźć można w książkach Tomasza Lewisa i Ernsta Edensa (rok 1929, str. 539, wiersz 1 od góry).

3. Niedostateczna, być może, wyrazistość klisz wywołana została koniecznością zamieszczenia długich krzywych i dokonania pomniejszeń, które, niestety, niezupełnie dobrze wypadły. Odprowadzenie III z rytmem całkowicie miarowym, jak to zaznaczono w tekście artykułu, nie przyczynia się do wyjaśnienia sprawy.

4. Termin — blok zatokowo-przedsionkowy jest teoretycznie właściwszy, niż blok zatokowy. Najlepsze jest określenie Prof. Witolda Orłowskiego (Rozkojarzenie zatokowo-przedsionkowe). Jednak skrót nazwy, użyty przez nas, jest uzualny, jak dowodzi zamieszczenie go w podtytule w książce Wenckebacha i Winterberga (str. 364) oraz w podręczniku elektrokardiografii klinicznej Wilhelma Dresslera (str. 121, wiersz 9 od dołu, rok 1934).

Zechce Czcigodny Pan Redaktor przyjąć wyrazy najwyższego poważania.

Ignacy Pines.

Szanowny Panie Redaktorze.

W związku z artykułem p. D-ra med. i historii Aleksandra Krasuskiego: „Historia odmy sztucznej”, umieszczonym w „Warsz. Czasop. Lekarskim” Nr. 25—28, pozwalam sobie zwrócić uwagę na moje dwie prace o odmie sztucznej, pominięte przez autora, mianowicie: 1) „O stosowaniu sztucznej odmy piersiowej sposobem Forlaniniego” (Medycyna i Kronika Lek. 1918 r. Nr. 40) i 2) „Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą” (W. Cz. Lek. 1930 Nr. 1).

Ze szczerem poważaniem

G. Lewin.

O d c i n e k.

Zarys historyczny talassoterapii.

Podał

Aleksander KRASUSKI dr. med. i dr. historii (Warszawa).

Leczenie morzem zgodnie ze współczesnymi pojęciami obejmuje leczenie klimatem morskim, słońcem i kąpielą morską. Tak pojęte leczenie uzyskało nazwę talassoterapii. Nazwę tę wprowadził w r. 1867 La Bonnardière¹⁾.

* * *

Lekarze świata starożytnego stosowali leczenie klimatem i wodą morską, ale ze swych spostrzeżeń w tej mierze nie wyciągali bardziej ogólnych wniosków. O leczeniu tym wspominają oni jedynie ubocznie przy omawianiu różnych cierpień.

Lekarze arabscy i lekarze średniowiecza opierali się jedynie na wiedzy starożytnych, a sami do dziedziny leczenia morzem nic nowego nie wniesli.

Leczeniem morzem zainteresowano się ponownie dopiero ku końcowi XVII w.

Znacznym postęp w talassoterapii zaznaczył się dopiero w drugiej połowie XVIII w. łącznie z ogólnym postępem w dziedzinie leczenia balneologicznego i klimatycznego.

Medycyna XVIII w. w drugiej jego połowie opierała się na systemie Boerhaavego. System ten dążył do uzgodnienia medycyny klinicznej ze zdobyczami nauk przyrodniczych. Podstawą medycyny stała się obserwacja. Mechanistyczne ujmowanie zagadnień fizjologicznych i patologicznych sprawiło, że w medycynie operowano grą tych samych sił, jakie przejawiały się we wszechświecie. Operowano jednolitym obrazem świata, obejmującym przyrodę żywą i martwą. Postęp w dziedzinie chemii sprawił, że zaczęto na nowo badać źródła mineralne, bo dawne analizy były już przestarzałe. Dzięki temu zwrócono baczną uwagę na działanie wód mineralnych, co ożywiło leczenie uzdrowiskowe. Miasta i państwo ze swej strony popierały ruch balneologiczny, widząc w nim nowe źródła podniesienia swych dochodów. Miejscowości kąpielowe starano się udostępnić szerszym warstwom społecznym, wysyłano tam na leczenie ubogich na koszt miast i gmin. Widzimy więc, że leczenie uzdrowiskowe w XVIII wieku nabierało znaczenia społecznego.

Obok tego na rozwój ruchu balneologicznego duży wpływ wywarły hasła powrotu do natury, które tak szeroki posłuch znalazły wśród ówczesnych społeczeństw.

Zachwycano się pejzażem gór i morza, a obok wrażeń estetycznych spostrzegano ich wpływ na zdro-

¹⁾ Verhandlungen des IV internationalen Kongresses für Thalassotherapie. Berlin 1909, str. 100.

wie. Zdobywcze chemii, fizyki, meteorologii dawały naukowe wyjaśnienie obserwowanych faktów.

Czystość powietrza morskiego, jego wilgotność oraz stałość temperatury stanowiły wytyczne do jego zastosowania leczniczego. Bertrand²⁾ w 1721 r. zaobserwował, że nad morzem gruźlica była cierpieniem rzadszym, niż w innych okolicach Francji, i stąd wyciągnął wniosek, że leczenie gruźlicy nad morzem może dawać dobre wyniki.

Około 1769 r. o kąpielach morskich pisał Maret³⁾. Uważał on, że kąpiel morska działa na ciało przez sól w niej zawartą, a na ducha przez pejzaż morza.

Szczególnie potężny rozwój talassoterapii zaznaczył się w XVIII wieku w Anglii. W 1750 roku ukazała się książka R. Roussela⁴⁾. Na zasadzie własnych obserwacji uważał on, że leczenie morzem daje doskonałe wyniki w skrofulozie. Leczenie to, zdaniem jego, było w stanie zmienić konstytucję. Siła lecznicza wody morskiej zależała od zawartości soli oraz od wydzielin wodorostów i zwierząt, żyjących w morzu. Woda morska prócz tego miała zabezpieczać przed procesami gnilnymi w ciele⁵⁾. Przez stosowanie zabiegów z wody morskiej można było osiągnąć potężne i różnorodne wyniki lecznicze⁶⁾. Wodę morską stosował Roussel w postaci chłodnych kąpeli. Kąpiele morskie zaleca on stosować po odpowiednim wypoczynku ciała i ducha pacjenta. Wszelkie rozrywki wiejskie, nużące ciało, w czasie kąpeli winny być wzbronione⁷⁾.

Oprócz skrofulozy zalecał on stosowanie kąpeli morskich w manii, melancholii, w chorobach skórnych, w wyczerpaniu nerwowym⁸⁾. W skrofulicznych cierpieniach oczu zalecał on przemywanie wodą morską. Oprócz kąpeli stosował on wodę morską do picia. Wodę tę należało pić z rana na czczo w ilości 1 funta. W ten sposób stosowana, wywierała ona działanie przeczyszczające. Z punktu widzenia patologii humoralnej była to rzecz pierwszorzędnej wagi, gdyż środki przeczyszczające, moczopędne, napotne miały sprzyjać odnowie soków ustrojowych, a przez to przestrajały skład humoralny organizmu.

Roussel zaleca jednak obok stosowania wody morskiej i stosowanie innych leków, a w szczególności wapnia w postaci tartych muszel, koralu i t. p.

Mówiąc o leczeniu wapniowym omawia dzieje jego od najdawniejszych czasów i dodaje — *Haec quidem recensui, ut firmetur calcium usus, cum marina aqua, in glandularum morbis*⁹⁾. Zaznacza on wyraźnie, że woda morska jest potężnym lekarstwem, ale niedoświadczeni mogą je błędnie stosować¹⁰⁾.

²⁾ Bertrand J. B. Dissertation sur l'air maritime 1721. — cyt. pg Mac Auliffe — Thérapeutique physique d'autrefois. Paris 1904, str. 56.

³⁾ Maret. Mémoire sur la manière d'agir des bains. Paris. 1769. cyt. pg. Mac Auliffe I. c. 209.

⁴⁾ Roussel Ricardo. De tabe glandulari sive de usu aquae marinae in morbis glandularum Oxonii et Londini 1750 r.

⁵⁾ Roussel I. c. 5. 6. 139.

⁶⁾ tenże I. c. 147.

⁷⁾ tenże I. c. 176.

⁸⁾ Roussel I. c. 181—182.

⁹⁾ tenże 71.

¹⁰⁾ tenże I. c. 147.

Po Rousselu w Anglii o leczeniu morzem pisali Robert White¹¹⁾ i Kentish Richard¹²⁾.

21 czerwca 1792 r. założono w Anglii w Margate kąpielisko i szpital nad morzem dla chorych skrofulicznych. Urządzenia te powstały wskutek starań doktora Lettsoma, lekarza londyńskiego.

W 1796 roku szpital ten posiadał już 30 łóżek. Leczone tam dzieci i dorosłych¹³⁾.

Pod wpływem Anglii w XVIII wieku znajdowała się niemiecka Getynga. Na rozwój uniwersytetu tego miasta, dzięki warunkom politycznym, potężny wpływ wywierał ruch naukowy i kulturalny angielski. Z Getyngi wpływy angielskie oddziaływały na inne państwa niemieckie. W 1792 r. znakomity fizyk z Getyngi Lichtenberg, w czasie podróży do Anglii, zwiedził kąpieliska morskie w Margate i Deal. Po powrocie zaznajomił on Niemców z nowymi zdobyczami lecznictwa morskiego. Artykuł swój Lichtenberg ogłosił w 1793 r.

Lichtenberg chciał utworzyć kąpielisko w Cuxhafen, jednakże nie udało mu się tego dokonać.

Przed Lichtenbergiem w 1785 roku proponował urządzenie kąpieliska nad morzem pastor Janus z Ostfryzlandu. Myśli Janusa nie znalazły jednak posłuchu, i projekt jego niewyzykany spoczywał w Collegium Medicum aż do 1812 r.¹⁴⁾

Gorącym zwolennikiem nowego leczenia był słynny lekarz niemiecki Hufeland (1762—1825), który urabiał odpowiednio opinię wśród świata lekarskiego ówczesnych państw niemieckich.

Szczególnie dla talassoterapii zasłużył się Samuel Gottlob Vogel, profesor uniwersytetu w Rostocku. Dla myśli, rzuconych przez Lichtenberga i Hufelanda, udało mu się zjednać księcia Fryderyka Franciszka, i przy jego pomocy powstało pierwsze kąpielisko morskie na ziemiach niemieckich w Heilgendam—Doberan. W 1793 roku przy nieukończonych jeszcze urządzeniach rozpoczęto już sezon kąpielowy. Frekwencja kąpieliska stale wzrastała. W 1794 r. korzystało z niego 308 kuracjuszy, a w 1806 roku pomimo wojen i niesprzyjających warunków politycznych było już w uzdrowisku 1.304 pacjentów.

W r. 1794 ukazała się książka Vogela o kąpielach morskich¹⁵⁾. Vogel opierał się na lekarzach angielskich i własnych obserwacjach. Kąpiel morska, zdaniem Vogela, wywiera działanie tonizujące i pobudzające. Wzmacnia ona układ nerwowy. Co do wskazań, to na pierwszym miejscu jest mowa o skrofulozie, dalej o stanach wyczerpania nerwowego i ogólnego osłabienia organizmu.

Co roku Vogel ogłaszał drukowane sprawozdanie z działalności uzdrowiska¹⁶⁾.

Dowiadujemy się stamtąd, że w 1799 r. w uzdro-

¹¹⁾ White Robert. The use and abuse sea vater. London 1766.

¹²⁾ Kentish Richard. Essay on sea bathing. London 1786.

¹³⁾ Hirsch Max. Die Heilkraft der See in ihrer sozialen Bedeutung — Veröffentlichungen der Zentralstelle für Balneologie. Berlin 1925. N. F. Heft 2, str. 37.

¹⁴⁾ Rohlf's Hinrich — Die medicinischen Classiker Deutschlands. 1880. II. 123.

¹⁵⁾ Vogel Samuel Gottlob. Ueber den Nutzen und Gebrauch der Seebäder. Stendhal bei Franzen und Grosse 1794 r.

¹⁶⁾ Vogel Samuel Gottlob. Annalen des Seebades zu Doberan. Rostock 1800 (omawia sezon kąpielowy 1799 r. Jest w Warsz. T-wie Lekarskim).

wisku było 615 osób. Z tej liczby leczyło się kąpielami 220 osób. Rozkład dnia kuracjusza był następujący: z rana o 7-ej kąpiel, polegająca na kilku zanurzeniach. Po kąpeli przechadzka nad brzegiem morza. Potem śniadanie. Po śniadaniu spacer. Od 12 do 1-ej konna jazda. Około 1-ej obiad. Po obiedzie do 5-ej wypoczynek, a następnie kilkugodzinny spacer. Kuracjuszom urozmaicano czas: przez urządzenie zebrań towarzyskich, przedstawień teatralnych, przejażdżek po morzu. W zbudowanej w lesie altanie w czasie spacerów grała orkiestra.

Z wyżej powiedzianego widzimy, że pierwsze kąpielisko morskie niemieckie rozwijało się planowo. Dbano tam w równej mierze o potrzeby ciała, jak i ducha pacjenta. ^b

Na początku XIX wieku duży wpływ wywarła książka Buchana o kąpielach morskich¹⁷⁾. Książka ta została w 1812 roku przetłumaczona na język francuski. Wywarła ona duży wpływ na autorów francuskich. Buchan stoi na stanowisku, że kąpiele morskie, jako środek silnie działający, powinny być stosowane jedynie z zalecenia lekarzy. Lekarze powinni czuwać nad kąpiącymi się, obserwować ich i ściśle badać. W 1812 roku ukazała się rozprawa doktorska D-ra Lefrançois z Dieppe, poświęcona talassoterapii. W 1805 roku w sprawie leczenia morzem zabrał głos lekarz amerykański Rush. Wskazywał on na szkodliwość leczenia morzem w gruźlicy płuc¹⁸⁾.

Zaznaczyć należy, że w tym czasie opierano się jedynie na danych empirycznych. O klimacie morskim mówiono w ogóle, nie różnicując go ściśle. Dużą rolę przypisywano wodorostom morskim. Myślano, że, rozsypując na podłodze pokoju chorego wodorosty morskie, można upodobnić atmosferę pokoju do powietrza morskiego. Lekarze arabscy pierwsi wprowadzili ten sposób poprawiania powietrza przez rozsypywanie roślin leczniczych na podłodze pokoju chorego. Myśl, przez nich rzucona, tradycyjnie utrzymywała się przez długie wieki.

Umierający na gruźlicę Laënnec wierzył niezachwianie w działanie zbawienne klimatu Bretanii i w swym pokoju zalecał rozściełanie tamtejszych wodorostów¹⁹⁾.

Działanie klimatu morskiego w gruźlicy płuc poddał rewizji Broussais. Doszedł on do wniosku, że brzegi Bretanii w gruźlicy płuc są nieodpowiednie. Zalecał on natomiast atmosferę pełnego morza i dalsze podróże morskie.

W pierwszej ćwierci XIX wieku w Niemczech zaznaczył się szybki rozwój talassoterapii, zaczęły powstawać liczne uzdrowiska nadmorskie. Wspomnę tu tylko, że Zoppoty powstały w 1821 r.

* * *

Wielki zwrot w talassoterapii dokonał się dopiero w drugiej połowie XIX wieku. Dzięki badaniom meteorologicznym, klimatologicznym i chemicznym klimatu morskiego było możliwe ustalenie ścisłych wskazań i przeciwwskazań do leczenia.

W Niemczech duże zasługi na tym polu położył Benckee, opierając swe badania na nowoczesnych

zdobycach naukowych w dziedzinie fizjologii. W 1882 roku Benckee wskazał na możliwość przeprowadzenia całorocznych kuracji nad morzem Północnym.

Weber ustalił ściśle wskazania i przeciwwskazania do podróży morskich. Dzięki tym nowoczesnym pracom talassoterapia stopniowo ze sztuki stawała się naukową gałęzią lecznictwa.

Do rozwoju talassoterapii we Francji w tym okresie przyczynili się nie tylko lekarze.

W drugiej połowie XIX wieku wielkie postępy zrobiła medycyna doświadczalna. Claude Bernard wywarł na umysłowość swej epoki taki sam wpływ, jak w XVII w. Descartes i Newton.

Saint-Beuve, Balzac, Renan, Taine — wszyscy oni byli owiani czarem zdobywcy na polu fizjologii doświadczalnej. Wymiana myśli pomiędzy przedstawicielami medycyny a światem literackim i przedstawicielami nauk historycznych była bardzo żywa.

Dla rozwoju talassoterapii wybitne zasługi położył Michelet. W książce pod tytułem „La mer“ Michelet snuje myśli na temat medycyny przyszłości. Uważa on, że medycyna przyszłości to medycyna społeczna. Zadaniem jej zapobieganie chorobom i poprawa konstytucji. Cele te w znacznej mierze osiągnięte zostaną przez stosowanie leczenia klimatycznego nad morzem. Morze, zdaniem Micheleta, daje zdrowie, ale obok tego kształci ducha, odnawia jego siły²⁰⁾.

Michelet zapoznał się z medycyną przez studiowanie dzieł lekarskich oraz obcowanie z lekarzami. Książka ta silnie oddziaływała na ówczesne umysły i przyczyniła się do spopularyzowania talassoterapii. Wśród szerokich warstw ówczesnego społeczeństwa książka ta w dużej mierze przyczyniła się pośrednio do założenia słynnego uzdrowiska w Berck Plage.

Drugie cesarstwo pod osobistym protektoratem cesarza zaczęło otwierać liczne stacje klimatyczne i kąpielowe. Po Biarritz i Vichy Berck korzystało z pilnej uwagi cesarza i cesarzowej.

W 1855 roku otwarto zakład wodolecznicy w Croisie nad morzem. Zakład ten poprzedzał Berck. Myśl leczenia morzem szybciej, niż we Francji, rozwijała się we Włoszech. Za sprawą Barellai we Włoszech powstało kilka uzdrowisk morskich.

W tym czasie Bonnet ogłosił pierwsze prace z zakresu leczenia słońcem. Zalecał on leczenie to w gruźlicy stawów. Zaznaczyć tu należy, że do czasu Bonnet'a słońce uważano za czynnik ogólnohigieniczny, a nie specjalnie leczniczy.

Prace Bonnet'a ukazały się pomiędzy 1845 a 1853 rokiem.

Ulegając nowym prądom w lecznictwie, rada naczelna zakładów leczniczych francuskich wysłała 20 dzieci skofulicznych do Saint Malo. Dzieci te były leczone pod kierunkiem D-ra Lhostea. W leczeniu tych dzieci stosował Lhoste plażowanie i kąpiel morską. Wyniki leczenia były bardzo dodatnie²¹⁾.

W 1857 r. rozpoczęto leczenie w Berck. Leczenie to przeprowadzał Dr. Perrochaud, który zapoznał się uprzednio z metodą leczenia, stosowaną przez Lhostea.

¹⁷⁾ Buchan A. P. Practical observations concerning sea bathing. London 1804.

¹⁸⁾ Rush. Medical inquiries and observations. Philadelphia 1805. Cyt. pg Mac-Auliffe. 64.

¹⁹⁾ Mac-Auliffe Thérapeutique physique d'autrefois. 1904, str. 61, 62.

²⁰⁾ Michelet J. „La mer“. Paris, Calman Levy, b. r. 299. 300. 400. 401. 355.

²¹⁾ Simon Ivonne Essai sur l'histoire et l'évolution de la Thalassothérapie Thèse. Paris 1925. 19. 20. 22.

Dr. Perrochaud powierzył opiekę pielęgniarską nad dziećmi pewnej wdowie — bretonce Duhamel. Współpracowała z nią pełna oddania dla sprawy leczenia również prosta kobieta Marianne Brillard. Nazwano ją Marianne toute seule. Jeden z kongresów talassoterapeutycznych uczcił ją pięknym wspomnieniem za jej cichą a tak owocną pracę.

O doskonałych wynikach Perrochaud dowiedział się Dr. Bergeron, i on to rozpoczął starania o otwarcie w Berck specjalnego zakładu leczniczego. Berck stopniowo się rozrastało, z Marianne toute-seule zaczęły pracować siostry franciszkanki. 2 lipca 1861 r. zostało dokonane otwarcie oficjalne uzdrowiska. Założono na razie drewniany szpital na 100 łóżek. Dyrektorem tego szpitala był Perrochaud. W 1864 roku szpital odwiedziła cesarzowa Eugenia. Po tej wizycie stanął obszerny szpital murowany. Od tego czasu uzdrowisko osiągnęło światową sławę. W 1877 roku rozbudowano szpital i stworzono oddziały dla leczenia dorosłych ²²⁾.

Z powiedzianego widzimy, że we Francji do rozwoju talassoterapii poza usiłowaniami lekarzy w znacznej mierze przyczyniły się czynniki charytatywne i społeczne. One to pozwoliły na zrealizowanie myśli lekarskiej.

Podobnie w Niemczech do usiłowań lekarskich przyłączyło się współdziałanie czynników filantropijnych i społeczno-państwowych. W 1876 roku powstało pierwsze uzdrowisko niemieckie dla ubogich dzieci skrofulicznych. Do założenia tego uzdrowiska przyczynił się w dużej mierze pastor Rodenbäck. Pomagała mu również osoba dobroczynna. Uzdrowisko to powstało w Norderney. Prowadziły je ewangelickie siostry miłosierdzia.

W 1880 r. z zachęty Prof. Benckego utworzono związek uzdrowisk dziecięcych nad morzem Północnym. Związek ten miał za zadanie udostępnienie leczenia morzem dzieciom ze sfer ubogich. W krótkim czasie związek ten objął uzdrowiska na Bałtyku. Nad morzem zaczęły powstawać liczne zakłady towarzystw dobroczynnych, kas chorych i t. d. Stołeczne szpitale niemieckie pobudowały oddziały nad morzem dla rekonwalescentów ²³⁾.

Do ożywienia się ruchu naukowego w dziedzinie talassoterapii przyczyniały się kongresy naukowe, poświęcone specjalnie tej gałęzi lecznictwa.

Pierwszy taki kongres odbył się w Boulogne sur Mer w 1894 r. Drugi w Ostendzie w 1895 r.

Po dłuższej przerwie zwołano w 1903 roku III kongres w Biarritz. IV kongres odbył się w 1908 roku w Abbazji. V kongres odbył się w Kołobrzegu 1911 r.

* * *

²²⁾ Simon I. I. c. 23—25.

²³⁾ Hirsch Max I. c. str. 37.

Choć ocena współczesnego stanu wiedzy nie należy do historyka medycyny, to jednak musi on mieć ją na oku. W związku z tym chcę poświęcić parę słów stanowi obecnemu talassoterapii na Zachodzie. Zasadniczo różnią się w ujmowaniu zagadnień Francuzi i Niemcy. Francuskie prace noszą przeważnie charakter kliniczny, podczas gdy niemieckie — teoretyczno-dowodzący. Badania krwi, badania podstawowej przemiany materii i t. d. mają określić wartość zasobu leczniczego talassoterapii. Badania te obejmują nie tylko sferę ciała, ale i sferę ducha. Stosuje się ściśle badania psychologiczne pacjentów przed i po leczeniu morzem ²⁴⁾.

W celu przygotowania lekarzy do prowadzenia tak szeroko pojętego leczenia morzem zorganizowano specjalne kursy dla lekarzy, chcących się poświęcić talassoterapii.

* * *

Polska, w okresie rozwoju talassoterapii na Zachodzie, utraciła swój byt polityczny.

Zrozumiałym jest, że wobec tego ta gałąź lecznictwa, która wymagała dostępu do morza i poparcia czynników państwowych, w Polsce rozwijać się nie mogła. Możemy tylko mówić o pracach lekarzy, informujących o leczeniu morzem. Lekarze polscy pracowali wprawdzie nieraz w uzdrowiskach zagranicznych, ale praca ich naukowa wzbogacała literatury obce. Uzdrowiska nadmorskie mogli jedynie odwiedzać pacjenci zamożni, więc leczenie talassoterapeutyczne charakteru społecznego nosić nie mogło.

Z wyżej przytoczonych względów literatury polskiej o leczeniu morzem, jako sprawozdawczej jedynie, omawiać tu nie będę ²⁵⁾.

Życzyć by należało, żeby lekarze nasi zainteresowali się leczeniem na naszym pobrzeżu, i żeby choć jedna poważna praca naukowa z tej dziedziny mogła się ukazać. Konieczne byłyby tu obserwacje bezpośrednie, oparte na konkretnych przypadkach, zbadanych przy zastosowaniu nowoczesnych metod. Mógłby to być doskonały temat dla pracy doktorskiej.

Z leczeniem klimatycznym na naszym pobrzeżu jest trudno. Ogół lekarski z powodu braku tradycji odnosi się do tego leczenia sceptycznie. Należało by tu coś zapoczątkować i tworzyć tradycję.

²⁴⁾ Muchow Martha. Psychologische Untersuchungen über die Wirkung des Seeklimas, str. 47—57.

Langenlückdeke Albrecht. Psychologische Untersuchungen über den Einfluss des Seeklimas, str. 57 in Veröffentlichungen der Zentralstelle für Balneologie N. F. H. 2. 1925 r.

²⁵⁾ Krasuski A. Zarys historyczny leczenia morzem i jego znaczenia społecznego. Lekarz Polski 1935 Nr 12. Omówiona tam jest dość obszernie ta ciepłarnia sprawozdawcza literatura, nie mająca znaczenia historycznego.

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej.

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

Na wstępie przytaczam kilka cytat z Bertranda Russella:

„Każdy historyk piszący teraz historię wojny światowej musi wysuwać twierdzenia, które podczas wojny zaprowadziłyby go do więzienia w każdym z krajów, walczących po obu stronach frontu...”

„W zwykłych czasach uważa się prawdę za niegrzeczność, lecz podczas wojny za zbrodnię...”

„Jeśli napomyka się o tym, że rozumny naród zna-

lażby sposób uniknięcia wojen, słyszy się zwykle w odpowiedzi same wymysły“... (Szkice sceptyczne. O wartości pesymizmu).

„Ludzie, gdy zaczynają działać, zmierzają głównie do różnych celów, których świadomie nie pragną, i posiadają cały szereg irracjonalnych wierzeń, które pozwalają im dążyć do tych celów bez uświadomienia sobie swego postępowania“... (Szkice sceptyczne. Maszyny i wzruszenia. W-wa, „Rój“, 1937).

Dwie są drogi do uzyskania względnego bezpieczeństwa ogólnego w sprawie wojny: możliwe zapobieganie wojnie przed jej wybuchem oraz tak zwana „humanizacja“ wojny w czasie jej istnienia. I jedno i drugie wybitnie przykuwa uwagę higienisty społecznego.

Ze możliwość wojny światowej coraz bardziej dojrzuje, że mniejsze wojny nowoczesne i lokalne (wojna włosko-abisyńska, walki w Hiszpanii) nie liczą się ani z ideałami, ani też z teoretycznymi zakazami pokojowymi, jest to tylko stwierdzeniem przewidywań w tym kierunku.

W jednej z moich prac pisałem w końcu r. z.:

„Uczucia ludzkie na wojnie — „humanizacja wojny“ — jako konieczne w dzisiejszych czasach zjawisko społeczne — są zależne w znacznym stopniu od wysokich wartości moralnych, które posiada naród nie po to, aby zamykać oczy na okrucieństwa wojny lub wykazywać swą szlachetność w papierowych uchwałach rozpadających się w pył przy pierwszym podmuchu działań wojennych, — ale, aby godnie przeciwstawić się przyszłej wojnie lotniczo-gazowej i ją samą na odpowiednim poziomie prowadzić, — aby z całą wytrzymałością psychiczną i bez utraty równowagi duchowej znieść jej wstrząsające psychiką ludzką skutki. Podstawą wytrzymałości moralnej społeczeństwa i jego wartości w ciężkich chwilach tych zmagających będzie (powiedzmy raczej — „powinna być“) — prawidłowa i trzeźwa organizacja higieny psychicznej na wypadek napadów lotniczo-gazowych w przyszłej wojnie“.¹⁾

Ze temat ten jest wciąż aktualny, że nurtuje nadal niemożność rozwiązania go z punktu widzenia zarówno prawa jak i higieny psychicznej — świadczą o tym nieustanne nawroty w prasie do tego zagadnienia.

Niedawno *Revue Internationale de la Croix Rouge*²⁾ powraca do tego tematu w artykule p. t. „O zapobieganiu wojnie — do jej humanizacji“ (prof. L. D.).

Namiętności, które wstrząsają światem, egoizm i nienawiść niszczące najbardziej święte ideały — umowy międzynarodowe pozbawione wszelkiej gwarancji — wszystko to potwierdza mniemanie, że prawo siły jest zawsze prawem najskuteczniejszym. Stąd — już krok do wniosku, że pewne oszańcowanie się siłą jest warunkiem koniecznym dla zachowania pokoju. Po tylu latach bezpłodnych wysiłków i zawodów w poszukiwaniu ogólnego bezpieczeństwa narodów ludzkość jest ciągle jeszcze zagrożona przez wojnę.

Ponieważ dzisiaj potrzeba bezpieczeństwa jest wspólna dla wszystkich narodów, niepodobna się zrzekać pomimo tych smutnych okoliczności o ogólnej formuły bezpieczeństwa. Wszystko, co tylko może się

przychylić do przyjęcia bardziej normalnego stanu, powinno być przychylnie przyjęte. I pomimo tego, że dzisiaj widoki akcji kolektywnej, hamującej wojnę, należy uznać jako minimalne, niepodobna nie zająć się niektórymi widokami zagadnienia zbiorowej akcji zapobiegawczej, ażeby z nich wyłuskać — bez zamiaru wszczynania sporu — pewne rozważania ogólne.

Zbiorowa akcja zapobiegawcza w poszukiwaniu środków unicestwienia możliwych przyczyn wojny będzie tylko wówczas moralna, jeżeli zajmie się rozbrojeniem psychiki człowieka poszczególnego. Poza tym jest ona zagadnieniem politycznym. Może ona być wreszcie zagadnieniem prawnym z chwilą, kiedy się zajmie wypracowaniem układów zrzeczenia się kroków wojennych i umocnieniem skuteczności tych środków. Jeżeli jednak to zadanie prawne zajmie się redukcją jakościową i ilościową zbrojeń zbiorowych lub też zakazem pewnego rodzaju broni, czy też form agresji, stanie się ono środkiem „humanizacji“ wojny.

A więc moralna będzie ta akcja tylko wówczas, jeżeli zajmie się rozbrojeniem psychiki indywidualnej. Ażeby tak indywidualnie zrozumieć wojnę i jej psychiczny wpływ na człowieka, należy przerwać wywody autora i zwrócić się do badań psychoanalitycznych w tym kierunku. Twórca psychoanalizy Freud rzuca nam błysk światła i na to zagadnienie.¹⁾

Wojna światowa, jak żadna inna wojna przedtem, zrujnowała tyle najkosztowniejszego dobrobytu ludzkości, zmąciła tyle najjaśniejszych umysłów, poniżyła tak strasznie rzeczy wzniosłe — mówi we wstępie Freud. Nawet wiedza zatraciła swą beznamiętną bezstronność: z wiedzy tworzyło się też broń przeciw wrogowi. I antropologia i psychiatria brały w tym żywy udział.

Z ludzkiego, moralnego, czy też psychologicznego punktu widzenia psychoanaliza wyjaśnia w tym kierunku najlepiej dwa rzędy zjawisk psychicznych: ogólne rozczarowanie, wywołane przez wojnę, i zmianę w stosunku człowieka do śmierci. Na pierwszym miejscu odrazu zjawia się paradoks. Największe i najbardziej kulturalne narody białej rasy, twórcy wysokiej kultury, sztuki i nauki, przedstawiciele najwyższych norm obyczajowych i moralnych nie mogą się ograniczyć do załatwienia swych konfliktów na drodze pokoju i kultury, a uciekają się do walki fizycznej, ze strony moralnej zaś — do kłamstwa i oszustwa. Wszystko to, co było wzbronione przez kulturalne państwo w czasach pokojowych, zostało uznane za godne w walce z wrogiem na wojnie.

Należało by się raczej spodziewać, że te walczące strony o wysokiej kulturze będą się starały rozstrzygnąć spór wojenny, unikając możliwie najcięższych cierpień, przy zupełnej ochronie ciężko rannych, którzy muszą być wyłączeni z boju, — z zupełnym uznaniem dla lekarza i sanitariusza, którzy na wojnie spełniają swą powinność niezależnie od antagonizmów stron walczących, — z zachowaniem względów dla tej części ludności, która w prowadzeniu wojny nie bierze udziału — dla kobiet i dzieci, zdala od pola walki, — wreszcie z uszanowaniem instytucji społecznych i międzynarodowych, jako dowodów kultury czasów pokojowych.

¹⁾ Nelken. Szpitale w walce lotniczo-gazowej. Lekarz Polski Nr. 9, 1936.

²⁾ Nr. 213, Septembre, 1936.

¹⁾ Prof. Dr. Freud. — *Zeitgemässes über Krieg und Tod.* — *Sammlungen kleiner Schriften zur Neurosenlehre.* IV. Folge. — I. Ps. V. 1918.

Ale wojna, która wybucha, przynosi nam zupełne rozczarowanie. Jest ona i (darujmy) będzie bardziej krwawa, okrutna, zawzięta i bezwzględna, niż którakolwiek wojna poprzednia. Rozbija ona wszelkie ograniczenia, co do których istnieją zobowiązania pokojowe, nie uznaje specjalnych praw rannych i lekarzy, nie odróżnia ludności walczącej od ludności poza walką zbrojną, nie ma żadnych względów dla własności prywatnej. Rujuje ona wszystko, co jej stoi na drodze, ze ślepą zaciętością jakby po niej znowu nie miał nastąpić pokój między ludźmi. Wszelkie wspólne węzły między walczącymi zostają zerwane. Pozostawia ona wrogi osad rozgoryczenia, który na długo po wojnie uniemożliwia nawiązanie nanowo kulturalnych stosunków.

Każdy poszczególny obywatel może się na wojnie przekonać, że państwo zakazało mu bezprawia nie dlatego, ażeby je znieść w ogóle, ale dlatego, żeby je zmopolizować w swoim ręku. Państwo prowadzące wojnę, mówi Freud — pozwala sobie na bezprawia i gwałty, które by jednostkę pozbawiły czci i wiary. Posługuje się ono nie tylko chytrą i podstępem, ale i świadomym kłamstwem i rozmyślnym oszustwem względem wroga. Wyzwała się ono ze wszelkich zobowiązań poprzednio nawiązanych. Dwie rzeczy na wojnie wzbudzają nasze rozczarowanie: mierna moralność na zewnątrz państw, które na wewnątrz stoją na straży nieskazitelnej moralności, i brutalność w zachowaniu się jednostki, po której, jako przedstawicieli wysokiej kultury, spodziewać się tego było niepodobieństwem.

Na to stanowisko ogólnoludzkie na wojnie rzuca nam jaskrawe światło przede wszystkim rozwój psychiki dziecka. Stara zasada, że dziecko jest od urodzenia dobre i szlachetne — jest już dawno przebrzmiała i nie wymaga dalszego rozpatrywania. Natomiast rozwój psychoseksualny dziecka w ujęciu nowoczesnym rzuca od razu światło na nasze zagadnienie. Tak zwane wielopostaciowo-perwersyjne usposobienie małego dziecka wskazuje na to, że mieszczą się w nim wszystkie te cechy charakteru, które zasługują na nazwę prymitywnych i przez nowoczesne życie społeczne określane są jako cechy złe. Te złe cechy charakteru podlegają od najwcześniejszego dzieciństwa skomplikowanemu rozwojowi aż do chwili, kiedy znów mogą się przejawiać u człowieka dorosłego. Podlegają one zahamowaniu, przekształcaniu, skierowaniu na inne drogi i cele. Zmieniają się one zasadniczo: z egoizmu powstaje altruizm, z okrucieństwa — litość. Rzeczą godną uwagi jest, że te cechy występują nieraz w parach sprzecznych — zjawisko ważne i znane pod nazwą *ambiwalencji* uczuć. Najprostszy przykład — jednocześnie występowanie obok siebie miłości i nienawiści względem jednej i tej samej osoby. Stąd pochodzi w dalszym ciągu mianowanie jednego i tego samego człowieka dobrym

i złym. Już z tego wynika z góry, że człowiek rzadko kiedy może być wyłącznie dobrym lub złym. Ciekawe jest przy tym, że złe skłonności u dziecka przekształcają się u dorosłego najczęściej w zalety. Z najwybitniejszych egoistycznych dzieci — powstają najbardziej społeczni, pomocni i ofiarni obywatele. Wieksość marzycieli społecznych, filantropów i wybitnych członków towarzystw opieki nad zwierzętami — w dzieciństwie odznaczała się dręczeniem zwierząt i w ogóle dziecięcym sadyzmem. Te egoistyczne tendencje w dzieciństwie zmieniają się na społeczne pod wpływem z wewnątrz t. zw. nastawień erotycznych w najszerszym tego słowa znaczeniu. Z zewnątrz ulegają one wyparciu przez wpływy wychowania. Cała kultura wpływa na to, że coraz więcej składników egoistycznych zamienia się na składniki altruistyczne i społeczne. Na ogół jesteśmy skłonni oceniać ludzi lepiej, niż to się ma w rzeczywistości. Wskutek wypierania ze świadomości kompleksów i przeobrażania się ich w odmienne, nieraz całkowicie przeciwne reakcje i kompensacje, wytwarza się t. zw. obłuda kulturalna. Przewaga tej obłudy kulturalnej nad prawdą w kulturą jest ogólnie widoczna.

A zatem i rozczarowanie nasze z powodu niekulturalnego zachowania się uczestników wojny jest właściwie fikcją i polega na iluzji. Nie upadli oni wcale tak nisko, jak się tego obawiali: bo w gruncie rzeczy wcale nie stali tak wysoko, jak to należało przypuszczać.

Stare formy psychiczne nie giną, ale istnieją nadal w stanie stłumionym. Nawrót, cofnięcie się do tych form — t. zw. *regresja* — przypomnijmy sobie nerwice i psychozy — jest zupełnie możliwy. Tylko ponowne odzyskanie tych górnych form psychicznych nie zawsze jest osiągalne. To samo i w dziedzinie kultury. Bez wątpienia wpływy wojny należą do tych czynników będących w stanie wywołać tego rodzaju regresję w czasie wojny, która jednak niweluje się znowu w czasach pokojowych.

Poza tym wywołanym przez wojnę, powiedzmy, obniżeniem etycznym należy tu podnieść jeszcze inny psychiczny mechanizm. Jest to w czasie wojny opanowanie przez t. zw. kompleks wojny — brak wyrozumiałości, zjawiający się u ludzi z najlepszymi głowami, ich zapamiętałość, zupełna nieprzystępność dla cudzych argumentów oraz pozbawiona krytyki łatwo-wierność. Ludzie bezwzględnie inteligentni zachowują się bez śladu wyrozumiałości z chwilą, kiedy się natrafia u nich na t. zw. *opór uczuciowy* i odzyskują nagle rozsądek z chwilą, kiedy ten opór znika. Bielmo logiczne, które wywołuje wojna u naszych najlepszych obywateli, jest zatem objawem wtórnym, zależnym od ich stanu uczuciowego.

Cytaty z Russella, przytoczone na wstępie, odzwierciedlają właśnie taki stan psychiczny.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— W biurze Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się posiedzenie komisji w sprawie budowy głównej biblioteki nauk lekarskich w Warszawie. Postanowiono zaprośić do komitetu budowy przedstawicieli farmacji, weterynarii i dentystryki. Koszt budowy gmachu wyniesie przeszło 700,000 zł.

— W niedzielę, dn. 4 lipca, przedstawiciele prasy warszawskiej, na wycieczce prasowej w Ciechocinku, byli obecni na pod-

niosłej uroczystości poświęcenia nowej pijalni w galerii spacerowej. Jest to dalsza, ważna inwestycja niezmordowanego dyr. Wiśniewskiego, którego niespożyte zasługi dla Ciechocinka w mowach i przemówieniach, z okazji tego święta Ciechocińskiego, wielokrotnie podnoszono. Urządzenia nowej pijalni oparte są na najbardziej nowoczesnych zdobyczach wiedzy technicznej, umożliwiających doprowadzenie

wody do kranów czerpalnych w stanie zupełnie niezmienionym, bez zetknięcia się z powietrzem, z tłokami lub rezerwuarami. Wygląd pijalni przedstawia się okazale i wyjątkowo pięknie. Jest to dzieło architekta Straszaka. Całość, wykonana z marmuru kieleckiego przybrana bogato ornamentacjami z alabastrow, jest kompozycją szlachetną i prostą, o nowoczesnej, strze-listej strukturze, uwieńczonej wielkim, 2 i pół metrowym kielichem z białego metalu, który symbolizuje tutaj kurację pitną. Alabastrowy cokół pijalni kryje ujścia trzech źródeł solanki pitnej: Krystynki, Tereski i Anusi. Krystynka jest wodą wybitnie hipotoniczną i podawana w większych ilościach wywiera silnie moczopędne i wypłukujące działanie. Ma zatem pierwszorzędne znaczenie w chorobach na tle złej przemiany materii, gdy chodzi o wypłukanie z organizmu nagromadzonych w nim szkodliwych substancji i pozostałości. Należy ją stosować przede wszystkim w skazie artretycznej u dorosłych, w skazie wysiękowej u dzieci, w otyłości i żołądkach. Tereska jest wodą wybitnie żelazistą i znajduje zastosowanie we wszystkich postaciach niedokrwistości, wyczerpaniach i osłabieniach. Wywiera korzystny wpływ na wydzielanie soku żołądkowego i trzustkowego, w nerwicach żołądka i zaparciach. Wreszcie Anusia jest wodą hipertoniczną i posiada wyraźne działanie czyszczące. Stosuje się ją również w przypadkach złej przemiany materii i u osób otyłych, skłonnych do nawykowego zaparcia.

— Opuścił prasę Pamiętnik IX Lekarskiego Kursu Wakacyjnego 1936. Na okazały ten i pięknie wydany tom, obejmujący 234 strony druku, złożyło się 9 odczytów, wygłoszonych przez profesorów: Rosego, Czyżewicza, Jonschera, Modrakowskiego, Schillinga-Siengalewicza (wraz z D-rzem Kołaczyńskim), Szmurłę, Docentów Kapuścińskiego i Reichrówną oraz D-rą Bornsztatną. W końcu wymienione są produkty firm farmaceutycznych, wystawione podczas trwania Kursu. W roku bieżącym w dn. 3, 4 i 5 września odbędzie się X Kurs wraz ze Zjazdem Polskiego Towarzystwa zwalczania gośdca.

ZMARLI:

Władysław Brunner, były lekarz naczelny Szpitala Wolskiego, b. inspektor szpitali warszawskich — w Warszawie.

Rajmund Jarosz, prezes Związku uzdrowisk polskich, właściciel Truskawca-Zdroju — w Drohobyczu.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XIV.

Kurcz torsyjny czy skręcający?

W r. 1908 uczeń Ziehena Schwalbe ogłosił 3 przypadki „osobliwych kurczów z objawami histerycznymi”. 2 lata później sam Ziehen zajął się dokładniej semiologią schorzenia i w nazwie, którą mu nadał, położył szczególny nacisk na cechę, najbardziej uderzającą kurczów, mianowicie, na ich charakter wijący, skręcający, nazwał je bowiem „Tonische Torsionsneurose” od rzeczownika łacińskiego *torsio* po polsku zwijanie, skręcanie. H. Oppenheim nadaje w r. 1911 schorzeniu dość niezręczną i przyciężką nazwę *Dysbasia lordotica progressiva* lub *Dystonia musculorum deformans*, odrzuca jednak czynnościowy charakter schorzenia, a oświadcza się stanowczo za podłożem organicznym. Dopiero Flatau i Sterling w tymże 1911 r. ustalili nazwę niemiecką schorzenia, przyjętą przez ogół uczonych niemieckich: *progressiver Torsionsspasmus*, podczas gdy uczeni francuscy nazywają schorzenie *Dystonie lenticulaire progressive*. W pracy polskiej Flatau i Sterling przełożyli podaną przez siebie nazwę niemiecką na „postępujący kurcz torsyjny”. Otóż ta nazwa polska nie jest szczęśliwa, gdyż o ile w języku niemieckim przejęty z łaciny wyraz „Torsion” ma jedno z czysto łacińskim „Torsio” znaczenie, o tyle w języku polskim rzecz ma się inaczej. Istnieje w języku polskim wyraz „torsje”, który oznacza wymioty. W ten sposób więc „kurcz torsyjny” oznaczałby nie co innego, jak „kurcz wymiotny”. Wobec tego należy przywrócić terminowi łacińskiemu w przekładzie polskim jego właściwe znaczenie i nazwać schorzenie po polsku postępującym kurczem skręcającym.

Stanisław Justman.

Résumé des articles originaux.

L. METH. Les bases de la balnéothérapie des maladies rhumatismales dans les bains de Pistian.

L'auteur discute les difficultés de la classification des maladies rhumatismales et comme conséquence l'impossibilité d'un traitement causal. Le traitement le plus approché de cet idéal ce sont les procédés balnéologiques sous forme des bains et des enveloppements boueux sulfureux. Ce traitement est indiqué dans le rhumatisme chronique secondaire, dans les rhumatoïdes infectieux, dans le rhumatisme musculaire et avant tout dans les procès chroniques primitifs et déformants. Le thermes de Pistian exercent leur action favorable par hyperémie, hyperthermie, irritation de la peau, action des ions, radioactivité et traitement stimulant. L'auteur discute les propriétés de la boue de Pistian et son action curative qui peut être comparée avec un traitement stimulant très doux. En discutant les contre-indications l'auteur dénie le préjugé que la cure de Pistian est trop fatigante: les malades avec vice de coeur compensé et ceux avec hypertension peuvent être soumis à cette cure sans danger.

A. P.

S. RAWICZ. Considérations cliniques sur certains groupes des maladies, rencontrées à Morszyn.

Les classifications actuelles de la constipation chronique sont insuffisantes, surtout en ce qui concerne les déductions thérapeutiques. L'auteur essaye de faire entrer dans la classification le moment du temps aussi que la durée de la maladie, l'âge du malade, sa constitution somatique et l'état de la muqueuse du colon. Cette classification facilite l'orientation dans le choix du traitement. L'auteur envisage ensuite le rôle des eaux sulfureuses de Morszyn-les-Bains dans le traitement de la constipation chronique, dans l'état de la rémission de l'ulcère gastro-duodénal et dans le syndrome de l'hypertension portale.

A. KRASUSKI. Esquisse historique du développement de la thalassothérapie.

L'auteur parle du développement de cette méthode curative principalement au XVIII et XIX siècle. Il soumet les résultats de ce développement à une analyse philosophique et sociologique.

TRĘŚĆ: J. HANDZEL. Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego. — K. L. METH. Podstawy leczenia balneologicznego schorzeń gośdcowych w zdrojowisku Piszczany. — S. RAWICZ. Rozważania kliniczne nad pewnymi grupami schorzeń spotykanymi w Morszynie. — A. KIRSZBRAUN. Kwaśne mieszanki mleczne w dietetyce niemowląt. (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — A. KRASUSKI. Zarys historyczny talassoterapii. — J. NELKEN. Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej. — Wiadomości bieżące. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. HANDZEL. Pathogénie et traitement des altérations statiques de la colonne vertébrale chez les nourrissons et chez enfants à l'âge scolaire. — K. L. METH. Les bases de la balnéothérapie des maladies rhumatismales dans les bains de Pistian. — S. RAWICZ. Considérations cliniques sur certains groupes des maladies rencontrées à Morszyn. — A. KIRSZBRAUN. Mixtures lactées acides dans la diète des nourrissons. (Rev. gén.). — A. KRASUSKI. Esquisse historique du développement de la thalassothérapie. — J. NELKEN. L'humanisation de la guerre au jour des problèmes de l'hygiène psychique.