



WIZYTA L EKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2680.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz **przepisywanie na maszynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek.

F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

OTWOCK

Sanatorium dla chorych piersiowych

dra Krzyżanowskiego, pod kierunkiem lekarskim dra Cybulskiego, poleca pokoje po cenach umiarkowanych.

Informacyi w Warszawie udziela dr Turkiewicz — Nowogrodzka 44; na miejscu — Zarząd Sanatorium.

Dięipuratum — środek nasercowy

SANTYL KNOLL

neutralny ester salicylowy santalolu
o czysto oleistym i obojętnym smaku
nie drażni żołądka i nerek.

NAJŁATWIEJ PRZYSWAJALNY LEK BALSAMICZNY

Wskazania: rzeżączka, szereg. ure-	Rp. Santyl w płynie 15,0	cena około M. 3.25
thritus posterior, tenesmus ves.	Santyl w płynie 25,0	M. 4.80
■ również nie wywołany rzeżączką.	Santyl w kaps. po 0,4 g. № XV „	M. 1.80
	Santyl w kaps. po 0,4 g. № XXX „	M. 3.25

W razie trudności w sprowadzaniu prosimy zwracać się do naszego przedstawiciela p. W. SOSNOWSKIEGO, Wilcza 42, Warszawa.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Uspakaja nerwy Bromural — środek nasenny



ASTHMIN- "MOTOR"

*w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. "MOTOR"**
Żądać w aptekach i składach aptecznych

GONOREIN "MOTOR"

Kapsułki przeciw rzeżącce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor“
Marszałkowska 23.

Salosant Spiess

(PILULAE SANTALO-SALOLI)

Środek przeciw rzeżącce, nie wywołujący przykrych objawów w działaniu, przyjemny w użyciu.

Użycie: 3 -- 4 razy dziennie po 3 pigułki.

Pudełko zawiera 60 pigulek drażwowanych czekoladą.

Cystosan Spiess

(SPECIES DIURETICAE)

Skład: Folia Uvae Ursi, Rad. Ononidis, Lignum Sassafras, Herba Herniariae, Fruct. Petroselini, Folia Menthae pip., Fruct. Cubebae.

Użycie: łyżkę na szklankę gorącej wody 2 — 3 razy dziennie.

Pojemność pudełka około 50 g.

Żądać prospektów.

KISSINGEN Naturalne Wody mineralne

o wybitnem działaniu w różnorodnych uszkodzeniach wojennych.

Rakoczy uznane powszechnie w chorobach przemiany materii, w cierpieniach żołądka, kiszek, wątroby, serca i naczyń i t. p.

Maxbrunnen woda lecznicza i stołowa w katarach, w chorobach nerek, pęcherza, w kamieniach żółciowych i w dnacie.

Luitpoldsprudel w stanach wyczerpania, chorobach zwrotnikowych, chorobach gruczołów, zaburzeniach trawienia, katarach żołądka i kiszek, cierpieniach kobiecych, dnacie, katarach dróg oddechowych i t. p.

Bockleter Stahlbrunnen w niedokrwiłości, blednicy, cierpieniach organów kobiecych; wybitne wyniki w kuracjach odżywczych.

(Źródła żelaziste Bocklet)

Napełnianie butelek wodą, wytryskującą ze źródeł, odbywa się nadzwyczaj starannie i dokładnie. Na tym właśnie czysto naturalnym sposobie napełniania flaszek polega stwierdzona doświadczalnie siła lecznicza źródeł, bardzo odpowiednich do leczenia domowego.

Lekarze otrzymują warunki wyjątkowe, jak również próby bezpłatnie. Prosimy żądać bezpłatnego opisu źródeł. Do nabycia wszędzie i bezpośrednio przez Zarząd królewskich wód mineralnych Kissingen i Bocklet. Stałe na składzie w hurtowni wód mineralnych UNITAS w Warszawie.

SOLEC Zakład wód mineralnych siarczanostonnych

otwiera sezon leczniczy 1917 r. od 20 maja do 20 września.

Środki lecznicze zakładu: kąpiele mineralne i mułowe, hydroterapia, elektroterapia, kąpiele słoneczne i powietrzne.

Ceny niskie. Utrzymanie tańsze niż w innych stronach kraju.

Dojazd przez stację Kielce lub st. kolei galicyjskiej Szczucin, skąd końmi 15 wiorst do Solca.

Informacyi udziela gratis Zarząd Solca, poczta Stopnica, obwód Busk.



WIZYTA LECZNIARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LECZNIARSKICH ·

Dzieńdziesiąt
lecie drugie.

Warszawa, d. 14 kwietnia 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2680.

Z ZAKŁADU WYROBU SUROWIC LECZNICZYCH I SZCZEPIONEK PROF. O. BUJWIDA W KRAKOWIE.

O wpływie różnych sposobów przyrządzania szczepionek na miano aglutynacyjne osób szczepionych ochronnie przeciw cholercie i tyfusowi.

podał

Dr Stanisław Sierakowski.

CZĘŚĆ I.

Doświadczenia ze szczepionką przeciwcholeryczną.

Pierwsze doświadczenia nad aglutynacją surowicy osób szczepionych ochronnie były zrobione przez Bertarelli'ego. Badacz ten zaszczerpił sobie czterokrotnie produkty autolizy wibryonów cholerycznych. Po 4-em szczepieniu aglutynacja surowicy jego ze wspomnianymi bakteriami wynosiła 1:40.

Na większą skalę przeprowadzili te doświadczenia Karwacki (17) 1906 w Warszawie i Serkowski (32) 1906 r. w Łodzi. Pierwszy zbadał krew na aglutynację i bakteryolizę u 10 osób po 2-krotnem szczepieniu przeciwcholerycznem. Aglutynacja wahała się w granicach $\frac{1}{50}$ do $\frac{1}{400}$.

Serkowski zbadał krew 41 osób na aglutynację i bakteryolizę; wyniki otrzymał podobne.

Schmitz (31) 1906, Aaser (1) 1914, Nijland (21) 1911, Balteano i Lupu (2) 1914, którzy później badali krew szczepionych przeciw cholercie, stwierdzili również wzrost aglutynin i bakteryolizyn we krwi uodpornianych.

Szczepionki przeciwcholeryczne Krakowskiego Instytutu otrzymywano z możliwie świeżych szczepów, pochodzących od ciężkich przypadków, kończących się śmiercią.

Mieszana hodowlą z kilku takich szczepów posiewałem płytki agarowe, celem otrzymania szczepionki wielowartościowej. Po 24 godz. splukiwałem wyrosnięte bakterie z powierzchni agaru roztworem fizjologicznym soli i dodawałem odpowiednich środków dezynfekcyjnych lub ogrzewałem do pewnej temperatury oznaczoną ilość czasu.

Po spróbowaniu szczepionki na jałowość mianowałem ją metodą Bujwida 1916 (7).

Metoda ta polega na tem, że waży się na wadze analitycznej 18-godzinna agarowa hodowla danych bakterii, ochłodzona i zatkana korkiem gumowym, żeby nie mogła wysychać. Następnie otwiera się korek gumowy i bardzo szybko zeskrobuje się nieco bakterii z powierzchni agaru, nie uszkadzając go. Epruwetkę zatyka się z powrotem szczelnie korkiem i waży ponownie. Różnica ciężaru wykazuje ilość mgr. zeskrobanej hodowli. Bakterie, wzięte z powierzchni agaru, mieszamy z odmierzoną ilością roztworu fizjologicznego soli. Po dokładnem skłóceniu otrzymujemy jednolitą zawiesinę danych bakterii, która zawiera znaną ilość mgr. na 1 cm³. Chcąc zmianować zawiesinę danych bakterii, rozcieńczamy ją tak, żeby dawała „męt” taki sam, jak i zawiesina zmianowana. (Porównywać ze sobą można tylko te same gatunki

bakteryi, będące przytem w jednakowem środowisku).

W tym celu nalewa się do dwu zupełnie jednakowych cylindrów zawiesinę określoną i następnie badaną, porównywa się ich męt, patrząc z góry.

Metoda ta jest stosunkowo bardzo czuła: przy pewnej wprawie pomyłki wynoszą zaledwie $\frac{1}{10}$ mgr. Takiej dokładności nie można otrzymać zapomocą innych metod, jak mierzenie uszkiem platynowem, posiewanie i obliczanie ilości kolonii, albo liczenie ilości bakteryi w preparatach po zmieszaniu ich z ciałkami krwi.

Szczepionkę przechowywałem w postaci bardzo gęstej zawiesiny i dopiero przed samem szczepieniem rozcieńczałem roztworem fizyologicznym soli, ażeby płyn wstrzykiwany zawierał możliwie małe ilości środka dezynfekcyjnego. Dawka szczepionki została unormowana doświadczalnie tak, żeby nie wywoływała zbyt silnych, ani też zbyt słabych reakcyi. Wynosiła ona około 0,5 mgr. hodowli w 1 cm³.

Szczepienie wykonywałem dwukrotnie w odstępie 4 — 7 dniowym. Na pierwsze szczepienie używałem 1 cm³, na drugie 2 cm³ jednej i tej samej szczepionki w jednakowej koncentracji, przyczem wszyscy objęci danem doświadczeniem szczepieni byli jednego dnia.

Próbę krwi pobierałem z palca w 7—10 dni po drugim szczepieniu jednocześnie od wszystkich osób z danego doświadczenia. Kilka kropli krwi zbierałem do wyjąłowego naczynka, które kładłem zrazu skośnie, a po utworzeniu się skrzepu stawiałem pionowo. W ten sposób można otrzymać z małej ilości krwi stosunkowo dużo i bardzo czystej surowicy. Następnie w możliwie niedługim czasie, zazwyczaj następnego dnia, wykonywałem aglutynacyę, stopniując rozcieńczenia następująco: 1:10, 1:20, 1:30, 1:40, 1:60, 1:80, 1:120 i t. d. Do rozcieńczenia surowicy dodawałem zawiesinę wibryonów cholery, zabitych formaliną, przyczem dla danego doświadczenia używałem zawsze jednej i tej samej zawiesiny w jednakowem rozcieńczeniu (koncentracja zawiesiny, po zmieszaniu jej z rozcieńczeniem surowicy, wynosiła $\frac{1}{4}$ mgr. w 1 cm³).

Po dokładnem zmieszaniu zawartości probówek, stawiałem je do termostatu na 2 — 3 godziny, następnie pozostawiały aż do drugiego dnia w temperaturze pokojowej. Za każdym razem były robione kontrole z zawiesiny bakteryi, użytych do aglutynacyi

z roztworem fizyologicznym soli. Oprócz tego tam, gdzie ilość surowicy pozwalała na to, wykonywana była kontrola jej bez zawiesiny, albowiem okazało się, że surowica sama, szczególnie w słabem rozcieńczeniu, daje osady, które jednak przy pewnej wprawie można odróżnić od właściwej aglutynacyi.

Ogółem do doświadczeń nad szczepionkami użyłem 424 osoby i wykonałem 463 aglutynacye. Z tego na szczepionkę choleryczną przypada osób 259, aglutynacyi 302, na szczepionkę tyfusową natomiast osób 165, aglutynacyi 185. Najwyższa aglutynacja po szczepieniu przeciwcholerycznem wynosiła 1:3200.

D o ś w i a d c z e n i e I. Trzy rodzaje szczepionek:

1. Szczepionka zabita przez dodatek 0,2% formaliny
2. Szczepionka „ „ „ 1% fenolu
3. „ „ „ ogrzewanie do 56° 1 g. + dodatek 0,5% fenolu.

Agulutynacja surowicy osób uodparnianych szczepionką zabita działaniem 1% fenolu oraz ogrzewaniem do 56° przez 1 godzinę z dodatkiem 0,5% jest prawie zupełnie jednakowa. Znacznie gorsze wyniki daje szczepionka zabita dodatkiem 0,2% formaliny. Trzeba jednak zauważyć, że liczba bakteryi w tej szczepionce była nieco mniejsza, niż w innych, pomimo że męt był jednakowy. To wynika z różnego działania fenolu i formaliny na wibryony cholery: formalina utrwała je, fenol przeciwnie, rozpuszcza. Jeżeli weźmiemy dwie szczepionki przeciwcholeryczne: karbolową i formalinową, jednakowo mętne, to faktycznie karbolowa będzie mocniejsza, gdyż część wibryonów została w niej rozpuszczona.

Doświadczenia porównawcze wykazały, że jeżeli do jednej części danej zawiesiny dodać 0,5% fenolu, do drugiej 0,2% formaliny, to po upływie 48 godzin szczepionka formalinowa będzie wykazywać męt 2,7 razy więcej, niż karbolowa, pomimo iż początkowo zawierały równe ilości bakteryi. Z innych ciał bardzo silnie rozpuszcza wibryony cholery chloroform, jeszcze więcej gliceryna, znacznie słabiej eter.

Wydawałoby się zupełnie naturalnem, że mniejsza dawka szczepionki formalinowej powinna wywoływać niższe aglutynacye we krwi szczepionych nią. Jednakowoż pod tym względem zdania autorów są podzielone. Friedberger (14) 1908 uodparniał zwierzęta minimalnemi dawkami zabitych wibryonów i utrzymuje, że wielkość dawki nie odgrywa

wielkiej roli przy uodpornianiu, dopiero ilości | sności bakteryobójcze we krwi uodpornionych
500—1000 razy mniejsze wywołują niższe wła- | zwierząt.

T A B L I C A 1.

Numer porządkowy	DATA			ROZCIĘNCZENIA SUROWICY													
	I-go szczepienia	II-go szczepienia	próby krwi	1/10	1/20	1/30	1/40	1/60	1/80	1/120	1/160	1/240	1/320	1/480	1/640	1/960	
I Szczepionka zabita przez dodanie 0,2% formaliny.																	
1	8. III.	15. III.	15. III.		+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 raz szczepiony
2	2. III.	8. III.	„		++	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-		
3	„	„	„		+++	+++	+	+	-	-	-	-	-	-	-		
4	„	„	„		+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-		
5	„	„	„		+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
6	„	„	„		+++	+++	+	+	+	-	-	-	-	-	-		
7	„	„	„		+++	++	++	++	++	+	-	-	-	-	-		
8	„	„	„				++	+	+	-	-	-	-	-	-		
9	„	„	„		+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
10	„	„	„			+++	+++	+	+	-	-	-	-	-	-		
11	„	„	„		++	++	++	++	-	-	-	-	-	-	-		
12	„	„	„			++	+	+	+	+	-	-	-	-	-		
13	„	„	„		+++	+++	++	++	-	-	-	-	-	-	-		
14	„	„	„			+	+	-	-	-	-	-	-	-	-		
15	„	„	„					+	-	-	-	-	-	-	-		
16	„	„	„		+++	+++	+++	+++	+++	+	+	-	-	-	-		
17	„	„	„		+++	++	+	-	-	-	-	-	-	-	-		
18	„	„	„				+	-	-	-	-	-	-	-	-		
19	„	„	„		++	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-		
20	„	„	„		+++	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-		
21	„	„	„			+	+	+	-	-	-	-	-	-	-		
22	„	„	„			++	+	+	+	-	-	-	-	-	-		
23	„	„	„	++	++	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-		
24	„	„	„	+++	+++	++	++	+	+	+	+	-	-	-	-		

Objaśnienie znaków: + + + aglutynacja kompletna, + + aglutynacja niepełna, ale jeszcze gołym okiem widoczna, + aglutynacja dostrzegalna zapomocą lupy.

Dalszy ciąg dokładnych tablic w tym do-

świadczeniu, jakoteż i następnych opuszczam jedynie z braku miejsca.

Po przeliczeniu otrzymanych wyników na % i po odrzuceniu szczepionych tylko 1 raz otrzymamy:

szczepionka zabita przez dodanie	% szczepionych, których krew aglutynuje w rozcieńczeniu									Liczba osób szczepion.	Agl. średnia
	poniżej 1/60	1/60	1 : 80	1 : 120	1 : 160	1 : 240	1 : 320	1 : 480	1 : 640		
0,2% formal.	48,8%	51,6%	47,3%	17,2%	8,6%	4,3%	0	0	0	23	70
1% fenolu	0%	100%	96,6%	76,8%	57,6%	53,6%	28,8%	28,8%	14,4%	21	230
0,5% fen. + ogrzewanie do 56° 1 godz.	13,2%	86,8%	80,8%	71,3%	58,9%	46,5%	40,3%	34,1%	21,7%	32	286

Aglutynację średnią obliczałem w ten sposób, że sumę otrzymaną po dodaniu do siebie mian aglutynacyjnych poszczególnych osób, dzieliłem przez ich liczbę.

Friedberger i Moreschi (15) 1905 stwierdzili, że liczba przeciwciał tylko wówczas jest proporcjonalna do wielkości dawki, jeżeli szczepionka jest silnie uszkodzona, np. przez ogrzewanie na sucho do temperatury 150° lub w parze do 120°. Przy innych szczepionkach niema tej proporcjonalności, przeciwnie zdarza się, że mniejsze dawki lepiej uodporniają zwierzęta.

Leishman, Harrison, Smallman, Tulloch (19) uodporniali ludzi przeciw tyfusowi szczepionką bulionową, która była zabita przez ogrzanie do 62° przez 15 minut. Zauważyli oni, że przy mniejszej dawce szczepionki wyniki były nieco gorsze. Wreszcie Löwy i Bruch 1913 (20) stwierdzili, że po większych dawkach szczepionki reakcje surowicze są większe.

W mojem doświadczeniu różnice aglutynacji po użyciu szczepionki, zabitej formaliną i fenolem, są tak duże że nie można ich wytłumaczyć różnicą w dawce, ale trzeba przyjąć szkodliwy wpływ formaliny na antygen choleryczny. Dalsze doświadczenia (3 i 5) potwierdzają to założenie. We wszystkich następnych doświadczeniach dawki o obrębie każdego z nich są identyczne, albowiem szczepionka była mianowana cała przed dodaniem do jej części odpowiednich środków dezynfekcyjnych lub przed ogrzewaniem. Różnice w dawkach szczepionki poszczególnych doświadczeń mogą dochodzić do 20%.

Śród ludzi uodpornianych są osobniki, których krew nie aglutynuje wcale, pomimo dwukrotnego szczepienia. Są to rzeczy indywidualne, prawdopodobnie od rodzaju szczepionki niezależne, albowiem zdarzają się wszędzie. Zjawisko to jest podobne do tego, które opisał między innymi Hoffmann, że surowica chorych na tyfus brzuszny nie daje niekiedy aglutynacji z bakteriami tyfusowemi.

Maverick (22) 1912 opisuje jeden przypadek, gdzie, pomimo 3-krotnego szczepienia przeciwtyfusowego różnemi szczepionkami i w różnych czasach, aglutynacja była ujemna nawet w rozcieńczeniu 1:50, podczas gdy u innych członków tej samej rodziny była bardzo wysoka.

Doświadczenie II.

1. Szczepionka zabita przez dodatek 50% gliceryny,

2. Szczepionka „ „ „ 0,5 fenolu.

Dodatek wyjąłowanej gliceryny w ilości 50% zabija wibryony choleryczne po 48 godzinach, po 24 można zauważyć znaczne obniżenie się liczby żyjących osobników. Gliceryna działa zatem bardzo powoli na wibryony choleryczne. Na inne gatunki bakterii gliceryna oddziałuje jeszcze wolniej, na pewne wreszcie jest jakby zupełnie bez wpływu. Bakterye tyfusowe mogą żyć w 50% glicerynie przez 6 tygodni; liczba żyjących osobników zmniejsza się wprawdzie, ale to samo dzieje się w kontroli z roztworem fizjologicznym soli bez żadnych dodatków.

Gliceryny używa się oddawna do zakonserwowania pewnych antygenów, jak szczepionki ospowej, zarazka wścieklizny; chroni je ona od zanieczyszczenia i rozkładu, nie uszkadzając zbytnio samych zarazków. Dla tych samych względów używa się gliceryny do przechowywania przeciwciał, np. antytoksyny dyfterytycznej, surowicy aglutynacyjnej i t. d. To wskazywałoby, że gliceryna bardzo powoli i łagodnie oddziałuje na zarazki. Trzebaby więc z góry przypuszczać, że miano aglutynacyjne u ludzi, uodpornianych szczepionką, zabita dodatkiem gliceryny, będzie stosunkowo wysokie.

Dla kontroli szczepionki glicerynowej uodporniłem równą liczbę osób szczepionką, zabita dodatkiem 0,5% fenolu. Niestety, tylko od 4 osób można było wziąć próby krwi na aglutynację.

T A B L I C A II.

Szczepionka zabita przez dodatek	% szczepionych, których krew aglutynuje w rozcieńczeniu									Liczba osób szczepionych	Agl. średnia
	1:120	1:160	1:240	1:320	1:480	1:640	1:960	1:1280	1:1920		
50% gliceryny	98%	98%	98%	98%	91%	70%	49%	7%	7%	14	805
0,5% fenolu	100%	100%	75%	75%	75%	25%	25%	25%	25%	4	600

Aglutynacja u ludzi uodpornianych szczepionką, zabita dodatkiem gliceryny, jest znacznie wyższa, niż u ludzi, uodpornianych innymi szczepionkami, jak to wynika z poprzedniego doświadczenia.

Gliceryna 50% była w roku 1898 używana przez Pfeiffera i Marxa (26) do zakonserwowania szczepionki tyfusowej i cholerycznej. Rezultaty, otrzymane przez nich z tym środkiem, były znacznie gorsze, niż z 0,5% fenolem. W moich doświadczeniach szczepionka przebywała w glicerynie najwyżej 2 tygodnie, może przez ten czas szkodliwe działanie gliceryny nie zdołało wywrzeć znacznego wpływu.

Doświadczenie III.

1. Szczepionka zabita przez dodatek 50% gliceryny,
2. „ „ „ ogrzewanie do 53° przez 40 minut,
3. „ „ „ dodatek 0,025% formaliny,
1. „ „ „ dodatek 0,5% fenolu.

W doświadczeniu tem wzięto minimalne ilości środków dezynfekcyjnych, które jeszcze wyjąławiają szczepionkę przeciwcholeryczną w postaci gęstej zawiesiny. Formalina w ilości 0,025% zabija w tych warunkach wibryony choleryczne, 0,01% już nie wystarcza. Gliceryna 50% zabija wspomniane bakterye po 48 godzinach, dodatek zaś 20% i 30% gliceryny nie zmniejsza widocznie liczby żyjących osobników nawet po 18 dniach.

T A B L I C A III.

Szczepionka zabita	% szczepionych, których krew aglutynuje w rozcieńczeniu									Liczba osób szcze- pionych	Agl. średnia
	1:60	1:80	1:120	1:160	1:240	1:320	1:480	1:640	1:960		
50% gliceryną	100%	100%	60%	60%	60%	40%	20%	20%	20%	5	
53° 40'	90%	90%	90%	80%	60%	50%	40%	10%	0%	10	
0,025% formaliną	69,3%	69,3%	61,6%	46,2%	30,8%	23,1%	7,7%	0%	0%	13	
0,5% fenolem	84%	84%	84%	56%	56%	28%	14%	0%	0%	7	

Naogół najlepsze wyniki dała szczepionka, zabita działaniem stosunkowo niskiej temperatury, działającej przez krótki przeciąg czasu, następnie szczepionka z dodatkiem 50% gliceryny, na trzecim miejscu zabita 0,5% fenolem i na końcu 0,025% formaliny, która wywiera bardzo szkodliwy wpływ na wibryony choleryczne, nawet w minimalnych ilościach. Wahania indywidualne w aglutynacji surowicy osób uodpornianych są niekiedy bardzo znaczne: wspominałem już, że są osobniki, których surowica nie daje zupełnie aglutynacji, pomimo szczepienia, są znów przypadki, gdzie mamy bardzo wysoką aglutynację.

Śród osób, uodpornianych szczepionką formalinową, po której reakcyje są wogóle bardzo niskie, jedna osoba daje aglutynację jeszcze w rozcieńczeniu 1 : 1280.

Taka wysoka reakcyja nawet po zastosowaniu najlepszych szczepionek nie zdarza się, musi być przeto rozpatrywana, jako rzecz wyjątkowa, zależna raczej od danego osobnika, a nie od rodzaju szczepionki.

Ażeby takie wahania indywidualne nie wpływały na ogólny rezultat, konieczne jest

używanie możliwie dużej liczby osób na każdą szczepionkę.

Uwzględniając te szczegóły, szczepiłem zawsze po kilkadziesiąt osób naraz każdą szczepionką. Niestety, z powodów odemnie niezależnych zazwyczaj drobną część udawało mi się doprowadzić razem do końca.

Szczepionka, zabita krótkotrwałem działaniem temperatury stosunkowo niskiej, daje bardzo dobre wyniki. Zastosowanie jej ze względów praktycznych musi być ograniczone. Szczepionka zabita ogrzewaniem rozkłada się łatwo, gdyż, pomimo największych ostrożności, nie można jej uchronić od zanieczyszczeń. Ażeby zahamować rozwój obcych bakteryi, które dostać się mogą podczas manipulacji ze szczepionką, trzeba dodawać do niej środki dezynfekcyjne i to w takiej ilości, że one same bez ogrzewania zabiłyby wibryony cholery. są one bowiem stosunkowo bardzo wrażliwe na działanie środków dezynfekcyjnych.

Wobec tego ogrzewanie byłoby zbyt szkodliwe i bez potrzeby uszkadzałoby zawiesinę. Szczepionki, wyjąławione wyłącznie zapomocą ogrzewania, mogą mieć zastosowanie tylko wówczas, gdy są odrazu zużyte, albowiem

przechowywać ich dłuższy czas nie można bez obawy o zanieczyszczenie.

Szczepionka glicerynowa dała w tem doświadczeniu niższą aglutynacyę, niż w poprzednim, jest ona jednak wyższa od aglutynacji, spowodowanej przez inne. Zastosowanie tego rodzaju szczepionki teoretycznie bardzo dobrej napotyka na trudności, gdyż gliceryna, podobnie jak ogrzewanie, nadaje

się do zabijania zawiesiny wibryonów choletrycznych, ale nie nadaje się do zakonserwowania ich na dłuższy czas, albowiem uszkadza szczepionkę przeciwcholeryczną bardziej, niż inne środki [Pfeiffer, Marx (26)].

Należy przytem zaznaczyć, że wstrzykiwania płynu, zawierającego większą ilość gliceryny są bardzo bolesne.

(C. d. n.)

Przykurczenie rozciągną dłoniowego, czyli t. zw. Choroba Dupuytrena. (RETRACTIO APONEUROSEOS PALMARIS s. MORBUS DUPUYTRENI).

Podał

Dr Med. Witold Horodyński.

(Dokończenie—patrz № 14).

W okresie późniejszym na miejsce znikających jąder wrzecionowatych zjawiają się jądra podłużne, które z biegiem czasu i rozwojem tkanki międzykomórkowej włóknistej nabierają wyglądu falistego i, jak podaje Langhans, jądro niekiedy wykazuje 2—3 zgięcia.

Ogniska nacieczenia następnie ulegają zmianom wtórnym: narasta ilość substancji międzykomórkowej włóknistej, jądra komórek i same komórki wydłużają się i ulegają zanikowi. Ognisko zapalne kurczy się, pociągając za sobą tkankę sąsiednią, z którą było zrosnięte.

Wówczas wspomniane wyżej pasma tkanki łącznej, idące od rozciągną do skóry i rozgałęziające się w niej bardzo silnie, sięgając nawet do warstwy podnabłonkowej, kurczą się i przyciągają skórę do samego rozciągną, przyczem tkanka tłuszczowa podskórna w miejscach tych ulega zanikowi. Następstwem tego jest tworzenie się na skórze dłoni zagłębień pod postacią lejków. Same pasma tkanki łącznej, zrastając się z sobą za pomocą rozgałęzień bocznych, z biegiem czasu, wskutek silnego rozrostu substancji międzykomórkowej, kurczą się i tworzą guziki o niewielkiej ilości pokurczonych i zanikających komórek z obfitą ilością twardej substancji międzykomórkowej włóknistej, przypominające spójnością swoją tkankę chrzęstną.

W guzikach tych, a także w pasmach tkanki łącznej spotykają się niekiedy ślady wybroczyn krwawych, jako ślady przebytych urazów.

Naczynia włoskowate zasługują tem na uwagę, że dookoła ich ścianek z komórek śródłonkowych rozwija się z tkanki łącznej coś

w rodzaju błony zewnętrznej. Komórki tej błony są źródłem rozwoju ognisk zapalnych. W naczyniach większego kalibru zauważono większy rozrost tkanki łącznej w błonie środkowej i zewnętrznej przy równoczesnym zaniku elementów mięśniowych. Zmian swoistych dla miażdżycy naczyń nie znaleziono.

Zmiany w drobnych gałązkach nerwowych przypominają zmiany w naczyniach włoskowatych. Wokoło każdego pnia nerwowego tworzy się rodzaj otoczki łącznotkankowej, nie dającej jednak rozgałęzień do obok leżących pasem tkanki łącznej. Komórki śródbłonkowe otoczki nerwu (*endonarium*) zaczynają dość silnie bujać i w niektórych pniach nerwowych doprowadzają do zaniku włókien samego nerwu. W skórze samej zauważono również pewien rozrost tkanki łącznej dookoła ciałek Vater-Pacini ego i gruczołów potowych.

Dunin-Karwicka, badając wycięte na palcu stwardnienie w pierwszym okresie choroby Dupuytrena, znalazła co następuje: „obraz hyperplastycznej tkanki łącznej, składającej się z licznych komórek o pałeczkowatych, wybitnie falistych jądrach, oraz ze skąpej, włóknistej istoty podstawnej. Gdzieniedzie jądra komórek noszą charakter młodszy, soczysty i posiadają kształt owalny lub wrzecionowaty. Naczynia włosowate krwionośne są wyraźnie zgrubiałe i w skład ścian ich obok zwykłych komórek śródbłonkowych wchodzi także komórki łączne o wrzecionowatych jądrach, tworzące dookoła nich coś w rodzaju błony zewnętrznej. Widoczne na preparatach grupy gruczołów łojowych uciśnięte są przez bujającą dookoła nich tkankę łączną.

Obok opisanej wyżej tkanki łącznej hyperplastycznej znajduje się miejscami tkanka łączna bliznowata, składająca się w przeciwieństwie do tamtej z obfitej, grubo włóknistej istoty podstawnej, a natomiast ze skąpych tylko komórek“.

Rozpoznanie choroby Dupuytrena nie nastęcza wielkich trudności. W pierwszych okresach wskazówką rozpoczynającego się cierpienia są charakterystyczne zgrubienia, występujące z przodu lub z boku ścięgna zginaczy. W okresach późniejszych, kiedy już wyraźnie występują przykurczenia palców, to brak przygięcia w ostatnim stawie międzyczłonkowym przy jednocześnie stale powiększającym się przykurczeniu w pierwszym stawie palcowym lub śródreznopalcowym, wreszcie tworzenie się na skórze charakterystycznych lejkowatych wgłębień i brózd łatwo wskazują nam rodzaj cierpienia.

Rozpoznanie różniczkowe również jest łatwe. Od najczęściej zdarzających się przykurczeń urazowych, wzgl. bliznowych choroba Dupuytrena odróżnia się brakiem wszelkich zmian urazowych na skórze palców lub dłoni, jak również często występującą drugostronnością cierpienia. Od przykurczeń pochodzenia artropatycznego choroba D. odróżnia się tem, że są zachowane częściowo ruchy w stawach, t. j. że chociaż ruchy wyprostne są zahamowane, to jednak zarówno czynne, jak i bierne zginanie palców ponad istniejące przykurczenie jest w zupełności możliwe. Brak zaników w mięśniach kłębu małego palca (*hypothenar*), jak również w mięśniach międzykostnych i glistowatych odróżnia przykurczenia D. od podobnych przykurczeń, pochodzących od uszkodzeń nerwu łokciowego. Wreszcie przykurczeniom, zależnym od zachorzenia ośrodków nerwowych, towarzyszą zwykle i inne właściwe dla tych porażań objawy.

Rokowanie. Choroba sama przez się nie jest niebezpieczna, jednak rokowanie ze względu na charakter postępowy cierpienia, wyrażający się nie tylko przez powiększanie się przykurczeń, lecz i przez obejmowanie coraz innych palców, jak również przez często zdarzające się zachorzenie palców drugiej ręki, następnie zaś, ze względu że mało jest szans na wyleczenie na drodze nieoperacyjnej, a częste są nawroty po zabiegach nawet najbardziej radykalnych, należy uważać za ciężkie. Łatwo zrozumieć, że rokowanie z tych samych powodów jest gorsze dla klasy pracującej, zmuszonej żyć z pracy rąk. Względnie

najlepsze rokowanie dają przypadki o przebiegu wolnym i te, w których na czas dłuższy choroba zatrzymuje się na tym samym stopniu rozwoju.

Leczenie choroby Dupuytrena odpowiednio do istniejących poglądów na istotę samą cierpienia przechodziło przez cały szereg różnych metod i można powiedzieć, że obejmowało cały arsenał najróżnorodniejszych środków, zarówno terapeutycznych, jak i chirurgicznych. Dowodzi to tylko, jak mała była skuteczność wszystkich tych zabiegów. Początkowo, kiedy obawa przed operacjami, z których nieraz najłżejsze kończyły się śmiercią, powstrzymywała lekarzy od interwencji czynnej, stosowano cały szereg środków niewinnych, jak naparzania, mające rozmiękczać tkanki i koić objawy zapalne (*fomentationes et balnea calmantia et emolientia*), przykładano różnego rodzaju kataplazmy, wcierano maście rtęciowe, kalomelowe, zalecano miejscowe kąpiele alkaliczne, siarczane, mydlane, lecz wszystko to bez wielkich wyników. Następnie przerzucono się do leczenia mechanicznego, które stosowano pod postacią wszelkiego rodzaju wyciągów stałych lub też wyprostowywań forsownych i następnego unieruchomienia. Lecz po zabiegach tych najczęściej otrzymywano tylko zwiększenie się bólów i pogorszenie samych przykurczeń. Przynęty takie skonstruowali: Delacroix, Chamière, Duchenne, Schoenborn i inni; wszystkie one polegały na przyciąganiu palców za pomocą gumy do oparcia, zastosowanego na powierzchni grzbietowej dłoni i palców. Obecnie wszystkie te przynęty są zarzucone i jeśli niektórzy stosują jeszcze wyprostowywanie palców to tylko jako leczenie następcze po uprzednio wykonanych operacjach.

Leczenie operacyjne, aczkolwiek stosowane oddawna, nie od razu zyskało sobie należyte uznanie. Przyczyniało się do tego, oprócz ogólnej obawy przed operacjami i to, że z powodu błędnej znajomości patologii cierpienia rzeczowego, wykonywano błędne operacje i z tego powodu otrzymywano błędne wyniki. Nawet w okresach późniejszych, kiedy już bliżej zapoznano się z chorobą Dupuytrena, to jednak jeszcze tacy chirurdzy jak Langenbeck w r. 1863 przemawiali za leczeniem ortopedycznym. Jeszcze przed 15 laty Neutra wypowiadał zdanie, że leczenie nieoperacyjne nie jest wykluczone.

Co do samego rodzaju dokonywanych operacji to powiedzieć można, że początkowo każdy operator wsadzał nóż tam, gdzie upatrywał przyczynę choroby. Pierwszy Astley

Cooper (1827), przypuszczając, że przykurczenia palców mogą zależeć od zapalenia torebek ścięgniętych lub powięzi, w pierwszym przypadku uważał cierpienie za nieuleczalne, w drugim zaś doradzał przecinanie napiętych pasem. Sam jednak operacji takiej nie wykonał i dopiero jego kuzyn Bransby Cooper wykonał doradzaną operację z wynikiem pomyślnym. Lecz zarówno myśl Astleya Coopera jak i wykonanie jej przez Bransby'ego opierały się więcej na wywodach empirycznych niż na danych faktycznych. Dopiero Dupuytren po dokładnem zbadaniu pośmiertnem przypadku przykurczenia powięzi dłoniowej i określeniu istotnej przyczyny cierpienia, w następnym przypadku wykonał, sięgającą wprost do źródła choroby, pierwszą operację opartą na danych anatomicznych. Mianowicie, po przecięciu poprzecznem skóry, D. porozcinał napięte rozciągnę, zwłaszcza zaś pasma idące do boków palca. Pierwsza ta operacja racjonalna miała wynik pomyślny i stopniowo zaczęła wywalczać sobie należne stanowisko, tak że metody dawniejsze, jak Guerétina polegająca na przecięciu ścięgien, Malgaignea zalecająca przecinanie mięśni, lub Smitha przecięcie ścięgna *m. palmaris longi*, powoli zostały zupełnie zarzucone. Przedtem jednak sposób Dupuytrema ulegał stopniowo różnym modyfikacyom. Tak, Goyrand radził cięcia skóry podłużne i przez nie przecinał napięte pasma włókniste (*brides fibreuses*). Richet, chcąc uniknąć, aby blizna skórna nie leżała bezpośrednio na napiętym pasmie powięzi, stosował cięcie skóry z boku od zgrubienia, dodając u góry i u dołu małe cięcia poprzeczne, idące w stronę zgrubienia, i otrzymany w ten sposób płat skórny odpreparowywał od zgrubiałych pasm rozciągnę.

W celu uniknięcia zrostów skóry z warstwami głębszemi, co w czasach przedaseptycznych było zjawiskiem stałem, Adams robił tenotomem liczne drobne przekłócia skóry i przez nie starał się rozciąć wszystkie istniejące napięte pasma. Operacja ta jeszcze i dzisiaj znajduje zwolenników w Ameryce. Wszystkim tym operacyom jednak ten zarzut uczynić trzeba, że są one czysto paliatywne, dają wyniki czasowe, przemijające, gdyż skierowane są przeciwko opisanym powyżej beleczkom włóknistym, idącym od powięzi do tkanki podskórnej, a nie dosięgają do bezpośredniego siedliska choroby—powięzi samej.

Pierwszy Busch wykonał operację, która już radykalnie atakowała źródło cierpienia. Mianowicie wycinał ze skóry płat trójkątny, odpowiadający mniej więcej rozwidleniu ścię-

gien zginaczy dłoniowych i mający podstawę na wysokości stawów śródreżnopalcowych, wierzchołek zaś doprowadzał do tego miejsca na dłoni, gdzie kończył się, przy palcu możliwie rozgiętym, napięty, twarde sznur powięzi. Po odpreparowaniu płata skórniego wycinał wszystkie zgrubienia patologiczne i zeszywał następnie ranę w sposób zwykły, na podobieństwo litery Y. Po operacji przez cały okres zablizniania utrzymywał rękę w rozgięciu, następnie robił ruchy stopniowe, wciąż jeszcze stosując unieruchomienie, później dopiero zalecał kąpiele, masaże i ruchy czynne. W podobny sposób operowali Lannelongue i Madelung. Gersuny w r. 1884 poszedł dalej, gdyż doradzał częściową resekcyę zmienionej powięzi dłoniowej.

Kocher w 1887 zastosował sposób, który i dzisiaj jest jeszcze w użyciu. Opierając się na spostrzeżeniu, że odpreparowanie skóry od zgrubień nie wywiera wpływu na stopień przykurczenia palców, Kocher poszedł wprost do powięzi. Po nałożeniu opaski Esmarcha, robił podłużne cięcie skóry, oddzielał ją od wszystkich stwardnień i przyrostów i po przekonaniu się, że oddzielenie skóry nie miało żadnego wpływu na stan przykurczenia palców, Kocher usuwał całą powięź i wszystkie idące od niej wyrostki, o ile te ostatnie były zmienione i miały wpływ na przykurczenie. Operowanie bezkrwawe, stosowane przez Kochera, pozwala na daleko dokładniejsze obejrzenie pola operacyjnego i przekonanie się o stosunkach anatomicznych niż przy sposobie Buscha lub podskórnych przecięciach Adamsa, Coopera i innych. Lecz z drugiej strony obfite krwawienie mięszone, występujące po zdjęciu opaski, utrudnia rychłozrost, z tego powodu wielu chirurgów przekłada operowanie bez stosowania opaski Esmarcha.

Obecnie większość autorów wypowiada się za operacyjnem leczeniem choroby Dupuytrema i operowaniem *à ciel ouvert*. Dawny sposób operowania za pomocą przekłóć podskórnych obecnie uważany jest za niedostateczny, i jeśli jest jeszcze przez niektórych stosowany to tylko jako środek paliatywny, w przykurczeniach, nie dochodzących do kąta prostego, lub też jako operacja przedwstępna w przypadkach ciężkich, kiedy przykurczenia palców sięgają do dłoni i należyte przygotowanie pola operacyjnego nie może być z tego powodu skuteczniejsze, lub też dostęp do powięzi jest przez to uniemożliwiony. W tym przypadku przecięcie podskórne najczęściej jest wykonywane między poprze-

czną brózdą dłoni i pierwszą linią stawową członków palcowych. W razie istnienia wielu pasem napiętych przekłóć trzeba robić kilka. Samą operację wykonywa się w ten sposób, że wążki nóż wbija się płasko między skórę i powięź, następnie przekręca się go pionowo do powięzi, starając się małemi ruchami przeciąć ją poprzecznie. Następnie prostuje się mocno palec, żeby rozerwać resztę pasem przykurczających.

Wszystkie operacje przy przykurczeniach wymagają bardzo starannego przygotowania przedoperacyjnego i niemniej starannego, mozolnego i wymagającego wiele cierpliwości zarówno ze strony lekarza jak i pacjenta, leczenia następczego. Przed operacją zalecają niektórzy najprzód dobrze rozmiękczyć skórę; w tym celu zalecane są kąpiele alkaliczne, mydlane i wcieranie gliceryny, lanoliny lub wazeliny. Do operacji otwartych cięcia skóry stosowane są różne: Kocher rądzi podłużne przez zgrubienia, Richet podłużne z boku napiętego sznurka z dodaniem dwóch małych cięć poprzecznych na obu końcach pierwszego, co daje płat formy **I**. Cheyne i Burghard stosują cięcia w formie **Y** lub **I**. Skórę podejrzaną co do żywotności lub też ściśle zrosniętą ze zgrubieniami lepiej jest usuwać doszczętnie i powstałe wskutek tego braki pokrywać zapomocą plastyki. Pod tym względem Lexer postępuje najradykałniej, gdyż cięciem krzyżowym usuwa wszystkie dotknięte cierpieniem tkanki coraz z całą zmienioną skórą i brak pokrywa dużym płatem skórnym. Berger i Roques de Fursac radzą, żeby odrazu poświęcić całą skórę w zajętej przez przykurczenie okolicy i po dokładnem wycięciu powięzi wraz ze wszystkimi odrostkami idącymi do palców pokryć brak za pomocą plastyki włoskiej t. j. żeby płat skórnym wziąć z tułowia. Tym sposobem zamienia się skóra chora na zdrową, ze znacznym podkładem tłuszczowym. Wogóle przyjęto obecnie za zasadę, żeby wszelkie braki natychmiast pokrywać zapomocą plastyki, nie zostawiając ziarninującej powierzchni, gdyż w tym ostatnim przypadku powstające blizny mogą również dawać później przykurczenia, chociaż pochodzenia już odmiennego.

Przez cały czas gojenia ręka powinna być unieruchomiona w rozgięciu, przyczem na pierwsze 24 — 48 godzin należy stosować wyprostowanie palców niezbyt silne, powiększając je stopniowo po kilku dniach. Jako unieruchomienie najlepiej używać leszczotkę dłoniową przez 4 — 5 tygodni; następnie zamienia się ją na grzbietową, przyrządzoną w

ten sposób, aby jednym końcem zachodziła poza garstkę, na drugim zaś miała oddzielne wyrostki dla każdego palca chorego. Zdrowe palce lepiej pozostawić bez unieruchomienia. Po zdjęciu szwów należy stosować kąpiele, później lekkie ruchy bierne i masaż. Ćwiczenia palców dobrze jest wykonywać kilka razy dziennie. Po kilku tygodniach można rozpocząć ruchy czynne. Unieruchomienie należy stosować przez czas dłuższy, zwłaszcza na noc. W celu zabezpieczenia dłoni od urazu dobrze jest przez czas pewien używać rękawiczek.

Oprócz wszystkich wymienionych wyżej zabiegów mechanicznych i operacyjnych należy wspomnieć jeszcze o próbach leczenia choroby Dupuytrena zapomocą wstrzykiwań leków różnych do siedliska cierpienia i oddziaływania w ten sposób bezpośrednio na sprawy zapalne w rozciągnięciu dłoniowem. Zastrzykiwano więc jakoby z dobrym wynikiem tyozynaminę i fibrolizynę. Co do tej ostatniej, to Cheyne i Burghard ostrzegają, że nie jest ona środkiem niewinnym, zwłaszcza u osób starszych, i że po zastosowaniu jej zdarzały się przypadki plamicy (*purpura*), nawet z zejściem niepomyślnem, a wyraźnych wyników dodatnich oni nie spostrzegali. Oprócz tego wstrzykiwania fibrolizyny są bardzo bolesne.

Ostatnio Sławiński zalecał wstrzykiwania w zgrubienia rozciągnięta po parę kropel 1% — 2% roztworu siarczanu miedzi i z wyniku otrzymanego był zadowolony. Chory, mający silne przykurczenia palców prawej ręki po leczeniu tem poprawił się o tyle, że powróciła mu możność pisania, poprzednio zupełnie zniesiona. Krótki przeciąg czasu, który upłynął od zastosowania tego leczenia nie pozwala dokładnie ocenić jego wartości, lecz można przypuszczać, że następujące zapewne pod wpływem siarczanu miedzi aseptyczne rozpuszczanie się tkanek może w przyszłości dać jako reakcję, znowu zbliznowacenie tkanek.

Wychodząc z założenia, że choroba zaczyna się bujaniem komórek stałych tkanki łącznej, które w ogniskach nacieczenia układem swoim bardzo przypominają mięsaki, próbowałem, przy współudziale łaskawym kol. Grudzińskiego, leczyć pierwsze okresy choroby Dupuytrena zapomocą promieni Roentgena. Lecz również krótki przeciąg czasu, podczas którego leczenie to było stosowane, nie pozwala jeszcze na wypowiedzenie jakichkolwiek wniosków. Bezsprzecznie jednak bóle zmniejszyły się i stwardnienia sta-

ły się większe, natomiast powiększyły się pod względem wielkości. Czy jest to objawem chwilowego odczynu, obecnie odpowiedzieć na to jeszcze nie mogę.

PIŚMIENICTWO.

1. Amat Gaz. med. de Paris 1886. 2. Adams. British Medical Journ. 1878. June 29. 3. Tenze Lancet 1891 July 18. 4. Anderson. W. Lancet 1891 July 4 i 18. 5. Biegański Wl. Deutsche Medic. Woch. 1893, № 31. 6. Cheyne and Burghard. Manual of surgical treatment. T. I. 1912. 7. Delbet. Leçons de clinique chirurgicale 1899. 8. Duplay. Cliniques chirurgicales 1898. 9. Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale. T. IV. 1898. 10. Janssen P. Arch. f. klin. Chirurgie 1902. T. 67. 11. Kocher T. Centralbl. f. Chirurgie. 1887, № 26. 12. Langhans. Centr. f. Chirur. 1887, № 27. 13. Ledderhose. Langenbeck's Arch. f. Klin. Chir. Bd. 55. 14. Maréchal. Journ. de Neurologie. 1899, № 9. 15. Maurice. Nouveau traité de chirurgie. T. XXXIII. 1913. 16. Neutra. Wien. klinische Wochen. 1901, № 39. 17. Noble-Smith. Brit. Medic. Journ. 1885 Feb. 7. 18. Tenze. Lancet 1884. T. I. 19. Richer. Progrès médical. 1877. 9. 20. Sławiński Z. Gaz. Lek. 1916. 21. Vogt. Deutsche Chirurgie. 1881.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. Hans Albert Dietrich. Brak miesiączki, spowodowany wojną — Kriessamenorrhoe (z uniwersyteckiej kliniki chorób kobiecych prof. Junga w Getyndze).

W ciągu ostatnich dwóch miesięcy autor zwrócił uwagę, że do polikliniki uniwersyteckiej coraz częściej zgłaszają się chore li tylko z powodu braku miesiączki, z przyczyn niewiadomych. Gdy bowiem w r. 1914 w tym że samym czasie autor zauważył tylko jeden taki przypadek, w r. 1915—2, liczba przypadków w r. 1917 w ciągu ostatnich dwóch miesięcy dosięgła 11, czyli 4% zgłaszających się do polikliniki chorych uskarżało się na tego rodzaju brak miesiączki. Na zasadzie wywiadów i dokładnego badania chorych autor doszedł do wniosku, że ten brak miesiączki ma swoją specjalną przyczynę, która znajduje się w ścisłym związku z toczącą się obecnie wojną, to też nadał temu cierpieniu nazwę „Kriessamenorrhoe“. Dla ścisłości autor wykluczył z pomiędzy tego rodzaju chorych młode dziewczęta, u których wywiady wykazywały w mniejszym lub większym stopniu przerwy w miesiączkowaniu, dalej kobiety, zbliżające się do okresu krytycznego tak, że te 11 chorych znajdowały się w wieku pomiędzy 20 a 38 rokiem życia, miesiączkowały przedtem zupełnie prawidłowo—co 4 tygodnie, u niektórych pomiędzy ostatnim porodem, a ostatnim miesiączkowaniem. Okres braku miesiączki wahał się pomiędzy 2-ma a 13-tu miesiącami, ciąża stanowczo dawała się wykluczać, jak również i obecność jakichkolwiek organicznych zmian narządów płciowych lub chorób ustrojowych. Autor uważa ten brak miesiączki, za objaw czynnościowy. Oprócz lekkich bólów brzucha i krzyża cho-

re nie uskarżały się na nic więcej, u niektórych tylko występowało bicie serca, duszność podczas większych wysiłków fizycznych — a zgłaszały się do ambulatoryum jedynie z powodu braku miesiączki. Można było zauważyć, że chore, które przedtem kilkakrotnie rodziły, od czasu ustania miesiączki nie zachodziły w ciążę, pomimo że *coitus* odbywał się zupełnie prawidłowo.

Jako przyczynę tych zaburzeń w miesiączkowaniu autor uważa niedostateczne odżywianie w połączeniu ze wzmożoną pracą fizyczną (brak mekch rąk, chore pochodziły przeważnie ze wsi), a ponieważ prof. Jung zauważył ten brak miesiączki i w praktyce prywatnej, autor doszedł do wniosku, że należy szukać także i wpływów psychicznych (mąż na wojnie, brak wiadomości, troska o przyszłość).

Rokowanie dla wszystkich tych przypadków o tyle można uważać za pomyślne, o ile można przypuszczać, że po usunięciu przyczyn, t. j. po zawarciu pokoju, czynności jajników powrócą do normy. Czy już teraz w czasie trwania wojny da się osiągnąć pewną poprawę przez lepsze odżywianie chorych i leczenie psychiczne, okaże dopiero przyszłość. W końcu autor zwraca się do kolegów z prośbą o notowanie tego rodzaju przypadków.

(Centralblatt für Gynäkologie Nr. 6, r. 1917¹⁾).

Maksymiljan Lebensbaum.

¹⁾ Sprawę tę, opartą na materiale klinicznym naszym, opracował i ogłosił, jako *amenorrhoea ex inuitione*, kol. J. Jaworski w marcu r. 1916 w „Gazecie Lekarskiej“, a następnie w „Wiener Klinische Wochenschrift“. (Przypisek Sprawozdawcy).

EMIL BEHRING.

Wspomnienie pośmiertne.

Zmarł Emil Behring, znakomity bakteriolog, profesor higieny początkowo w Halle, później w Marburgu, ten, którego przed 3 laty z okazji jubileuszu i ukończenia 60 lat życia dyrektorzy instytutu Pasteura, Roux i Miecznikow, uczcili w słowach: „dzień ten jest uroczystością nie tylko dla Niemiec, lecz dla całego cywilizowanego świata“. Początkowo był lekarzem wojskowym, w r. 1889 rozpoczął pracę w inst. higieny, w 2 lata później w Inst. chorób zakaźnych w r. 1894 był obrany profesorem w Halle, w następnym przeniósł się do Marburga, gdzie za życia postawiono mu pomnik, czcząc w nim głównie wynalazcę surowicy przeciwbłoniczej. Nie minęły go nagrody Nobla i paryskiej Akademii Umiejętności.

Behring należy do grupy uczonych tej miary, co Pasteur, Koch, Nencki. Gdy w roku 1888 Roux i Yersin wykryli swoiste jady bakterii błoniczych, a wkrótce potem Kitasato — toksyny tężcowe, zasługą Behringa było wykrycie swoistych przeciwjadów w surowicy krwi uodpornionych zwierząt, a Ehrlicha objaśnienie odporności przeciwjadowej przez teorię chwytników czyli łańcuchów bocznych. Myśl zwalczania nie samych bakterii jako takich, lecz wytwarzanych przez nie jadów w ustroju, powziął Behring jeszcze wcześniej w pracach nad jodoformem, udowadniając, że nie bakterye, lecz ich produkty odszczepiają jad, który wywiera działanie bakteryobójcze. W roku 1888 wskazał Behring, że, odporność naturalna białych szczurów względem zakażenia wąglikowego zależy od własności surowicy krwi, t. j. własności, którą dzisiaj nazywamy bakteryobójczą, i że tej własności nie posiada surowica zwierząt wrażliwych na zakażenie.

Dalej udowodnił, że ciała te znajdują się i w surowicy sztucznie uodpornionych zwierząt (do doświadczeń zastosował krętki Miecznikowa) i że ciała te nie tylko wytwarzają się we krwi, lecz zachowują swoją moc nawet w n a t r z n a c z y ń. Odkrycie własności antytoksycznych w surowicy krwi zwierząt, uodpornianych zapomocą toksyn, doprowadziło Behringa w pracy wspólnej z Kitasato (1890) do wniosku, że zapomocą odnośnych surowic antytoksycznych można nie tylko uodpornić zwierzęta zdrowe, lecz i leczyć zakażone. Zapomocą surowicy krwi w dawce 0,2 do 0,25 ctm. sz. królików, uodpornionych przeciw tężcowi, Behring i Kitasato uodporniali myszy przeciw tężcowi i odtworzyli też samo zjawisko *in vitro*, przez zobojętnienie 5 cm. sz. toksyny 1-nym cm. sz. surowicy uodpornionych zwierząt, i ta mieszanina stawała się nieszkodliwą nawet w dawce 300 razy większej ponad dozę śmiertelną (bez surowicy); natomiast surowica zwierząt nieuodpornionych nie posiadała własności zobojętniania jadu ani w ustroju ani nazewnątrz.

W okresie 1890 — 1891 r. Behring opracował pięć zasadniczych metod uodporniania zwierząt i w końcu 1891 r. w klinice Bergmanna w Berlinie zastosował surowicę po raz pierwszy dziecku, choremu na błonicę, w celu leczniczym. W pracach (1891 — 1893) swoich wskazał sposoby uodporniania dużych zwierząt, otrzymywania surowicy, utrwalania jej fenolem, zobojętniania jadu błoniczego w określonym ilościowym stosunku. Behring i Ehrlich pierwsi ustalili pojęcie jednostki uodporniającej (później dzięki badaniom Cruveilhiera, Picka i Paltauf'a zaczęto ściślej odróżniać jednostkę uodporniającą I. E. od jednostki przeciwjadowej A. E.), stosunek jadu i przeciwjadu do wagi uodpornionych zwierząt, wreszcie przez ustalenie jadu wzorowego i surowicy wzorowej (Testgift, Testserum) uzyskali możność ścisłego ilościowego oznaczania wartości każdej surowicy. Czynności te od roku 1899 spełnia w Niemczech Instytut Terapii Doświadczalnej we Frankfurcie. Do otrzymania wysokiej odporności zwierząt okazało się niezbędnym stosowanie toksyn o pewnej stałej sile jadu i odnośne metody opracowali Behring, Roux, Martin, Chaillou i in.

W r. 1899 Dzierzgowski pierwszy stwierdził, że krew całkiem normalnych koni może zawierać antytoksynę błoniczą o takichże własnościach, jak i antytoksyny, powstałe skutkiem sztucznego uodpornienia. W szeregu prac od 1903 r. opracował Dzierzgowski metodę czynnego uodpornienia człowieka przeciw błonicy. Niezależnie od prób Dzierzgowskiego, Behring powziął również myśl czynnego uodporniania ludzi przeciw błonicy, co było głównym tematem obrad kongresu w Wisbaden w r. 1913: substancją uodporniającą jest mieszanina bardzo silnego jadu błoniczego z antytoksyną w takim stosunku, aby w doświadczeniu na śwince morskiej nie było prawie wcale przewagi działania toksycznego. Największą nadzieję pokładał Behring, że tą drogą uda się unieszkodliwić nosicieli zarazków, u których żaden z zewnętrznych stosowanych środków antyseptycznych nie jest w możności zniszczyć laseczników swoistych. Czy i te nadzieje sprawdzą się, dopiero przyszłość okaże.

Nie tu jest miejsce na przytaczanie danych statystycznych co do skuteczności terapii surowiczej, granicy stosowania, wreszcie interpretacji danych z piśmiennictwa; przypomnę tu tylko słowa Eckerta („*Der heutige Stand der Diphtherietherapie*“ *D. Med. Wochenschr.* 1912, № 43, str. 2014): „Jeżelibyśmy posiadali w jednej ręce wszelkie środki, stosowane w ogólnym i objawowym leczeniu błonicy, a w drugiej tylko surowicę przeciwbłoniczą — to oddałbym pierwszeństwo surowicy“. To też gdy przed 2 laty święcono dzień 25-lecia stosowania surowicy przeciwbłoniczej, cały świat naukowy uznał fakt sku-

teczności tejże za ostatecznie dowiedziony. Czyż nie można nazwać tryumfem twórczego umysłu ludzkiego trzy wielkie odkrycia, jakich dokonali Loeffler, Roux i Behring w zakresie epidemiologii i profilaktyki błonicy i dalszego zastosowania idei tych badaczy odnośnie do innych chorób zakaźnych? Badania te, poza ich bezpośrednim praktycznym zastosowaniem, ponownie dały możliwość odzyskania teorii humoralnej, którą, zdawało się, pogrzebała już nauka Virchowa.

Niezwłocznie po ogłoszeniu przez Roberta Kocha teorii dualistycznej bodźców

gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej, Behring przystąpił do uodporniania bydła lasecznikami typu ludzkiego, wychodząc z założenia analogicznego z zjaw. *virus* ospowego. Dalej, wypowiedział pogląd, że ludzie zakażają się gruźlicą już w dzieciństwie przez spożywanie mleka krów gruźliczych i podał sposób zapobiegawczy. Wogóle prace Behringa obejmują szerokie horyzonty, widać w nich twórczość reformatora, i choć niektóre jego poglądy nie zdołały utrzymać się, to jednak zasługi jego są wiekopomne.

S. Serkowski.

Wiadomości bieżące.

— Z obawy przed ospą pruskie ministerium spraw wewnętrznych zarządziło dokonanie szczepień ochronnych we wszystkich więzieniach i domach poprawy.

— Sprawozdanie z działalności Sekcji Higieny Szkolnej.

W ciągu stycznia i lutego 1917 r. lekarze szkolni dokonali 1968 wizyt w oddziałach i zaszczepili ospę ochronną 2732 uczniom.

Dokonano badań indywidualnych całkowitych 4481

„ „ „ „ poszczególnych 3776

Zważono i zmierzono „ „ 2673

W ambulatorych Sekcji udzielono porad uczniom:

W chorobach wewnętrznych 550

„ „ chirurgicznych 313

„ „ nosa, gardła i uszu 154

„ „ skórnych 279

„ „ ocznych 567

W tej liczbie zbadano wad refrakcji 148

Zabiegów operacyjnych dokonano 15

Dentystycznych porad udzielono 7887

W tej liczbie założono plomb 1923

Dokonano ekstrakcji zębów 878

Zupełnie doprowadzono do porządku jamę

ustną u uczniów 724

Wykąpano dzieci w okresie sprawozdawczym:

W kąpielisku na Stawkach 1347

„ „ przy ul. Dzielnej 67 676

„ „ „ „ Wolskiej róg Syreny 1917

„ „ „ „ Chmielnej 91 4229

„ „ na Pradze 2554

„ „ szkolnem przy ul. Drewnianej 2008

„ „ „ „ Szerokiej 90

„ „ przy ul. Mylnej 1339

„ „ „ „ Olesińskiej 439

„ „ w Instytucie Lenwala 1405

„ „ przy ul. Zagórnej 186

Extra za biletami na Chmielnej i Stawkach 1458

Razem 17648

Dzieci otrzymywały mydło; ręczniki przynosiły same; w kąpieliskach niektórych były strzyżone.

Wydano dzieciom z funduszków Sekcji i z ofiar 17 par okularów.

NEKROLOGIA.

MIECZYŚLAW KACZOROWSKI

Lekarz sanitarny VI okręgu m. Warszawy, lekarz miejscowy szpitala Św. Stanisława dla zakaźnych, zmarł d. 5 b. m. na tyfus wysypkowy, którym zaraził się w szpitalu.

Urodzony w Warszawie w r. 1886, po ukończeniu gimnazjum rozpoczął studia lekarskie na uniwersytecie warszawskim, lecz z powodu wypadków r. 1905 zmuszony był je przerwać i przenieść się do Dorpatu, w którym otrzymał stopień doktora medycyny w r. 1912. Osiadłszy w dzielnicy wolskiej, praktykował wśród ubogiej ludności tego przedmieścia. Na wszystkich polach swej działalności odznaczał się gruntowną wiedzą, wielką sumiennością i gorliwością, a wszędzie wraz z pracą wnosił pogodę i harmonię.

Zaledwie wstąpiwszy w progi zawodu lekarskiego, padł przedwcześnie jego ofiarą. Cześć Jego pamięci.

Sz.

TREŚĆ NUMERU.

Str.	Str.
Stanisław Sierakowski. O wpływie różnych sposobów przyrządzania szczepionek na miano aglutynacyjne osób szczepionych ochronnie przeciw cholery i tyfusowi 177	<i>s. morbus Dupuytreni</i> (dok.) 182
Witold Horodyński. Przykurczenia rozciągnięta dłoniowego, czyli t. zw. choroba Dupuytrenia. (<i>Retractio aponeuroseos palmaris</i>) 177	Dział sprawozdawczy. 9. Hans Albert Dietrich. Brak miesiączki, spowodowany wojną. 186
	Emil Behring. Wspomnienie pośmiertne 187
	Wiadomości bieżące. 188
	Nekrologia. M. Kaczorowski 188

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10^{1/2} do 12-ej.

Odbito czeńkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
 № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.
 № 10. Ludwik Zembrzuski. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena Rb. 5 kop. 50, z przesyłką Rb. 6.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na **Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecimi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY
I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

Hemogen Magistra Klawe

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych poleca LABORATORIUM CHEMICZNE

Magistra KLAWE,
10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Próbki i literatura na sądownie E.P. Lekarzy.

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM STOWARZYSZENIU LEKARZY oceniła na podstawie badań chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPIŃSKIEGO jest organicznie połączonym jodem w postaci płynnej zawierający 4,75 cząsteczek jodu. Przetwór ten składa się z wody w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3-4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1914.

Przewodniczący Komisji

Przewodniczący Komisji

S. M. Karpiński
Sekretarz

*Opinia po wyrażeniu o Jodorolu
Jodu do leczenia jodismu
To jest Jodorol W. S. Karpińskiego
z dnia 27 lutego 1914 r.
Przewodniczący
Sekretarz*

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej. Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3-4 dni. Może być stosowany od 10 - 100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu rb. 1 kop. 20.

Tow. Akc. „Fr. KARPIŃSKI w Warszawie“
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemysłowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena Złp. 6.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.