

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

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

Rok XI

WARSZAWA, 1 MARCA 1934 R.

Nr. 9

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddz. wewnątrz. Szpitala im. Prez. Mościckiego
(Kierownik oddz.: S. M i n c).

O leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy metodą karmienia przez zgłębnik dwunastniczy *).

Podał
M. MORAWSKI (Łódź).

Kiedy przed 3-ma laty (29.XI.30 r.) na wieczorunku internistycznym w szpitalu im. Prez. Mościckiego o demonstrowałem pierwszego chorego Pawła O., leczonego metodą karmienia przez zgłębnik dwunastniczy, zapowiedziałem jednocześnie, że metodę tę będę kontynuował, a wyniki tej pracy przedstawię w Towarzystwie Lekarskim. Dzisiaj właśnie chciałbym mieć zaszczyt przedstawić Szanownemu Zgromadzeniu Kolegów materiał w ciągu tych trzech lat spostrzegany, a składający się z 29 przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy. Chciałbym przede wszystkim omówić dokładnie całą metodę tego leczenia, następnie cały przerobiony materiał zanalizować, wreszcie wyciągnąć odpowiednie wnioski dotyczące zarówno wartości klinicznej wzmiankowanej metody, jak i jej ewentualnego praktycznego zastosowania.

Istotą tej metody leczenia jest danie możliwości całkowitego wypoczynku choremu narządowi przez możliwie jaknajwiększe oszczędzanie go w czynnościach biochemicznych — niedrażnienie go, niepobudzanie do tych czynności. W tym celu wprowadzamy do przewodu pokarmowego cienki zgłębnik dwunastniczy, aż poza owrządzenie żołądka lub dwunastnicy — czyli do jelita cienkiego. Na długość wynosi to około 100 — 120 cm. zgłębnika. Technika wprowadzenia nie przedstawia zazwyczaj wielkich trudności: w pozycji siedzącej chory połyka do 45 — 50 cm. zgłębnika, a następnie, w pozycji prawobocznej z uniesioną nieco dolną częścią tułowia, resztę w tempie zupełnie powolnym. Wydzielanie się żółci świadczy o obecności oliwki w dwunastnicy. O ile jednocześnie stwierdzamy, że zgłębnik znajduje się na głębokości około 100 cm., wówczas z dużym prawdopodobieństwem przyjmujemy,

że znajduje się on w jelicie czczym, ale zawsze upewniamy się o tem jeszcze przy pomocy promieni Roentgena, które wówczas wykazują prawidłowy, węzowaty, niespełnony przebieg zgłębnika dwunastniczego. Bywa, że zgłębnik znajduje się na głębokości 100 cm., a treść mimo to jest kwaśna; dzieje się to wtedy, jeżeli zgłębnik ulegnie skręceniu — spełnieniu w żołądku. Należy zgłębnik zpowrotem wyciągnąć do 45 — 50 cm. i powtórzyć próbę wprowadzenia. Zdarza się znów, że zgłębnik wydziela treść żółtą zasadową, jest wprowadzony do 100 cm., ale pod Roentgenem okazuje się, że oliwka znajduje się w części zstępującej lub dolnej dwunastnicy, a część środkowa zgłębnika, zwinięta 1 — 2-krotnie, znajduje się w żołądku. Należy i wówczas ostrożnie pod Roentgenem wyprostować zgłębnik i następnie powoli wprowadzić do jelita czczego. Nieraz próbę taką trzeba kilkakrotnie powtórzyć, aż uzyskamy prawidłowe położenie i wymaganą głębokość.

Bywają osobnicy szczególnie wrażliwi na podrażnienie okolicy gardzielowej; powstają nieraz odruchy wymiotne tak silne, że wprowadzenie zgłębnika napotyka bardzo wielkie trudności. Udajemy się wtedy do różnych sposobów, a mianowicie, podajemy: *tra Valerianae simpl.* samą, bądź z *tra Menthae*, bądź też jednocześnie z *tra Belladonnae*; czasem zimny napój (woda) uspakaja na czas potrzebny zakończenia czuciowe jamy gardzielowej; wreszcie o ile powyższe środki zawiodą, kokainizujemy jamę gardzielową. Można również sugestją, „trochę prośbą — trochę groźbą” starać się przeforsować jamę gardzielową. Innym razem napotykały trudności przy przechodzeniu oliwki przez jamę odźwiernika i zwieracza. Powstają tak silne skurcze zwieracza, że żadną miarą nie przepuszczają oliwki, odrzucając ją wprost do żołądka, tworząc ze zgłębnika prawdziwą węzownicę. Podanie *Magn. ust.*, atropiny lub t. p. może usunąć skurcze, ale niezawsze. Bywają przypadki, że wszystkie środki zawiodą i po kilku dniach prób wprowadzenia zgłębnika męczących dla chorego metodę trzeba zarzucić. O ile już szczęśliwie — czasem bardzo szybko, już po 1 godzinie — osiągniemy jelito czcze, wtedy drugi koniec zgłębnika, wiszący nazwewnątrz, przyczepiamy przylepcem do policzka, lub chory

*) Wygłoszone na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Lek. dnia 22.XI. 1933 r.

sam dōwciennie owija go naokoło, szyi, inny znów z fantazją za uchem zaczepia a sam otwór zgłębnika zatyka kołeczkiem drewnianym, jak korkiem.

Z tą chwilą zaczynamy już **l e c z e n i e** c h o r e g o, polegające na sztucznym jego karmieniu przez zgłębnik. Czas trwania leczenia nie jest jednakowy w każdym przypadku. Myślą przewodnią właściwie jest utrzymanie zgłębnika jaknajdłużej, aby mieć pewność, że wrzód w tym czasie uległ zagojeniu, ale w czasie leczenia nie mamy żadnych namacalnych dowodów zagojenia się wrzodu. Bóle już na 2 — 3 dzień ustępują, dalej więc kierujemy się raczej własną intuicją, ogólnem dobrem samopoczuciem chorego, ustąpieniem prawie wszystkich objawów subiektywnych (z wyjątkiem pustych odbijań), uregulowaniem stolca i t. p. — i trzymamy się tej zasady, że lepiej trzymać zgłębnik kilka dni do tygodnia dłużej, niż przerwać leczenie zawcześnie. O ile jednak zjawia się nieoczekiwane jakieś powikłania, jak ostry nieżyt gardzieli, ostre zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego z wymiotami, rozwolnieniami, wówczas musimy przerwać leczenie, najczęściej na kilka dni, rzadziej całkowicie.

W naszym materiale — 29 przypadków — czas trwania leczenia był różny: od 1½ tygodnia do 6 tygodni. Najwięcej, bo 12 chorych, leczono przez 5 tygodni. Okres czasu 5-tygodniowy był najlepszy, najpewniejszy zarówno dla chorego przez możliwość utrzymania tak długo zgłębnika, jak i dla lekarza, — dając mu dość dużą gwarancję zagojenia się w tym czasie wrzodu.

Leczenie chorego polega właściwie na karmieniu go przez zgłębnik, jakkolwiek nieraz niezależnie od tego i w miarę zjawiających się objawów trzeba będzie choremu doustnie obok zgłębnika podać różne leki farmaceutyczne, ale to zawsze tylko przejściowo. Objawy zwykle wkrótce same ustępują, z wyjątkiem pustego odbijania, które się prawie zawsze przez cały czas utrzymuje, oraz niekiedy silnego zaparcia stolca. Jeżeli chodzi o rodzaj pokarmu, to stosowaliśmy we wszystkich przypadkach dietę, podaną przez **E i n h o r n a**. Chory otrzymywał 7 płynnych posiłków dziennie — każdy posiłek składał się: z 200 gr. mleka, 1 surowego żółtka, 2 łyżek stołowych cukru; nadto do każdego drugiego posiłku dodawaliśmy: 8 gr. masła, 1 łyżkę stołową mondaminy na zmianę z 1 łyżką stołową syropu owocowego (malinowego). Całkowita zatem dzienna porcja chorego wynosiła — około 1500 gr. mleka, 7 żółtek, 14 łyżek cukru, 25 gr. masła, 3 łyżki stołowe mondaminy, 3 łyżki stołowe syropu malinowego. Wartość chemiczna i kaloryczna tej porcji wynosi: białka — 90 gr., tłuszczów — 105 gr., węglowodanów — 305 gr., kaloryj — 2700. Niezależnie od tego chory otrzymuje dwa razy dziennie po 500 gr. roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Należy zaznaczyć, że zarówno mieszanka pokarmowa, jak i płyn fizjologiczny muszą przed wprowadzeniem być ogrzane do temperatury 37 st. C., dobrze przez gazę przefiltrowane, wreszcie powoli zupełnie do przewodu pokarmowego wprowadzane. Metoda wprowadzania pokarmów może być dwojaka: *primo* — pokarm, znajdujący się w wysoko umieszczonym irygatorze, siłą własnego ciśnienia tłoczy się przez zgłębnik, *secundo* — siłą czynną przy pomocy 200 gr. strzykawki **J e a n n e t t a** powoli się go wstrzykuje przez zgłębnik. Pierwszy sposób, opisywany przez **R e h d e r - A l t o n a**, u nas zawiódł: ciśnienie nie było wystarczające. Przeszliśmy wprost do drugiej metody, o tyle lepszej, że po każdym

nakarmieniu można zaraz powietrzem zgłębnik przedmuchać, co jest konieczne ze względu na zapobieganie sklepaniu się otworków w oliwce zgłębnika. Przed przedmuchiowaniem należy zgłębnik przepłukać zwykłą przegotowaną wodą (50 gr.).

W przebiegu leczenia (karmienia) mogą być różne niespodzianki ze strony zgłębnika, które zdarzają się najczęściej w czasie snu chorego. Zgłębnik może wycofać się z jelita do żołądka i pokreć się, tworząc nieraz bardzo skomplikowany węzeł. Zazwyczaj objawia się to bólami lub mdłościami. Dlatego też co pewien czas należy zgłębnik kontrolować przy pomocy promieni **R o e n t g e n a** i w razie nieprawidłowości położenia naprawić go doraźnie. Nieraz znowu we śnie przez niezatknięty otwór zgłębnika wypływa nazewnątrż spora ilość pokarmu, sprawiając choremu rano przykrą niespodziankę. W razie mniej lub więcej ostrego niezytu gardzieli, bądź też niezytu jelita, jak już wzmiankowano należy przerwać leczenie. Ciągłe stykanie się chorego z ludźmi, żywiącymi się normalnie, doprowadza go niejednokrotnie do pewnego wyczerpania psychicznego, wzbudzając w nim nie uczucie głodu, lecz jakąś niesamowitą chęć żywienia się przez jamę ustną, jakgdyby odczuwał konieczność poruszania szczękami, gryzienia i miażdżenia pokarmów. Toteż nieraz trzeba ulec tej niezwyklej potrzebie organicznej chorego i po możliwie długim okresie karmienia zgłębnik wreszcie usunąć. Wyciągamy zgłębnik zupełnie powoli, gdyż czasem na końcu zgłębnika tworzą się węzły, które przy szarpaniu mogłyby uszkodzić przełyk. Jednocześnie kontrolujemy zabarwienie zewnętrzne zgłębnika; środkowy jego odcinek między 40-tym a 60-tym cm. długości jest zawsze ciemny, pozostałe części, t. j. jego początek i koniec, zachowują zabarwienie czerwone. Jest to niezbitym dowodem prawidłowego położenia zgłębnika w czasie leczenia, gdyż ciemne zabarwienie środkowej jego części odpowiada odcinkowi, leżącemu w jamie żołądka i tam szcerniałemu pod wpływem kwasu solnego.

Omówienie zebranego materiału.

Przystępując do omówienia przerobionego materiału, chciałbym dokładnie podać całą statystykę, a więc leczono:

wrzodów żołądka	— 9	
wrzodów dwunastnicy	— 20	
w tem mężczyzn	— 27	
kobiet	— 2	
przytem w III-cim dziesiątku lat	— 8	
w IV	— 8	
w V	— 6	
w VI	— 7	
z zawodu — tkaczy	— 12	41%
robotników	— 5	18%
metalówców	— 3	10%
urzędników	— 3	10%
różne (szewc, portjer, malarz, stolarz, konduktor, służąca)	— 6	21%

Czas trwania cierpienia poszczególnych chorych przedstawiał się następująco:

około jednego roku	10 chorych
„ dwuch lat	3 „
„ czterech lat	3 „
„ pięciu lat	2 „
„ sześciu lat	1 „
„ siedmiu lat	2 „
„ ośmiu lat	4 „

około dziesięciu lat	2 chorych
„ dwunastu lat	1 „
„ dwudziestu lat	1 „
Czas trwania leczenia przez zgłębnik wynosił:	
do 1½ tygodnia	u 2 chorych
„ 2 tygodni	„ 1 „
„ 2½ „	„ 2 „
„ 3 „	„ 3 „
„ 4 „	„ 5 „
„ 4½ „	„ 3 „
„ 5 „	„ 12 „
„ 6 „	„ 1 „

Czas obserwacji poza szpitalem wynosił od 1½ miesiąca do 32 miesięcy, a mianowicie:

od 2 — 2½ lat	u 5 chorych
„ 1½ — 2 „	„ 9 „
„ 1 — 1½ „	„ 5 „
„ ½ — 1 roku	„ 4 „
poniżej ½ „	„ 5 „

Jeżeli chodzi o d o b ó r m a t e r j a t u, to kierowaliśmy się zawsze następującymi zasadami:

a) ustalone rozpoznanie, nieulegające żadnym wątpliwościom (wywiad, badanie obiektywne, badania dodatkowe, R o e n t g e n — jednym słowem cały zespół przemawiający za tem, a nie innym cierpieniem);

b) leczenie poprzednie bez pozytywnych rezultatów, t. j. cierpienie, mimo leczenia djetetyczno - farmakologicznego z roku na rok okresowo powtarzające się;

c) nisza w R o e n t g e n i e nieproblematyczna, lecz wyraźna, nieraz z głębokim wklęśnięciem na przeciwległej krzywiznie;

d) przypadki po krwotoku, nieulegające wątpliwości co do swego żołądkowego pochodzenia, z drugiej strony, nie zgadzające się na operację (u nas w jednym przypadku założono zgłębnik w miesiąc po krwotoku z wynikiem dobrym);

e) brak objawów zwyrodnienia nowotworowego, bądź dalej posuniętego zwężenia odźwiernika;

f) brak wreszcie podłoża neurastenicznego, szczególnego przewrażliwienia na wprowadzenie i utrzymanie à la long zgłębnika dwunastniczego; konieczne to również jest dla dalszej obserwacji chorego, dla uniknięcia zaciemnienia obrazów przez agrawację i t. p.

Spostrzeżenia kliniczne w czasie leczenia przez zgłębnik. Po wprowadzeniu zgłębnika i skontrolowaniu przy pomocy promieni R o e n t g e n a zaczynamy chorego karmić. Prawie z reguły pierwsze 2 — 3 — 4 porcje, czasem nawet porcje, wprowadzane przez kilka pierwszych dni, wywołują u chorych bardzo niemiłe sensacje, bądź miejscowe, bądź ogólne. Chory zaraz po wpuszczeniu pokarmu lub nawet jeszcze w chwili wprowadzania go zaczyna nagle odczuwać bicie serca, słabo mu się robi, ciemno w oczach, blednie, pokrywa się obfitym potem, w jamie brzusznej doznaje nieraz ściskania poniżej i nieco na lewo od dołka podsercowego albo nagłego przypływu gorąca. Objawy te nieraz tak gwałtownie występują, że obraz cały robi wrażenie zapaści. Szczególnie zjawisko to występuje u ludzi wrażliwych, nerwowo pobudliwych, a natężenie tych objawów zależy: po pierwsze — od wyższej temperatury pokarmu, po drugie — od silniejszego prądu wprowadzania go do jelita, po trzecie — od większej naraz jego ilości. Stan ten bardzo przykry dla chorego, nieprzyjemny również dla lekarza, na szczęście, trwa około 15 min., poczem mija szybko tak samo, jak szybko powstaje. R e h d e r - A l t o n a

stan ten nazywa z e s p o ł e m s e r c o w o - j e l i t o w y m i t ł o m a c z y g o podrażnieniem nerwu błędnego. Bez wątpienia dużo tutaj zależy od techniki żywienia, i można z powodzeniem uniknąć tego stanu lub przynajmniej bardzo znacznie osłabić jego natężenie. Należy więc zważać na to, aby: po pierwsze — temperatura pokarmu nie przewyższała temperatury ciała, a może być nawet cokolwiek niższa, do 35 st. C.; po drugie — nie należy w tych przypadkach pokarmu wprowadzać szybko, lecz poprostu kropla za kroplą; wreszcie, po trzecie — porcje należy objętościowo zmniejszyć z 200 gr. na 150 gr. i mniej, o ile zajdzie potrzeba. Stan ten trwa krótko, a po kilku lub kilkunastu porcjach ustępuje, tak, że można uprzedzić chorego o krótkotrwałości tych objawów, inaczej nie jeden z chorych zrezygnowałby z dalszego leczenia się.

B ó l e typowe dla owrzodzenia najczęściej na 2 — 3 dzień ustępują same i to prawie zawsze już do końca obserwacji, a w razie dobrego wyniku nazawsze. Natężenie i charakter bólów zmienia się odrazu. Natężenie wyraźnie słabnie, ostry charakter tępieje, aż do zupełnego ustąpienia. O ile jednak bóle dość ostre utrzymują się jeszcze, o ile towarzyszy im zgaga, palenie, wówczas podanie *Magn. ustae c. Extr. Bellad.* przez kilka dni *per os* na łyżeczkę wody przegotowanej przynosi choremu doraźną prawie ulgę i przyspiesza ustąpienie bólów.

O d b i j a n i a, ale tylko puste, to objaw, który prawie nigdy nie ustępuje, nieodłączny towarzysz zgłębnika, a niejednokrotnie długo jeszcze po usunięciu go utrzymuje się, aczkolwiek w mniejszym stopniu. Nie zwalczamy tego objawu, nie jest on bowiem zbyt przykry dla chorego. Wszystkie inne odbijania, więc gorzkie, kwaśne i t. p., nie mają miejsca w czasie żywienia się przez zgłębnik.

M d ł o ś c i u osobników szczególnie wrażliwych występują nieraz często i utrzymują się dość długo. Najczęściej, podobnie jak zespół jelitowo-sercowy, powstaje w pierwszych dniach karmienia i to w czasie karmienia. Nieraz chory zanosy tak silnie, że zachodzi obawa wymiotowania zgłębnika. Trzeba wtedy poprostu przestać karmić lub karmić bardzo powoli i z dłuższymi przerwami.

W y m i o t y dają złe rokowanie dla dalszego leczenia przez zgłębnik. Zdarzały się bardzo rzadko, wprost sporadycznie, najczęściej pod koniec leczenia, toteż prawie z reguły tegoż dnia przerywano już leczenie, mimo brakujących kilku dni do pełnych czterech, czy pięciu tygodni. Bardzo też możliwe, że chory, czując się zupełnie dobrze i tęskniąc za normalnym żywieniem się, odruchowo wyrzucał zgłębnik.

K r w o t o k ó w w czasie leczenia nie spostrzegaliśmy. Naturalnie, że w razie wystąpienia krwotoku leczenie trzebaby natychmiast przerwać.

Zaburzenia ze strony o d d a w a n i a s t o l c a najczęściej objawiały się typowym dla owrzodzeń zaparciem stolca. Daleko rzadziej mieliśmy do czynienia z rozwolnieniami. Stolce, mojem zdaniem, są jakby najlepszym wykładnikiem stanu przewodu pokarmowego. Tak długo, jak utrzymywały się zaparcia, chory czuł się jeszcze cierpiącym mimo ustąpienia wszystkich innych objawów. Dość często zaparcia stolca utrzymywały się przez kilka tygodni, ale z chwilą uregulowania się stolca wiedziałem zawsze zgóry, że sprawa teraz szybko posunie się ku uzdrowieniu, a chory odtąd psychicznie czuł się dużo lepiej i żywszy brał udział w społeczeństwie szpitalnym. U nas na oddziale zwal-

czaliśmy zaparcia zwykle podaniem *Ol. paraffini* 2 łyżki na noc, lub lewatywą aż do uregulowania. Biegunki w sporadycznych przypadkach zwalczyliśmy skutecznie, podając 2 razy dziennie po 2 łyżeczki *Calc. carbonicum*.

Zpóśród objawów obiektywnych bolesność uciśkowa najczęściej po 1 — 2 tygodni znika zupełnie lub w znacznej mierze. Długo natomiast utrzymuje się obrona mięśniowa, a prawie stale można wyczuć większy nieco opór mięśnia prostego prawego w owrzodzeniach dwunastnicy, bądź mięśnia prostego lewego w owrzodzeniach żołądka (*curvat. minor*), naturalnie, w obu przypadkach powyżej pępka. Punktowy ból nie mniej może uchwytne są dla obserwatora, łatwiej bowiem wysuwają się zpod obiektywnego spostrzeżenia, łatwiej również dadzą się choremu sugerować, zwłaszcza w przewlekłym przebiegu, kiedy tak wyraźnie już nie występują. Jednak w przypadkach typowego i wyraźnego ich występowania w punktach Boasa, Minca, Cade-Parturiera po zagojeniu wrzodu punkty te znikają. Wyraźne osłabienie odruchów brzusznych lub brak ich zupełny w miejscu owrzodzenia, t. zn. w rzucie jakgdyby owrzodzenia na powłoki brzuszne, jest zawsze doskonałym przedmiotowym objawem nawet ukrytego cierpienia, i to, jak wiadomo, zarówno we wrzodach dwunastnicy i żołądka, jak i w każdym innym przewlekłym i ukrytym cierpieniu narządów jamy brzusznej (np. *Appendicitis chronica*). To też zjawienie się ich ponowne w równym nasileniu po obu stronach jamy brzusznej, w obserwacji już poza szpitalnej, musimy zaliczyć poważnie na dobro zagojenia się wrzodu, co w obrazach ogólnej poprawy miało zawsze miejsce w naszych przypadkach.

Zpóśród badań dodatkowych badanie kału na krew utajoną przeprowadzaliśmy co 1 — 2 tygodni. Najczęściej krew utajona znika już w pierwszej połowie leczenia zgłębnikowego, rzadko utrzymuje się przez cały czas leczenia jako objaw wyraźny. Ślad krwi utajonej może utrzymywać się jednak dość długo i nieraz przeplata się z jej nieobecnością, aż wreszcie i ślad jej ustępuje zupełnie. Zresztą śladowi krwi utajonej zasadniczo nie przypisujemy większego znaczenia. Co 1 — 2 tygodni kontrolujemy również przy pomocy Rentgena położenie zgłębnika. Nie jest to wprawdzie konieczne, o ile przebieg leczenia odbywa się prawidłowo, o ile nie występują żadne zaburzenia u chorego, żadne z jego strony skargi, ani też niema trud-

ności w technice karmienia. Chociaż wypadnięcie oliwki zgłębnika do żołądka daje się odrazu choremu we znaki bólami, bądź mdłościami i wymiotami, to jednak dla porządku rzeczy i dla pewności kontrolę taką musimy przeprowadzać.

Wagę chorego natomiast kontrolujemy częściej — co 3 — 4 — 5 dni, najrzadziej co tydzień, o ile stan chorego idzie na całej linii ku lepszemu. Częściej zaś ważyć musimy chorego w razie zaburzeń przewodu pokarmowego (wymioty, rozwolnienia), co się, zresztą, bardzo rzadko zdarza. Zasadniczo waga chorego w czasie leczenia zgłębnikowego opada, czasem utrzymuje się przy nieznacznych wahanach na równym poziomie, rzadziej zaś idzie ku górze. U naszych chorych na 29 przypadków: w 18 przypadkach spadła od 1/2 — 4 kg.; w 7 przypadkach podniosła się od 1/2 — 5 kg.; w 4 przyp. utrzymała się na równym poziomie.

Zpóśród innych spostrzeżeń więcej ogólnych, dotyczących chorego w czasie leczenia zgłębnikiem, łaknienie i pragnienie najczęściej pozostają niezmiennione. Chory właściwie nie odczuwa tych potrzeb, jest syty, nakarmiony i napojony. Sporadyczne były przypadki, że przepisowa porcja choremu nie wystarczała; dodawało się wówczas nieco więcej mleka. Częściej zaś zdarzało się, że chory odczuwał przesyty i wogóle nie znosił 7 posiłków dziennie, wówczas, kontrolując częściej wagę chorego, redukowało się liczbę posiłków do 6-ciu, 5-ciu, a nawet 4-ech, albo też trzeba było zmniejszać jednorazową porcję chorego z 200 na 150 gr. Samopoczucie chorego psychiczne, w pierwszych dniach zakłócone jeszcze bólami, bądź sensacjami z powodu ciągłego przebywania zgłębnika w ustach, wkrótce potem ulega poprawie. Bóle ustępują, a ze zgłębnikiem chory żyje zupełnie.

Na zakończenie tego działu chciałbym jeszcze parę słów dodać o uzupełnianiu diety zgłębnikowej Ovomaltiną, Jecorolem, sokiem cytrynowym i pomarańczowym. Otóż w pewnych przypadkach, gwoli wzmocnieniu chorego, czy też wypróbowaniu wpływu Ovomaltiny i Jecorolu na wagę chorego, dodawaliśmy te mączki odżywcze lub soki owocowe, jednakże specjalnego wpływu tych substancji na organizm chorego nie zauważyliśmy, ani specjalnego podniesienia stanu fizycznego, ani też wzrostu wagi ciała. Większość chorych, karmiona bez dodatków tych ciał odżywczych, czy też witamin owocowych, czuła się tak samo dobrze, jak ci drudzy na mączce i witaminach. (Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Ze szpitala Anny Marji w Łodzi.

(Dyr.: dr. T. Mogilnicki. Ordynator: dr. L. Gundlach).

Z kazuistyki schorzeń układu krwiotwórczego. Zespół objawów aleukji krwotocznej w przebiegu błonicy.

Podaly

dr. med. C. FINKLERÓWNA i dr. med. F. ROZENÓWNA
(Łódź).

Edyta U., Nr. Ks. Gl. 52015, lat 7½, skierowana została do szpitala Anny Marji dnia 9.V.1933 r., gdzie pozostawała w obserwacji do dnia 18.V.1933 r.

Wywiad rodzinny: rodzice i dwoje rodzeństwa zdrowi. Jedno dziecko zmarło na zapalenie płuc w pierwszym roku życia. Chora poza odłą, przebyła w 4-ym roku

życia, dotąd była zdrowa, rozwijała się dobrze, choć, zdaniem matki, zawsze była „anemiczna”. Od połowy kwietnia b. r. matka zauważyła postępującą błądź i chudnięcie dziecka. Ciepłoty w tym czasie nie mierzono. Po dwóch tygodniach chora nagle zagorączkowała do 39°, co wraz ze złym wyglądem i apatią dziecka zaniepokoiło matkę; z tego powodu zwróciła się po poradę do ambulatorjum szpitala Anny Marji. Lekarz ambulatorjum zwrócił odrazu uwagę na wybitną błądź chorej i po przeprowadzeniu morfologicznego badania krwi, które wykazało znaczną niedokrewność, skierował ją do leczenia szpitalnego.

Stan w dniu przybycia: Stan ogólny bardzo ciężki. Chora spokojna, przytomna, lecz zupełnie apatyczna. Poza bólami brzucha dolegliwości brak. Ciepłota dochodzi do 40,5°. Budowa prawidłowa, wątła, odżywianie złe.

Skóra wybitnie blada z wyraźnym odcieniem żółtawym. Na prawem podudziu 2 sine plamy o średnicy 1 do 2 cm., nieznikające przy ucisku (podbiegnięcia krwawe). Objaw opaskowy dodatni. Śluzówka jamy ustnej i gardzieli wybitnie blada. Na prawym migdałku gruby szarawy nalot, nieoddzielający się od podłoża; brak zaczerwienienia na śluzówkach sąsiadujących. Gruczoły chłonne obwodowe macalne, drobne. Płuca: wypuk jawny, oddech obustronnie pęcherzykowy, nieco zastrzony. Układ krążenia: tętno miarowe, słabo wypełnione, łatwo uciskalne, 130 na minutę. Serce: granice prawidłowe, szmer skurczowy nad koniuszkiem. Przy obmacywaniu jamy brzusznej nie stwierdza się bolesności, ani żadnych oporów. Wątroba macalna 3 palce pod łukiem żebrowym, miękka i gładka; śledziona pół palca, również miękka i gładka. Układ nerwowy: bardzo żywe odruchy ścięgnowe. Ze strony pozostałych narządów brak objawów chorobowych. Morfologiczne badanie krwi: Hb — 16%, c. czerw. — 1.360.000, płytek — 104.360, wskaźnik — 0,6, retikulocytów — 1/1000, czas krwawienia — 3 m., czas krzepnięcia — 2 m., ciałek białych — 1.200. Wzór Schillinga — Za 0%, Kw 0%, Ml 0%, Pa 5%, Se 19%, Li 75%, Mon 1%. Nieznaczna anizocytoza i hipochromja. Z pozostałych badań podkreślić należy: posiew krwi jałowy, odczyn Wassermann'a ujemny; w moczu brak składników patologicznych; ujemny wynik próby Freya; z nalotu w gardle wyhodowano laseczniki błonicy. Nie mając jeszcze pewnego rozpoznania, na zasadzie obecności błonicy w posiewie przystąpiliśmy do leczenia surowicą przeciw-błonicy, której ogółem zastrzyknięto 35.000 jednostek. Ze względu na szybko postępującą niedokrewność dokonano trzykrotnie przetaczania krwi w ogólnej ilości ok. 500 cm³. Poza to stosowano żelazo doustnie i przetwory wątrobowe i hemostyl domięśniowo. Pomimo dość energicznego leczenia poprawa podczas 8-dniowego pobytu w szpitalu postępowała bardzo powoli: ciepłota utrzymywała się na wysokości 39°, nalot w gardzieli oddzielał się trudno, stan ogólny nadal ciężki, apatia trwa, śledziona nawet większa. Obraz morfologiczny krwi (Hb — 24%, ciałek czerwonych — 1.290.000, płytek 86.430, wskaźnik — 1, retikulocytów — 2/1000, ciałek białych — 1.900, Za — 1%, Kw — 1%, Ml. — 1%, Pa — 7%, Se — 19%, Li — 71%, Mo — 2%), uległ pewnej poprawie, jednakże nadal prawie brak zupełnie objawów odradzania się czerwonych ciałek oraz zmniejszona liczba granulocytów obojętnochłonnych.

Rodzice, zniechęceni niewielką poprawą stanu dziecka, nie chcieli go dłużej pozostawić w szpitalu i postanowili zabrać je do domu. W dniu wypisania zastosowaliśmy jeszcze jednorazową małą drażniącą dawkę głębokich promieni Roentgena na szpik kostny (5% H.E.D. na obie kości udowe).

Chorą tę staraliśmy się zatrzymać w obserwacji nawet po wypisaniu jej ze szpitala. Byliśmy zaskoczeni nagłą poprawą zarówno stanu ogólnego, jak i morfologicznego obrazu krwi po 5-ciu dniach. Wygląd i samopoczucie znacznie lepsze, ciepłota opadła do 37,2°, skóra i śluzówki różowawe, migdałek oczyszczony z nalotu. Obraz morfologiczny krwi: Hb — 30%, czerwonych ciałek — 1.650.000, płytek — 110.530, wskaźnik — 0,9, retikulocytów — 57/1000, białych ciałek — 8.200, anizocytoza i nieznaczna hipochromja. Pojedyncze normoblasty. Wzór Schillinga: Za — 0%, Kw — 1%, Mvel — 0,5%, Ml. — 2,5%, Pa — 19%, Se — 29%, Li — 45%, Mon — 3%. Uderzyło nas zjawienie się myelocytów, normoblastów oraz nagły wzrost ogólnej leukocytozy, retikulocytów i granulocytów — objawy, wskazujące na rozpoczynającą się odrodczą czynność szpiku kostnego. Po 3 tygodniach badaliśmy chorą ponownie. Zastaliśmy dziewczynkę w doskonałym stanie ogólnym, biegnącą po dwó-

rze, bawiącą się z dziećmi. Skóra twarzy silnie opalona, śluzówki dobrze ukrwione. Na wadze przybyło jej około 2 kilo. Przy badaniu, poza lekkim podmuchem skurczowym serca, ledwie macalną śledzioną i wzmocnionymi odruchami ścięgowymi, brak objawów chorobowych. Morfologiczne badanie krwi wykazało prawie powrót do normy: Hb — 66%, ciałek czerwonych — 3.580.000, płytek — 182.581, wskaźnik — 0,9, retikulocytów — 15/1.000, białych ciałek — 4.100, czas krwawienia — 8 minut, czas krzepnięcia — 4 minuty, wzór Schillinga: Za — 0%, Kw — 4%, Ml — 1%, Pa — 12%, Se — 21%, Li — 55%, Mon. — 7%, anizocytoza, nieznaczna hipochromja i polichromazja.

Na zasadzie morfologicznego obrazu krwi w tym przypadku stwierdzamy:

- 1) bardzo silną niedokrewność bez objawów odrodczych,
- 2) daleko posuniętą leukopenję,
- 3) daleko posuniętą granulopenję,
- 4) zmniejszoną liczbę płytek.

Obraz ten wskazywałby na całkowite zahamowanie erytropoezy, leukopoezy, oraz częściowe układu megakarjocytów. Zespół ten odpowiadałby zespołowi objawów aleukji krwotocznej. Można by myśleć tylko o sprawie wtórnej wskutek uszkodzenia szpiku kostnego, jakie, według Naegeli, może wystąpić pod wpływem różnych bodźców chorobotwórczych, działających toksycznie na układ krwiotwórczy. Aleukja krwotoczna, jako pierwotne schorzenie szpiku kostnego, *panmyelophthisis* w pojęciu Franka, kwestjonowana wogóle przez różnych autorów, w tym przypadku wogóle nie wchodzi w rachubę. Jest to naogół schorzenie, rzadko spotykane, prowadzące bez żadnej remisji do zejścia śmiertelnego; pewne rozpoznanie może być postawione jedynie na stole sekcyjnym. W poszukiwaniu czynnika etiologicznego, który miałby dać wyżej wymieniony zespół objawów w obrazie morfologicznym krwi, zatrzymaliśmy się nad błonicą, jako jedyną, pewnie stwierdzoną infekcją. Jednakże obraz krwi w przebiegu błonicy jest odmienny od tego, jaki mieliśmy w naszym przypadku. Błonicę charakteryzuje mierna leukocytoza z przewagą komórek obojętnochłonnych, z limfopenją i zmniejszoną liczbą kwasochłonnych w okresach początkowych, w przypadkach cięższych większa leukocytoza, myelocyty oraz objawy skazy krwotocznej ze zmniejszoną liczbą płytek (Naegeli, Baar i Stransky, Hirschfeld i in.).

Obraz krwi odwrotny do wyżej omówionego, a zwłaszcza limfocytoza, która była w naszym przypadku, przeczy rozpoznaniu błonicy (Naegeli). Co do zmian, jakie zachodzą w układzie erytroblastycznym, zdania autorów są podzielone. Według Hirschfelda pod wpływem jadu błonicznego może powstać dość duża niedokrewność. Hottinger zaś uważa, że nawet septyczne postacie błonicy cechują duże wartości hemoglobiny oraz czerwonych ciałek krwi. Przypadki analogiczne do naszego opisali Farnadakis, Ullrich. Pierwszy opisuje 7 przypadków błonicy z morfologicznym obrazem krwi, odpowiadającym agranulocytocie symptomatycznej. Zmiany, jakie obserwował w obrazie krwi chorych, są mniejsze od tych, jakie mieliśmy w naszym przypadku (liczba czerwonych ciałek wahała się w granicach 3.050 tys. do 3.900 tys., liczba obojętnochłonnych 2% do 8%). Przypadek Ullricha o zejściu pomyślnym nie jest dla nas zupełnie jasny. Chora zmarła wsku-

tej innej infekcji. Na stole sekcyjnym stwierdzono w narządach krwiotwórczych zmiany wskazujące na ciężkie ich schorzenie, jednakowoż ściśle rozpoznanie anatomopatologiczne ustalone nie zostało. W naszym więc przypadku, mimo stwierdzonego klinicznie nalotu oraz mimo stwierdzonej w posiewie błonicy nie byliśmy pewni rozpoznania i mieliśmy w stosunku do niego duże wątpliwości, tembardziej, że objawy niedokrewności, według słów matki, wystąpiły trzy tygodnie wcześniej od innych objawów. Jedyne przypuszczalne jeszcze rozpoznanie, jakie mogliśmy wziąć pod uwagę, była ostra białaczka aleukemiczna, za czem przemawiałyby: ostry początek choroby, niedokrewność, objawy skazy krwiotocznej, powiększona śledziona oraz zmiany na śluzówkach gardzieli (błonica mogła być zakażeniem wtórnem).

Ostra białaczka aleukemiczna przebiega często z zespołem objawów, odpowiadającym aleukji krwotocznej. Obraz kliniczny jest tak podobny, iż często za życia schorzenia te nie dają się odróżnić (Opitz, Baar, Grosser, Ghan, Senator). Grosser proponuje nawet dla tej postaci białaczki termin białaczki aleukicznej (aleukische Myelosis). Kaznells on opisuje przypadek, klinicznie rozpoznany jako anemia aplastyczna, którego Ghan sekcyjnie nie mógł odróżnić od ostrej białaczki aleukemicznej.

Podobieństwo, według Baara, jest nie tylko w obrazie klinicznym. Istota tych dwóch schorzeń jest prawdopodobnie ta sama: w obu mamy silny, atypowy

odczyn narządów krwiotwórczych na czynnik chorobotwórczy; w jednym przypadku prowadzi on do bujania, w innym do zaniku tkanki leukoblastycznej. W przebiegu więc samej choroby nie byliśmy pewni rozpoznania, które wahało się między aleukją krwotoczną objawową w przebiegu błonicy a ostrą białaczką szpikową aleukemiczną. Przeciw rozpoznaniu ostrej białaczki przemawiał ujemny odczyn Ferrya, pomyślny przebieg choroby, poprawa pod wpływem leczenia promieniami Roentgena, które w ostrej białaczce mogłoby dać efekt odwrotny, mianowicie, wywołać pogorszenie. Wszystko to skłoniło nas, mimo poprzednich zastrzeżeń, do przyjęcia rozpoznania: zespół objawów aleukji krwotocznej w przebiegu błonicy. Jednakże taki silny oraz atypowy odczyn układu krwiotwórczego w przebiegu błonicy wystąpić może tylko u osobnika z konstytucjonalnie małowartościowym układem krwiotwórczym.

PIŚMIENNICTWO:

- 1) Baar, Jahrb. f. Kinderh. 1924, T. 4, str. 1.
- 2) Baar und Stransky. Die klinische Hämatologie des Kindesalters. 1928.
- 3) Farnadekis. Presse med. 1929, str. 1121.
- 4) Grosser. Zeitschr. f. Kinderh. 1931 T. 51, str. 295.
- 5) Hirschfeld. Handb. der Krankh. des Blutes und der blutbildenden Organe T. 1.
- 6) Hottinger. Über die sogenannte toxische Diphtherie.
- 7) Naegeli. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik 1932, 8) Naegeli. Jahreskurse für ärztliche Vortbildung. 1933.
- 9) Opitz. Arch. f. Kind. 1929, T. 86, str. 293.
- 10) Ullrich. Zeitschrift f. Kinderh. 1932, 53.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Państwowego Zakładu Higieny
(Dział Bakterjologii i Med. Dośw.).

Nowe prace, dotyczące przyrządzania anatoksyny błonicy, oraz nowe metody szczepień ochronnych.

Podała
Róża ZAJDEL (Warszawa).

Szczepienia ochronne przeciwko błonicy za pomocą toksyny, pozbawionej czynnika jadonośnego, zapisały się chlubnie w dziejach profilaktyki ludzkiej. Szczepienia, przeprowadzone do chwili obecnej, liczą się na miliony. Corocznie statystyka różnych państw wzbogaca się licznymi obserwacjami, stwierdzającymi wybitne zmniejszenie się zapadalności na błonicę wśród zespołów dzieci szczepionych.

Pomimo, a może właśnie dlatego, że wyniki okazały się tak pomyślne, mnożą się prace, zmierzające do udoskonalenia zarówno czynnika szczepiennego, jak i metod szczepiennych.

Co się tyczy pierwszego czynnika, wysiłek skierowany jest do osiągnięcia materiału szczepiennego o coraz wyższych własnościach antygenowych, chodzi bowiem o zmniejszenie liczby dzieci, nie poddających się dotąd uodpornieniu. W zakresie drugiego czynnika chodzi o uproszczenie systemu szczepień.

Czego dokonano dla zwiększenia własności antygenowych anatoksyny błonicy? Mówię wyłącznie o anatoksynie błonicy, jako o czynniku szczepiennym, ponieważ opracowana przez Ramona (1923) i oddana do dyspozycji w r. 1924 anatoksyna wyparia

wszystkie inne dotąd robione próby czynnego uodpornienia dzieci przeciw dyfterytowi.

Liczne badania porównawcze wykazały, że anatoksyna daje znacznie wyższy odsetek odporności i działa wcześniej, niż proponowana przez Beringa i Parka mieszanina (T. A. i T. A. F.) toksyny z antytoksyną (szczepienia, prowadzone w Niemczech i Ameryce) lub uodpornienie za pomocą toksyny (Dzierżowski).

Nadto absolutna nieszkodliwość oraz bezwzględnie stwierdzona niezdolność do odszczepiania toksyny (reakcja nieodwracalna) zapewniły anatoksynie wyższą nad innymi metodami, w których dawkowanie toksyny musiało być niezwykle precyzyjne i ostrożne, żeby nie stać się niebezpiecznym.

Wszystkie te dane, a przede wszystkim bardzo pomyślne wyniki szczepień zapewniły anatoksynie wielką popularność we wszystkich krajach Europy i Ameryki.

Przypomnę, przy sposobności, że anatoksyna tworzy się z toksyny, poddanej działaniu formaliny (wg Ramona 3 — 4%), oraz ciepła (38°). Siłę anatoksyny można mierzyć *in vivo* bądź zawartością antytoksyn, powstałych we krwi zwierząt, uodpornionych anatoksyną, bądź reagowaniem zwierząt, uodpornionych anatoksyną, na wprowadzenie wielokrotnych dawek śmiertelnych toksyny. Jest to metoda dość skomplikowana, wymaga większej liczby zwierząt doświadczalnych. Prościej można określić wartość antygenową anatoksyny *in vitro* za pomocą odczynu kłaczkowania

R a m o n a. Surowicę o określonej koncentracji antytoksyny miesza się w różnych dawkach z anatoksyną o sile nieznaną (łaźnia wodna 40°C.). Metoda, oparta jest na zjawisku spostrzeżeniem, że w mieszaninie, w której toksyna została całkowicie zobojętniona w ten sposób, że nie pozostał ani nadmiar toksyny, ani nadmiar anatoksyny, powstają najwcześniej kłaczkki. Jednostką antygenową nazywa R a m o n ilość toksyny, względnie anatoksyny, która zostaje najszybciej wytracona przez jedną jednostkę antytoksyny. Liczne badania porównawcze, zwłaszcza autorów francuskich, wykazały, że do celów praktycznych, porównawczych miareczkowanie siły anatoksyny za pomocą metody R a m o n a jest naogół wystarczające.

W dalszym ciągu referatu, mówiąc o jednostkach, będąc miała na myśli jednostki antygenowe, obliczone metodą R a m o n a.

Surowcem, że tak powiem, do otrzymania anatoksyny błoniczej jest, jak już wspomniano, toksyna. Miano antygenowe anatoksyny jest zazwyczaj równe lub nieco słabsze od miana toksyny wyjściowej. Zagadnienie otrzymania anatoksyny o wysokim mianie sprowadza się zatem do posiadania toksyny o wysokim mianie.

W roku 1898 zastosował M a r t i n podłoże najodpowiedniejsze do otrzymania toksyny błoniczej. Aż do 1929 r. podłoże to z nieznacznymi zmianami używane było przez wszystkich prawie autorów, pracujących nad toksyną błoniczą. Nieznaczne modyfikacje dotyczyły również Ph. Miano otrzymanej anatoksyny wahało się w granicach od 5 — 10 jednostek, wyjątkowo osiągnęła 12 jednostek. Postępem w dziedzinie produkcji toksyn był dodatek glukozy do podłoża po sterylizacji (R a m o n, B e r t h e l o t). Począwszy od końca 1930 po przez cały rok 1931 i 1932 obserwujemy istny wysiłek autorów w zdobywaniu jednostek antygenowych. Należy stwierdzić obiektywnie, że wyniki osiągnięte nie były proporcjonalne do wysiłku.

Dodawano rozmaitych cukrów oddzielnie i razem, jednorazowo i wielokrotnie, rozmaitych soli, coraz zmieniano technikę maceracji mięsa i trawienia pepsyną lub trzustką i t. d. Liczba jednostek w 1 ccm. doszła wreszcie do 15 — 20. Podkreślić tu należy prace R a m o n a i współpracowników, M a r t i n a i współpracowników, prace amerykańskich badaczy, głównie P o p e a. Od tej właśnie pory datują się nowe zdobycze w zakresie techniki szczepień.

Szczególną jednak uwagę zwrócić należy na podłoże P o p e a i S m i t h, badaczy amerykańskich (praca ogłoszona w 1932 r. w Journal of Pathology and Bacteriology). Autorzy, można powiedzieć, naprawdę pobili rekord, zdobywając najwyższą liczbę jednostek w 1 ccm. Na opisanem przez nich podłożu otrzymują badacze toksynę o przeciętnym mianie 50 — 60 jednostek w 1 ccm. Ciekawą jest rzeczą, że dotychczas spotkałam w literaturze tylko jedną pracę, gdzie autorzy korzystali z podłoża P o p e a i S m i t h. Jest to praca B e r t a i L o p e z G a r c i a (Comptes Rendus S. B. 1933, Nr. 27).

W Dziale Medycyny Doświadczalnej produkuje się już od października r. ub. podłoże pod toksynę błoniczą w/g przepisu P o p e a i S m i t h. I rzeczywiście możemy je polecić, jako znakomite. Najniższe miano toksyny, jakie na niem osiągnęliśmy, wynosiło 32 jed., najwyższe 50 jednostek. Technika jest stopniowo opanowywana, tak, że ostatnie serje mają około 50 jednostek.

Wobec takiej wydajności podłoża warto jest nie-

co dłużej zatrzymać się nad omówieniem jego przygotowania.

Do pożytki użyto mięsa końskiego, tańszego od cielęcego, stosowanego w pożywce M a r t i n a. Trawienie za pomocą trzustki świńskiej prowadzi się frakcjami. Kiedy na skutek procesów hidrolitycznych podłoże zostaje zakwaszone, i wytwarza się Ph, hamujące dalszy proces trawienia, autorzy alkalizują podłoże, powtarzając ten proces kilkakrotnie aż do całkowitego przetrawienia mięsa za pomocą trzustki. W charakterze cukru podana jest maltoza. Węglowodan złożony ma tu charakter rezerwuaru zapasowego dla prątków błonicy. Pierwotnie część cukru zostaje rozłożona na glukozę i spożyta, poczem bakterje czerpią z nowych zapasów maltozy. W ten sposób w hodowliach prątków błonicy Ph nie obniża się zbytnio, co w efekcie dawało dotąd zahamowanie wzrostu. Nadto pożywka zostaje wyjalowiona przez filtrowanie a nie przez sterylizację i t. d.

Autorzy, których uprzednio wymieniłam (B e r t a i L o p e z G a r c i a) otrzymali, co prawda, toksynę na podłożu P. S. o wysokim mianie, mieli jednak trudności w przekształcaniu toksyny na anatoksynę. Czasami, jak piszą, po dwóch miesiącach toksyna nie traciła jeszcze całkowicie zjadliwości. Wspomnę przy sposobności, że w początkach miałam również kłopoty z przeróbką toksyny w anatoksynę. Jednakże właśnie dzięki temu poczyniłam pewne spostrzeżenia, mogące mieć zarówno znaczenie praktyczne, jak i teoretyczne. Mowa o tem będzie później.

Takie są mniej więcej dane, dotyczące otrzymywania mocnej toksyny, materiału przygotowawczego do sporządzania anatoksyny. Jeżeli chodzi o prace, dotyczące przeróbki toksyny na anatoksynę, to i w tej dziedzinie wykonano sporo. Ciekawe, głównie ze względów teoretycznych było: 1) zagadnienie, czy formalina jest tem istotnym specyficznym w danym przypadku ciałem, które bierze bezpośredni udział w przemianie toksyny w anatoksynę, czy chodzi tu o proces natury fizycznej, czy działanie chemiczne; 2) pod względem praktycznym ciekawą było rzeczą, czy nie uda się zastąpić formaliny innym ciałem o budowie chemicznej analogicznej lub nieco odmiennej, czy w ten sposób nie uda się uprościć, wzgl. skrócić czasu przekształcenia toksyny w anatoksynę.

Pierwsze zagadnienie usiłowano rozwiązać, zastępując formalinę innym ciałem. A więc próbowano najpierw wszelkich innych aldehydów, następnie ketonów, kwasów organicznych nasyconych i nienasyconych i t. d. Najwięcej w tej dziedzinie spotyka się prac S c h m i d t a, na uwagę zasługują również prace R a m o n a i współpracowników. Efekt praktyczny wszystkich tych doświadczeń był tego rodzaju, że poprzestano nadal na formalinie. Najlepiej odtoksycznia, najmniej uszkadza własności antygenowe.

Co się tyczy przyspieszenia procesu przekształcenia toksyny w anatoksynę, to w tym celu stosowano głównie podniesienie temperatury.

Stwierdzano przytem jednak pewien ubytek własności antygenowych (np. S c h m i d t podaje przeciętny ubytek, odpowiadający 12%).

W ostatnim komunikacie, który wygłosiłam we wrześniu r. b. na Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów w Poznaniu, donosiłam o zaobserwowanym fakcie, że szybkość procesu przekształcenia toksyny w anatoksynę zależy od ilości wolnego powietrza ponad warstwą płynu przekształcającego się. Obecnie w płaskich butelkach o du-

żej powierzchni zetknięcia z powietrzem otrzymuję już po 10 dniach, czasami nawet po 8 dniach całkowity zanik toksyczności. Prawdopodobny jest udział powietrza w procesie przekształcania toksyny w anatoksynę. Doświadczenia skontrolowane były na świnkach morskich. Przypominam, że pracuję z toksyną o wysokim mianie antygenowym — około 50 jednostek. W myśl poczynionych spostrzeżeń wydawało się, że, jeżeli przepuszczać strumień powietrza przez toksynę z formaliną, trzymaną w cieplarce, będzie można czas przekształcenia toksyny jeszcze bardziej skrócić. W tym celu skonstruowano specjalny aparat, przez który przepuszczano w cieplarce powietrze.

Narazie wynik okazał się raczej gorszy, niż w doświadczeniach poprzednich. Jest możliwe, że, przepuszczając powietrze, przepędzamy do pewnego stopnia i samą formalinę. (Zagadnienie jest w dalszym ciągu opracowywane). Niedawno ukazała się praca badaczy amerykańskich *W a d s w o r t h, Q u i g l y, S i c k l e s s*. Autorzy, dodając 1% formaliny do toksyny, stwierdzają już po 5 dniach całkowity zanik toksyczności. Autorzy używają podłoża syntetycznego o $3\frac{1}{2}$ jednostkach antygenowych w 1 ccm. Produkt wytrącają acetonem, uwalniając go w ten sposób od nadmiaru formaliny. Nie wydaje się, aby metoda ta mogła mieć zastosowanie przy masowej produkcji anatoksyny, gdyż, jak autorzy zaznaczają, na podłożach z wyciągiem mięsnym czas przekształcania przedłużał się wyraźnie, nadto obserwacje dotyczyły b. słabych toksyn.

Mówiłam dotąd o metodach, wzbogacających toksynę, wzgl. anatoksynę pierwotną w jednostki antygenowe. Niezależnie od tych wysiłków, mających na celu naturalne wzbogacenie materiału wyjściowego, szeregi autorów usiłował zagęszczać metodą sztuczną przesącze hodowli dyfterytrycznych, by tą drogą otrzymać produkt o wysokiej koncentracji anatoksyny w jednostce objętości. Wszystkie te metody równocześnie dążyły do oczyszczenia anatoksyny, do możliwego uwolnienia swoistych ciał odpornościowych od zbędnego balastu. Takich metod opracowanych jest dużo, postaram się je usystematyzować, a więc: 1) wytrącano anatoksynę wraz z białkiem za pomocą rozczywnów soli obojętnych (siarczan amonu, sodu) i dializowano; 2) wytrącano alkoholem metylowym, etylowym, acetonem (między innymi prace polskich autorów *S p a s o w i c z a i P o r ę b s k i e g o*); 3) wytrącano kwasem octowym, solnym i ostatnio kwasem benzoesowym. (*S p a s o w i c z i P o r ę b s k i*); 4) stosowano adsorbcję za pomocą soli ciężkich metali lub absorbowano wodorotlenkami metali i t. p.; 5) stosowano ultrafiltrację.

Zatrzymam się tylko na tych metodach, które znalazły zastosowanie praktyczne w szczepieniach na dzieciach. Do nich należą metoda adsorbcyjna za pomocą wodorotlenku glinu oraz metoda ultrafiltracji.

Metodę adsorbcji za pomocą wodorotlenku glinu wprowadzili po raz pierwszy *L i n d e n s t r ö m - L a n g i S c h m i d t* do oczyszczania toksyn i antytoksyn. Autorzy wzorowali się na metodzie, opraco-

wanej przez *W i l s t ä t t e r a* dla fermentów. W dalszym ciągu metodę tę zastosowali *S c h m i d t* oraz *S c h m i d t i H a n s e n* do oczyszczania i zagęszczania anatoksyny błoniczej. Metoda polega na dość kłopotliwym przyrządzeniu specjalnej odmiany wodorotlenku glinu bezpośrednio przed zabiegiem zagęszczania. Odpowiednio przyrządzony wodorotlenek glinu dodaje się do anatoksyny pierwotnej. Powstaje ciężki osad, zawierający między innymi wyadsorbowaną z płynu anatoksynę. Po odwirowaniu osadu czynnik aktywny wyciąga się za pomocą rozczywnu fosforanu sodu. Metoda ta daje dość znaczne oczyszczenie od substancji białkowych (10 — 15 razy mniej). Wydajność metody przeciętnie równa się 50%. Autorzy przedstawiają produkt, jeszcze bardziej oczyszczony, ale wtedy stosują dodatkowo parowanie, dializę oraz adsorbcję węglem. Zmniejsza to jeszcze bardziej wydajność metody (około 40%), nadto zbyt skomplikowana technika nie nadaje się do masowej produkcji. Autorzy zagęszczają anatoksynę do 100 — 300 jednostek w 1 ccm. W tej postaci została ona po raz pierwszy zastosowana przez *J e n s e n a* w 1931 r. do szczepień ochronnych przeciwko dyfterytowi na dzieciach.

T a s m a n oraz *P o n d m a n* zwracają uwagę na stosunkową nietrwałość anatoksyny, oczyszczonej metodą glinową. Po 2 miesiącach własności antygenowe stopniowo spadają.

Drugą metodą, którą stosowano do szczepień ochronnych, jak już wspomniano, jest metoda ultrafiltracji poprzez błony kolodionowe, przyrządzone wg przepisu *B e c h h o l d a i K ö n i g a*. Równoczesne wyzyskanie dwóch błon kolodionowych, z których jedna zatrzymuje białko, druga zaś aktywny czynnik hodowli, zostało po raz pierwszy zastosowane przez *S i e r a k o w s k i e g o, Z a j d l ó w n ę i S p a r r o w* do oczyszczania toksyn szkarlatynowych, następnie przez *S i e r a k o w s k i e g o i Z a j d l ó w n ę* do oczyszczania i zagęszczania toksyn błoniczych. W r. ub. zastosowałam metodę ultrafiltracji do zagęszczania i oczyszczania anatoksyny błoniczej.

Technika postępowania jest niezwykle prosta, nie wprowadza żadnych obcych ciał, mogących uszkodzić strukturę antygenową produktu. Anatoksynę przesącza się przez 4% błonę kolodionową, skąd przesącz przepuszcza się przez błonę 10%. W ten sposób na 10% błonie kolodionowej zagęszcza się do dowolnej koncentracji produkt, uwolniony w wysokim stopniu od białka, barwników, aminokwasów, soli, formaliny. Dzięki wprowadzonej nieznacznej modyfikacji w technice, podniosłam ostatnio wydajność metody do 80% i więcej. Zagęszczam przeciętnie anatoksynę do 2000 — 4000 jednostek antygenowych w 1 ccm. Produkt jest uboższy około 80—100 razy w substancje azotowe. Przy tem odznacza się niezwykłą trwałością. Zarówno anatoksyna zagęszczona do 2000 J. w 1 ccm, jakoteż rozcieńczona następnie do 200 J., wymiareczkowane po roku wykazały to samo miano bez żadnej straty.

(Dok. nast.).

Oceny książek

STRÓŻECKI Kazimierz. Łaźnie w dawnej Polsce i konieczność ich wznowienia. (Warszawa 1933. Wyd. autora str. 110, zł. 5).

Autor, gorący sympatyk i jako lekarz - higienista ramiętny obrońca łaźni, napisał broszurę historyczną, zgórą

100 stronicową o historii, higienie i wskazaniu leczniczem łaźni jako „przyczynę do dziejów kultury w Polsce”. Po wstępie historycznym, w którym wyjaśnia powstanie kultu dla kąpieli i łaźni w starożytnym Egipcie i Judei, rozpatruje, posługując się najlepszymi źródłami archiwalnymi, sprawę łaźni

parowych w Polsce, znanych już w okresie przedhistorycznym z opisu prymitywnej łaźni polskiej IX wieku przez turystę ziem słowiańskich żyda hiszpańsko - arabskiego A l B e k r i. (Uwaga sprawozdawcy: S t r ó ż e c k i cytuje ten fakt według Encyklopedji Staropolskiej Z. G l o g e r a z r. 1902. W istocie rzecz się miała według najnowszych badań nieco inaczej i cofa się rodowód tych notatek o całe stulecie wstecz. Historyk niemiecki S c h a e f f e r odkrył w r. 1875 w bibliotece jakiegoś zapadłego meczetu konstantynopolitańskiego opis podróży A l B e k r i A b u Z u b a i d a po ziemiach germańskich i słowiańskich, a w kilka lat później w drugiej części opisu stwierdził orientalista holedenski G o o j e i w r. 1880 wydal znajdujące się tam starsze notatki „O Polsce i Rusi“ autora Ibrahima Ibn-Jakoba, turysty, kupca żydowskiego z Afryki Północnej, który z pewną misją dyplomatyczną objeżdżał w IX i X w. sąsiednie kraje i zahaczył też o Polskę, którą bliżej studjował, tłumacząc, że „kraj Mieszka jest największym z krajów słowiańskich“ na Zachodzie położonych). S t r ó ż e c k i słusznie dowodzi, że łaźnie parowe pochodzenia normandzkiego były znane w Polsce i setki lat bardzo popularne. Począwszy od Bolesława Chrobrego, a skończywszy na Zygmuncie Auguście, wszyscy królowie polscy używali łaźni. Rozwój łaźni nastąpił w Poznaniu, od 1320 r. miał miejsce rozkwit ich w Krakowie jako stolicy państwa, zaś od 1569 r. z przeniesieniem stolicy do Warszawy zaczyna się ich zmierzch, mimo iż wszystkie nasze miasta, osadzone na prawie magdeburskiem, chełmińskiem i szwedzkim posiadały wzorowe i uprzywilejowane łaźnie ludowe. „Wilkieze“ wydawane w Krakowie, licencja udzielona w r. 1552 dla łaźni w Lublinie przez Zygmunta Augusta, pozwolenie wydane przez Radę Miejską w Warszawie w r. 1570 i t. p. a wszystkie, dozwalające na sprzedaż napojów wódczanych, likwiorów i mocnego piwa w łaźniach, jak również zabawy, odbywające się tam, spowodowały stopniowo demoralizację i upadek łaźni. — Autor, korzystając z diagramów, zdo-

bytych na Oddziale fizjoterapii Szpitala Żydowskiego w Warszawie na Czystem, dowodzi racjonalności i konieczności wznowienia takich łaźni ludowych, mających wyższość nad wanną, natryskiem i basenem i agituje za utworzeniem funduszu łaźniennego, podając plany łaźni dla mniejszych i większych osiedli i małych miasteczek.—Broszura kol. S t r ó ż e c k i e g o, bardzo ciekawa, posiada jedną zasadniczą wadę — dla mnie osobiście zaletę. Autor, miłośnik historii, wspominając tu i owdzie o historykach, mało znanych, którzy wiele pisali w tej materji w ubiegłych stuleciach, rozróżnił się zbyt i cytuje nieraz całe stronicę, historycznie godne zapamiętania, ale z tematem balneologicznym mające związek luźny albo absolutnie żaden. Efektowny okrzyk, kończący książkę o łaźniach: *ceterum censeo, cathedram balneologicam erigendam esse*, uważam za przedwczesne i luksusowe *pium desiderium* u nas, gdzie się zamyka i znosi systematycznie i świadomie podstawowe katedry. Dla balneoterapii i fizjoterapii ogólnej wystarcza na razie profesor, docenci, lekarzy, adjunkci poszczególnych działów medycyny teoretycznej i praktycznej. H. H i g i e r.

St. HIGIER. **Istota i postęp medycyny współczesnej.** (Odbitka z Nr. 8, 9 i 10 miesięcznika „Wiedza i Życie“, Warszawa 1933).

Niniejsza krótka, ba 20 stronic licząca praca ma na celu zapoznanie inteligentnego laika z obecnym stanem medycyny. Z zadania swego wywiązał się autor bez zarzutu. W zwięzłej i zupełnie przystępnej dla średnio inteligentnego czytelnika formie dał autor przegląd tego wszystkiego w dziedzinie etjologii, patologji i terapii, co stanowi dorobek współczesnej medycyny. Autor okazał się doskonałym popularyzatorem, co nie jest bynajmniej rzeczą łatwą. Pracę niniejszą należy uważać za bardzo pożyteczną w obecnej dobie sceptycznego ustosunkowania się inteligentnej warstwy społeczeństwa do medycyny (patrz książka Garta p. t. „Zachorowałem“) i rozwielmożnienia się znachorstwa. H. L.

Wskazówki praktyczne

O g n i b e n e stosuje w operacjach uszno - nosowo - gardlanych, obok znieczulenia powierzchniowego kokainą z adrenaliną, — *Allonal* (Roche). Jedna pastylka, zażyta na godzinę przed operacją, działa wybitnie przeciwbólowo. Również i bóle pooperacyjne *allonal* łagodzi znakomicie. (Riv. Oto-Lar. de S. Paolo. 1933, N. 3).

—o—

W braku miesięczki V i o l e t radzi stosować *upust* krwi w ilości 200 — 250 gr., zwłaszcza u kobiet otyłych. W przypadkach uporczywych upust krwi powinien być powtarzany co 2 — 3 miesiące. Obok tego poleca się jod doustnie lub w postaci zastrzykiwań domięśniowych lipjodolu w ilości 5 ctm.³. (Lyon méd. 1933, N. 37).

—o—

W celu rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci rocznych lub półtorarocznych radzi F l u s s e r badanie na bolesność w punkcie Mac-Burneya robić w czasie snu dziecka, co osiąga się łatwo za pomocą czopka z veronalu (0,2): przy obmacywaniu napiętej zwykle prawej połowy brzucha dziecko budzi się z krzykiem. (M. m. W. 1933, N. 16).

—o—

Trudności przy wprowadzaniu cewnika moczowego można przezwyciężyć według O p p e n h e i m e r a za pomocą *narkozy evipanowej*. Wystarcza dawka 2 — 3 ctm.³ 10% roztworu. W ten łatwy sposób można opróżnić pęcherz i uniknąć nakłucia go. (D. m. W. 1933, N. 42).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Posiedzenia kliniczne oddziałów wewnętrznych szpitala fund. Poznańskich w Łodzi im. Dra Seweryna Sterlinga.

Posiedzenie z dnia 12 i 26 października 1933 r.

(Dokończenie — patrz № 8).

Kol. G i n s b u r g o w a demonstruje przypadek początkowej zgorzeli na tle miażdżycy naczyń skutecznie leczony *acekoliną* i *padutiną*.

Chora lat 65 zgłosiła się do szpitala z powodu począt-

kowej zgorzeli 5 palca lewej nogi, bardzo bolesnej, zakwalifikowanej na prowincji do amputacji. U chorej stwierdzono: serce konfiguracji aortalnej z rozszerzeniem lewej komory; zmerem skurczowym i akcentacją drugiego tonu nad aorą. Ciśnienie 220/90 Hg przy tętnie 80 na min. Wątroba nieznacznie powiększona. Pierwszy palec stopy lewej sinawy. Duży palec zimny; od połowy czarno - siny; w czubku brak zucia. Tętnienie na *a. dorsalis pedis* wyczuwalne mniej wyraźnie, niż na kończynie prawej. Ciśnienie na obu kończynach dolnych jednakowe 210/90 Hg, przyczem oscylacje

na kończynie lewej minimalne, jedna do dwóch podziałek według P a c h o n a. Kapilaroskopijnie (Kol. F a j w l e w i c z) na zrębku paznokciowym kapilary o długich prostych ramionach i szybkim ruchu krwi, poczynając od śródka stopy, widoczne tylko ułamki kapilarów, szerokie, o minimalnym ruchu krwi. Cukier we krwi w granicach normy. Mocz bez zmian. Po zastosowaniu 12 iniekcji acekoliny po 0,2 i 5 iniekcji padutiny ciśnienie spadło do 150/70 Hg. Oścyłacje na kończynie lewej zwiększyły się do 6 — 7 podziałek. Sinica palców ustąpiła. Martwica zlokalizowała się na minimalnym odcinku czubka palca. Duży palec ciepły niebolesny. Chora w stanie całkowitej poprawy opuściła szpital po 3-tygodniowym pobycie.

Kol. S z y f m a n omawia przypadek *dusznicę bolesnej u djabetyka*.

Chory lat 46, z zawodu szklarz, od 2 lat narzeka na bóle za mostkiem, promieniujące do lewego barku, występujące napadowo przeważnie podczas chodzenia. Przed rokiem zauważył, że dużo pije, chudnie i słabnie. Stwierdzono wówczas u chorego w moczu 7% cukru bez acetonu; przez 11 tygodni był potem leczony w szpitalu. Cztery dni przed przybyciem obecnie do szpitala doznał bólu sercowego, który nie ustąpił po nitroglicerynie. Zastrzyknięto morfinę; po 1½ godzinach wystąpiło uczucie drętwienia kończyn. Zbadany mocz zawierał 4% cukru i aceton ++. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Płuca i serce bez zmian, poza nieczystym pierwszym tonem nad koniuszkiem. PP : 140/105 mm. Hg. W rentgenie zaokrąglenie lewej komory serca oraz wydłużenie aorty. Cukru we krwi 2,93. W omówionym przypadku nie ulega kwestji, że mamy jednocześnie cukrzycę i dławicę piersiową na tle zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych serca. Jednakże ostatnio u chorego wystąpiły sensacje sercowe, połączone z osłabieniem i skłonnością do omdleń, które zdawały się być innego pochodzenia. Istotnie, zbadany doraznie mocz wykazał prócz znacznej ilości cukru obecność dużej ilości acetonu. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia (insulina + dieta) stan chorego uległ poprawie, i wspomniane objawy sercowe ustąpiły, a więc były one niewątpliwie związane z kwasicą. Na zakończenie referent podkreśla konieczność bardzo ostrożnego w tych przypadkach dawkowania insuliny.

Kol. K o t o k demonstruje przypadek *lues hepatolienalis* u chorej lat 36, zamężnej. Choroba rozpoczęła się przed rokiem od bólów w jamie brzusznej, promieniujących do krzyża oraz do okolicy łopatek. Bólom towarzyszyły dreszcze. Podwyższonej ciepłoty, ani wymiotów nie było. Obwód brzucha zwiększał się; napady bólowe występowały coraz częściej prawie codziennie. Przez 3 miesiące była leczona w szpitalu, gdzie po iniekcjach salirganu i neptalu bóle ustępowały, i brzuch znacznie się zmniejszył. Po zastrzyknięciu neosalwarsanu dostała chora swędzącej wysypki na całym ciele, wobec czego dalszego stosowania neo zaniechano. Po opuszczeniu szpitala bóle ponowiły się; bóle były teraz najsilniejsze w nadbrzuszu, promieniowały do prawej łopatki. 3 lipca r. b. została ponownie skierowana do szpitala z rozpoznaniem marskości wątroby. W 1915 r. krótkotrwała żółtaczka. Nie ronila. Troje zdrowych dzieci. U matki chorej objawy kily trzeciorzędowej. Przy badaniu nad płucem lewym stłumiony odgłos opukowy od poziomu dolnego kąta łopatki w dół z osłabieniem szmerów oddechowych. Obszar stłumienia sercowego nieco poszerzony, nad miejscem wysłuchiwania tętnicy głównej skurczowy podmuch. PP — 155/100 mm. Hg. Tętno 80 na min. Brzuch silnie wysklepiony, powłoki brzuszne wiotkie; dolny brzeg wątroby — 3 palce poniżej łuku żebrowego, wątroba gładka, twarda. Śledziona gładka, twarda przekracza łuk żebrowy na 2 palce. OB — 50 na min. W moczu, poza pojedynczymi krwinkami wylugowanymi w preparacie, brak zmian. Odczyn W a s s e r m a n n a 4+, odczyn citocholowy 2+. Frakcjonowane badanie treści żółtkowej wykazało niski poziom kwasu solnego wolnego oraz kwasoty ogólnej (płaska krzywa). Morfologia krwi: ciałek czerwonych 5.995.000; Hb 57%; wskaźnik 0,73; nieznaczna anizo- i pojkilocytoza; ciałek białych 5.450 z nieznacznym przesunięciem wlewo; kwasochłonnych 5%; inne postacie w normalnym odsetku. R o e n t g e n: w prawym środkowym polu płucem zwapniałe ognisko pierwotne; przepona z lewej strony ustawiona o 2 palce wyżej; nadmierne zaokrąglenie okolicy koniuszka serca; skurcze serca powolne o szerokiej amplitudzie. V. d. B e r g h we krwi bezpośredni i pośredni ujemny. Dno oczu bez zmian: naczynia wąskie. Ginekologicznie — *erosio portionis vaginalis uteri*. Mocznika we krwi 21 millgr procent; miano ksantoproteino-

we 12. Po 0,1 neo w glukozie dożylnie wystąpiło silne zaczerwienienie skóry twarzy i kończyn dolnych, które utrzymywało się w ciągu 2 dni. Obciążenie 50 grm. glukozy: nacieżo 0,97; po 36' — 1,21; po 60' — 1,21; po 120' — 0,72. Obciążenie 40 grm. galaktozy: nacieżo 0,97; po 30' — 1,47; po 60' — 1,47; po 90' — 1,43; po 120' — 1,03. Próba wodna do 1002, sucha do 1023. Dane kliniczne oraz wyniki badań laboratoryjnych pozwalają rozpoznać *lues hepato-lienalis (hepatitis interstitialis diffusa cum hyperplasia lienis — G l u z i ń s k i)*. Pewne dane wskazują na *lues hereditaria tarda*, a mianowicie: 1) brak danych o zakażeniu kilowym; 2) ujemny odczyn W a s s e r m a n n a u męża chorej; 3) objawy kily trzeciorzędowej u matki chorej; 4) brak poronień.

Kol. K o t o k demonstruje chorego lat 64, z zawodu kupca, u którego przed 3 miesiącami w czasie kuracji w Busku wystąpiła duszność i bóle w okolicy serca. Lekarz zalecił przerwanie kuracji. Po jakimś czasie wystąpiły bóle pleców, które trwają dotychczas. W 1905 r. gościec stawowy, potem wywiady bez znaczenia. Przy badaniu: w okolicy odpowiadającej wyrostkowi ościstemu IX kręgu piersiowego wyczuwa się guzek wielkości grochu, nieprzesuwalny, jakby zrosnięty ze skórą, oraz drugi wielkości jaja gołębiego twardego, ruchomy. Wyrażna bolesność przy opukiwaniu okolicy IX kręgu piersiowego. Zmiany rozedmowe w płucach. Nieznaczne powiększenie granic stłumienia sercowego. Tętno 100 na min. PP — 195/95 mm. Hg. Mocz bez zmian. OB — 22 min. W rentgenie poszerzenie aorty. W a s s e r m a n n ujemny. Dno oczu bez zmian. Zdjęcie kręgów (dolnych piersiowych oraz górnych lędźwiowych) — *spondyloarthritis deformans*. Po diatermji *haemoptoe*; bóle silne, ustępują tylko po pantoponie. W trzecim tygodniu pobytu w szpitalu wystąpił w lewym dolku nadobojczykowym pakiet gruczołów częściowo zrosniętych ze sobą, częściowo wolnych, konsystencji twardej. Pakiet ten niezrosnięty z podstawą, niebolesny. Chrypka. Morfologia krwi: ciałek czerwonych 4.070.000; Hb 64%; wskaźnik 0,8; ciałek białych 15.200; kwasochłonnych 15%; inne postacie w odsetkach normalnych. Badanie laryngologiczne: zupełna nieruchomość struny głosowej w postaci „trupiej“ — porażenie *n. recurrentis sin.* Krwioplucia, niewyraźny rysunek wnęk na zdjęciu rentgenowskim płuc, pakiety gruczołów nad lewym obojczykiem, wreszcie porażenie *n. recurrentis* przemawiały za guzem, wychodzącym ze śródpiersia. Do ustalenia ścisłego rozpoznania przyczyniły się mogło badanie histopatologiczne jednego z gruczołów nadobojczykowych, które mogłoby wykazać, czy mamy do czynienia z guzem złośliwym, czy z *lymphogranulomatosis*, za którą przemawiała duża eozynofilia. Jednak ani na wycięcie skrawka, ani na naświetlania promieniami R o e n t g e n a chorej nie zgodził się. Wypisany został z rozpoznaniem: *tumor mediastini (neoplasma? lymphogranulomatosis?)*. *Spondyloarthritis deformans. Arteriosclerosis. Myodegeneratio cordis. Parisis n. recurrentis sinistri.*

Kol. H e r t z omawia przypadek *omarthriti gonorrhoeica*. Chory lat 53, z zawodu agent ubezpieczeniowy, przed 5 tygodniami dostał bólów barku i podwyższonej ciepłoty. Bóle stopniowo obejmowały duże stawy kończyn górnych i dolnych oraz drobne stawy pr. ręki. Ciepłota wała się w granicach 38 — 38,5°. Po 10 dniach wystąpiły silne bóle i znaczne ograniczenie ruchów w lewym stawie barkowym. Ciepłota podniosła się do 39,3°. Stopniowo bóle w stawach ustępowały, pozostały tylko w lewym stawie barkowym i w drobnych stawach wskazującego palca prawej ręki. Przed 17 laty dur brzuszny, przed 27 laty zakażenie rzeżączkowe, nawrót przed 10 laty; obecnie znów wyciek z cewki. Przy badaniu brak zmian w narządach wewnętrznych. Ciepłota w okolicy zajętego stawu barkowego nie różni się od otoczenia; konfiguracja stawu nieco zmieniona; bóle przy ruchach czynnych i biernych. OB — 20 min. W a s s e r m a n n i M e i n i c k e we krwi ujemny. Gonoreakcja 4+. Badanie bakterjoskopowe osadu moczowego dwoinek N e i s s e r a nie wykazało. W moczu 0,1% białka i pojedyncze leukocyty i krwinki w polu. Gruczoł krokowy i przydatki bez zmian. Wydzielina z cewki dwoinek N e i s s e r a nie zawiera. Leczniczo stosowano masaż, ruchy czynne i bierne, domięśniowo arthigon z początku 0,5, potem stopniowo do 2,0, diatermję, naświetlania rentgenowskie raz tygodniowo, wreszcie 2 — 3 gr. piramidonu dziennie. Stopniowo znaczna poprawa podmiotowa i przedmiotowa.

Kol. W a j n s z t o k omawia przypadek *skazy krwotocznej typu niedokrzepliwego*. U chorej lat 26, w 6 miesiącu ciąży, z trwającym od kilku tygodni zapaleniem miedniczek nerkowych, przed 3 tygodniami wystąpiły krwawienia z dżią-

seł, a po tygodniu dołączyły się z początku słabe, potem coraz silniejsze krwawienia z nosa. W 18 roku życia częste krwawienia z nosa, ostatnio przy najmniejszym skaleczeniu długo krwawiła. Poza tem zawsze zdrowa. Pierwsze *meneses* w 14 roku, regularne, nieobfite, trwające około 2 dni. Brat często miewa krwawienia z nosa, poza tem wywiady rodzinne bez znaczenia. Przy badaniu: skóra blado - szarawa z odzieniem podżółtaczkowym. Widoczne słuzówki blade. Z nosa i dziąseł sączy się krew. Nieznaczny wytrzeszcz oczu. Język i gardziel pokryte masami krwawymi. Tętno 122 na min. miernie napięte i wypełnione. Na kończynach dolnych podskórne wylewy krwawe wielkości od lepka szpilki do 2-groszówki. OB — 5 min. Objaw opaskowy ujemny. PP — 110/65 mm. Hg. Płytek 1.017.000. Czas krwawienia 5 min. Czas krzepliwości 25 min. Krwinek czerwonych 2.670.000; Hb 50%; wskaźnik 0,96; retikulocytów 5 na 1000 ciałek czerwonych; ciałek białych 11.900; neutrofilów 81,5%; postaci młodych $2\frac{1}{2}$; pałeczkowatych 3,5%; segmentowanych 76%; eozynofilów i bazofilów brak; limfocytów 15%; monocytów 3,5%. W moczu ślady białka, barwniki żółci, pojedyncze wałeczki szkliste w preparacie, pojedyncze krwinki wylugowane w polu, całe pole usiane ropnymi ciałkami. V. d. B e r g h pośredni i bezpośredni dodatni. Chorej założono B e l l o c q u a, otrzymywała glukalcynę i koagulem, lecz bez efektu. Wobec tego dokonano przetaczania krwi w ilości 500 ccm., poczem krwawienie prawie natychmiast ustalo. W ciągu następnej doby czuła się lepiej, nie krwawiła. Nagle wystąpiły bóle porodowe i po krótkim czasie chora urodziła nieżywe dziecko; po 10 min. łożysko samo odeszło, całe. Po porodzie krwawiła niewiele. Po usunięciu B e l l o c q u a z nosa nie krwawiła. Następnego dnia po porodzie wystąpiło krwawienie maciczne i, choć niewielkie, trwało 2 dni, i śród objawów ogólnego wyczerpania nastąpiło zejście śmiertelne mimo stosowania całego arsenału środków przeciwkrwotocznych. Jest to więc przypadek skazy krwotocznej o następujących cechach: 1) czas krzepliwości przedłużony; 2) czas krwawienia nieco powyżej wysokiej normy; liczba płytek powyżej miliona; 4) objaw opaskowy ujemny. Przypadek ten odpowiada krwawicze. Krwawiczkę dziela na właściwą i objawowa. Większość autorów uważa, że krwawiczkę przenoszą kobiety, same nie chorując. W e i l uważa, że i kobiety chorują na właściwa hemofilję. F r a n k, L a n d a u i H e v m a n podkreślają istnienie krwawiczkę objawowej przy ciężkich uszkodzeniach mięszu wątroby. W przypadku naszym chodzi prawdopodobnie właśnie o tę postać; za uszko-

dzeniem mięszu wątrobowego przemawiają obecność barwników żółci w moczu oraz dodatni odczyn V. d. B e r g h a.

Sekretarz: Dr. I. F a j w l e w i c z.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Oftalmologicznego z d. 16.XI.1933 r. (Wien. med. Wsch. 1934 N. 1) mówili L. S a k m a n n i H. K a h l e r o zmianach w naczyniach siatkówki w przypadkach nadciśnienia. Prelegenci już w r. 1925 doszli do wniosku, że ciężkie zapalenie siatkówki zdarzać się może i tam, gdzie nerki są w zupełności nieknięte, bynajmniej nie upoważnia do złego rokowania i może się cofnąć w zupełności. Pogląd ten jest obecnie powszechnie przyjęty. Podział nadciśnienia na rozmaite postacie powinien uwzględniać okoliczność, czy wzmożony stan podrażnienia wasomotorów zależy od środków naczyniowych mózgu (nadciśnienie mózgowe), czy od zakończeń obwodowych wasomotorów, względnie od muskulatury naczyń.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Rentgenologicznego z d. 3.V.1933 r. (W. m. W. 1934 N. 2) przedstawił L i e b e s n y 2 przypadki promienicy, wyleczone za pomocą krótkich fal. Z dawniejszych badań laboratoryjnych mówcy wynika, że fale 15 metrowe pobudzają wzrosty grzybka promienicy, natomiast fale 4 metrowe, hamują go. Na człowieku, dotkniętym promienicą, L. przekonał się o słuszności tego zapatrywania przypadkowo. Szło o chorego z obrzmieniem policzka, które przeszło w ropienie i robiło wrażenie promienicy. Jednak dwukrotne badanie bakteriologiczne brzmiało pod tym względem ujemnie. Na tej zasadzie zastosował L. fale 15 metrowe i wywołał znaczne pogorszenie stanu miejscowego, co wzbudziło podejrzenie, że miało się do czynienia z promienicą. Zastosowane teraz leczenie falą 4 metrową doprowadziło do rozmięknienia nacieków i przebicia się ropy nazewnątrz, której zbadaniu ponowne wykryło istnienie promienicy. Po 18 naświetleniach falą 4 metrową pacjent był wyleczony. Taki sam wynik dało 15 razowe naświetlanie falą 4 metrową u pacjentki z rozpoznaną odrazu promienicą. Celem demonstracji było wykazanie, że działanie krótkich fal na drobnoustroje nietylko *in vitro* jest właściwe dla gatunku drobnoustrojów i specyficzne pod względem długości fal, ale że to samo da się zastosować i przy naświetlaniu chorego człowieka. Stąd wniosek, że schorzenia, wywołane przez drobnoustroje powinny być leczone za pomocą krótkich fal takiej długości, które zabijają odpowiednie drobnoustroje w doświadczeniu mikrobiologicznym.

Krytyka lekarska

O „słabych płucach“ i „powiększonych gruczołach“.

Od lat paru trwa walka z bezkrytycznym rozpoznawaniem gruźlicy, a gruźlicy płuc w szczególności. Zarówno w podręcznikach i monografiach, jak i artykułach i na posiedzeniach tow. lekarskich stale się podkreśla, iż przy ustalaniu tak poważnego rozpoznania należy opierać się na faktach, a nie na przypuszczeniach. O ile akcja ta dała pożądane wyniki na terenie instytucji społecznych i leczniczych, albowiem znikli z sanatorjów przeciwgruźliczych chorzy niegruźlicy, o tyle w praktyce prywatnej stosunki nadal się oplakane. Do poradni przeciwgruźliczej stale zgłaszają się chorzy, u których lekarz - praktyk na zasadzie badania fizykalnego i skarg chorego rozpoznał gruźlicę płuc, a u których sumienne badanie fizykalne, radjologiczne i bakteriologiczne pozwala na wyłączenie z całą pewnością tej jednostki chorobowej. Zgłaszają się nadal matki z dziećmi z ustalonym przez lekarza rozpoznaniem „powiększonych gruczołów“, u których odczyn tuberkulinowy wypadł ujemnie, i badanie radjologiczne nie wykazuje żadnych zmian w płucach. W przypadkach powyższych stwierdza się zazwyczaj schorzenie jamy nosowo-gardzielowej, przewlekłe stany zapalne uszu, zatok nosowych, zastawek sercowych, pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, jajników i t. p. oraz nieswoiste schorzenia płuc. Jednak lekarz, zasugerowany

skargami chorego, jak kaszlem, pluciem, krwiopluciem i krwotokami, stanami podgorączkowymi, brakiem łaknienia, bólami pleców, złym stanem ogólnym i t. d., zapomina o kardynalnej zasadzie, wynikającej z naszego obecnego stanu wiedzy, a mianowicie, że rozpoznanie gruźlicy płuc opierać się winno na trzech danych: na wyniku badania fizykalnego, radjologicznego i bakteriologicznego, a u dzieci — jeszcze na zbadaniu odczynu tuberkulinowego. Lekarz, który w czasach obecnych rozpoznaje gruźlicę płuc w przypadkach, gdzie jej niema, wskutek pominięcia badań radjologicznego i płwociny, które — jeśli chodzi o gruźlicę, przestały już być badaniami dodatkowymi, a stały się integralną częścią badania chorego, popełnia nietylko błąd lekarski, ale nieuczciwość w stosunku do chorego i przestępstwo społeczne. Gruźlica bowiem jest chorobą społeczną nietylko ze względu na swe rozpowszechnienie, ale dlatego również, iż wprowadza dezorganizację, a często i burzy podstawową jednostkę społeczną, jaką jest rodzina. Gruźlica płuc — to długotrwałe inwalidztwo, to niebezpieczeństwo dla najbliższych, to często rozbiście domowego ogniska, wreszcie to konieczność wielkiego wysiłku materialnego, połączonego, zwłaszcza obecnie, z ruiną finansową całej rodziny. Rozpoznanie gruźlicy płuc zalamuje chorego psychicznie, traci on wolę i chęć do życia, staje się obojętny na to wszystko, co wczoraj jeszcze

było treścią jego życia. Znika często uczucie dla dzieci, dla żony czy męża — następuje całkowity przewrót w psychice chorego. Długotrwałe cierpienie i leczenie przyzwyczajają do bezczynności, wzmagają egocentryzm i egoizm chorego, który z dorosłego zamienia się w krnąbrne, rozkapryszone dziecko. Pogodzić się z tem należy, jeżeli chory ma gruźlicę — stawką jest bowiem życie chorego, a dzięki uzyskaniu większej lub mniejszej poprawy, zależnej od natężenia choroby, lekarz zawsze potrafi dodatnio wpłynąć na usposobienie chorego. Inaczej rzecz ma się u chorych, leczących fikcyjną gruźlicę. Stosowane w tych przypadkach leczenie klimatyczne nie przynosi zazwyczaj poprawy, ponieważ nie wpływa na cierpienie podstawowe. Utwierdza to chorych w mniemaniu o ciężkości ich cierpienia i powoduje ciężką neurastenję.

Przed paroma dniami zgłosiła się do mnie chora lat 26, mężatka, która została skierowana z R. do Warszawy celem wyjazdu do Otwocka. Dzieje jej są następujące: przed 3 laty parodniowe krwioplucie bez temperatury. To samo przed rokiem. Znany lekarz-praktyk warszawski stwierdził „słabe płuca” na zasadzie badania fizykalnego i radiologicznego, które wykryło wtedy „zwapniałe gruczoły”. Płwociny nie badano, chora wyjechała, oczywiście, do Otwocka. Od 3 miesięcy katar i krwawienie z nosa, kaszel i krwioplucie. Lekarze w R. rozpoznają gruźlicę płuc. Chora traci apetyt, chudnie, przestaje zajmować się gospodarstwem. Leczenie objawowe — bez skutku. Wreszcie jakiś lekarz wspomina chorej o odmie. Przerazona wysprzedaje resztki mienia i postanawia znów jechać do Otwocka. Przed wyjazdem do Otwocka decyduje się zasięgnąć mego zdania co do konieczności założenia odmy sztucznej. W wyniku badania okazuje się, że brak jakichkolwiek zmian fizykalnych i radiologicznych w płucach, badanie płwociny prątków Kocha i włókien sprężystych nie wykazuje. Według wszelkiego prawdopodobieństwa przyczyną kaszlu, który miał charakterystyczny odgłos tchawiczny, i krwiopłuc były zmiany w jamie nosowo-gardzielowej. Czy udało mi się przekonać chorą, która żyła się już z myślą, iż cierpi na gruźlicę — nie wiem.

Jest to przypadek zupełnie typowy. Zwrócić chciałbym jeszcze uwagę na tak często używane określenie „słabe, zaflegmione, zagrożone” płuca, określenie niemal swoiste dla tej kategorii chorych. Bo cóż może być łatwiejszego i pewniejszego dla lekarza, niż powiedzieć choremu, który zgłasza się do niego z temi charakterystycznymi skargami, kiedy nie stwierdza się żadnych zmian w płucach, że „pan ma słabe płuca”, lub „dziecko ma powiększone gruczoły”. Jest to przecież rozpoznanie, które chory sam sobie postawił, a do lekarza przychodzi dla jego potwierdzenia. Lekarz dobrze wie, że „słabe płuca” to fikcja, to nie gruźlica, że to napewno powinno przejść bez śladu. Ale nie myśli o tem, że dla pacjenta „słabe płuca” to synonim gruźlicy, to synonim ciężkiego cierpienia. Chorzy z takim rozpoznaniem są plagą instytucji leczniczych i społecznych, przestają pracować, życie ich wypełnia pielgrzymka po poradniach przeciwgruźliczych, instytucjach społecznych i miejscowościach klimatycznych, marzą o wyjeździe do Otwocka, jednym słowem, stają się inwalidami i ciężarem dla społeczeństwa. Całkowitą winę ponosi lekarz, który z obawy przed utratą pacjenta rezygnuje *a priori* z badań uzupełniających i podaje choremu fikcyjne rozpoznanie, które można w dwojaki sposób zrozumieć. Nie obchodzą takiego lekarza dalsze skutki takiego rozpoznania: niech się chory wysprzeda, niech straci spokój, niech rzuci rodzinę, niech przestanie pracować. Jeśli się poprawi — to lekarz miał rację, bo „słabe płuca” to coś takiego, co przechodzi; jeśli chory wskutek zmartwień i przejść, czy też naskutek przebywania wśród chorych gruźliczych dostanie gruźlicy, to lekarz też miał rację, bo w „słabych płucach” rozwinęła się gruźlica. Lekarz ma zawsze rację, pomnik wystawić temu, kto takie rozpoznanie wymyślił.

Smutne to są rzeczy. Smutne, bo świadczą o braku uspołecznienia lekarzy. Smutne i niemożliwe do naprawienia siłą, drogą ustaw i okólników.

Pozostaje odwołanie się do sumienia lekarzy.

Benedykt G l a s s (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach.

Podał
M. KACPRZAK (Warszawa).

Lata powojenne charakteryzuje u nas niezwykle rozwój opieki społecznej nad dziećmi, których ogromne masy nagle pozostały na łasce opatrności. Sytuacja była wyjątkowa. Trzeba było działać bardzo szybko, stwarzać instytucje na różnych terenach kraju bez oglądania się na innych, bez ustalania systemu, niekiedy wprost improwizując, aby tylko okazać jaknajszybciej niezbędną pomoc pozostałym bez opieki. Instytucje zakładano i likwidowano w miarę potrzeby, do władz centralnych dochodziły niejednokrotnie wiadomości o ich istnieniu dopiero wówczas, gdy zwracały się o subwencje. O dokładnej statystyce z owych czasów niema mowy. Z czasem jednak, kiedy od okresu wojennego zaczęto przechodzić do pracy normalnej, skoordynowanej i kontrolowanej, trzeba było zebrać odpowiednie materiały, aby zdać sobie sprawę z sytuacji. Opieka społeczna, ta wciąż rosnąca na wadze gałąź gospodarki publicznej, nie

może się rozwijać bez należytej, zawsze aktualnej statystyki.

W myśl tych potrzeb wydane w dniu 22 kwietnia 1927 r. rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o nadzorze i kontroli nad działalnością instytucji opiekuńczych nałożyło na wszystkie zakłady i instytucje opiekuńcze obowiązek nadsyłania corocznie do władz nadzorczych sprawozdań ze swej działalności. Nadsyłane sprawozdania przez dłuższy przeciąg czasu nie mogły być opracowywane ze względu na ich naogół chaotyczny układ oraz pomijanie wielu nieraz najważniejszych danych. Dla zaradzenia powyższym brakom w 1931 roku rozesłano do zakładów i instytucji opiekuńczych we wszystkich województwach, z wyjątkiem śląskiego*), kwestjonariusz, dotyczący powstania instytucji, jej charakteru i całokształtu działalności.

Publikacja niniejsza jest rezultatem opracowania kwestjonariusza, nadesłanego do Ministerstwa Opieki Społecznej przez zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzie-

*) Przepisy wspomnianego rozporządzenia z dnia 22 kwietnia 1927 r. nie rozciągają się na województwo śląskie.

ci i młodzieży. Opracowania dokonano w Wydziale Statystyczno - Sprawozdawczym Ministerstwa **). Kwestjonariusz jest bardzo obszerny, składa się z 18 stron i zawiera działy: dane ogólne, personel zakładu, ogólny ruch wychowanków, wychowanie dzieci i młodzieży i kontakt z rodziną, sprawozdanie rachunkowe.

Po całkowitem opracowaniu kwestjonariusza sporządzono 58 tablic, w pracy niniejszej z konieczności podano tylko kilka.

Najważniejszą sprawą jest stopień dokładności materiału: a) czy wszystkie zakłady nadesłały sprawozdania, b) czy podane odpowiedzi są prawdziwe. Wobec braku liczb porównawczych z innych źródeł trudno jest na te pytania odpowiedzieć stanowczo. Pewna liczba instytucji nie nadesłała odpowiedzi wcale, tak przynajmniej należy przypuszczać. Jednak liczba ich jest bardzo niewielka, są to, zresztą, zakłady mniejsze, mało znane, tak, że od istotnego stanu rzeczy odbiegamy niewiele. Pod względem prawdziwości (dobrej woli w podawaniu odpowiedzi) nadesłane materiały nie powinny budzić zastrzeżeń, trudno bowiem przypuszczać, iż zakłady świadomie dążyły do wykazania liczb większych lub mniejszych od rzeczywistych, bo w jakim celu?

W każdym razie dokładność materiału wydaje się być wystarczająca, aby na jego podstawie podjąć pierwszą próbę charakterystyki opieki zamkniętej nad dziećmi i młodzieżą, aby ściślej, niż na podstawie wrażeń i indywidualnych spostrzeżeń, określić jej rozmiary, ocenić strony dodatnie, a co ważniejsze, uwydatnić jej braki. W opracowaniu ograniczamy się do strony opisowej, starając się jak najmniej zabarwiać dane. Ostateczne wnioski, wyrażane są często bardzo ogólnikowo, ażeby nie sprawiały wrażenia większej dokładności niż ta, która cechowała pierwotny materiał.

T a b l i c a I.

Liczba zakładów i liczba wychowanków
w dniu 31.III 1932 r.

Województwo	Liczba zakładów	Liczba wychowanków	Na 10.000 mieszkańców przypada wychowanków
m. st. Warszawa	78	6.654	56,4
Warszawskie	63	3.954	15,6
Łódzkie	56	2.548	9,7
Kieleckie	62	2.872	9,8
Lubelskie	38	2.079	8,4
Białostockie	34	1.771	10,8
Wileńskie	64	3.166	24,8
Nowogródzkie	26	973	9,2
Poleskie	20	827	7,3
Wołyńskie	31	950	4,6
Poznańskie	53	2.363	11,2
Pomorskie	26	1.372	12,6
Śląskie	38	1.645	12,7
Krakowskie	68	3.906	17,0
Lwowskie	110	5.260	16,8
Stanisławowskie	60	2.300	15,6
Tarnopolskie	60	1.537	9,6
	887	44.177	13,8

***) Wyniki opracowania ogłoszone zostały w kwartalniku Ministerstwa Opieki Społecznej, „Praca i Opieka Społeczna” zeszyt 4, 1933 r. przez M. K a c p r z a k a i E. R u d z i ń s k a. Niniejsza praca jest skrótem wspomnianej.

L i c z b a i r o z m i e s z c z e n i e z a k ł a d ó w.
L i c z b a w y c h o w a n k ó w.

Na terenie Rzeczypospolitej (razem z województwem śląskiem *) w dniu 31 marca 1932 r. znajdowało się 887 zakładów opiekuńczych zamkniętych, w których w tym dniu przebywało 44.177 wychowanków. Obraz rozmieszczenia tych zakładów w poszczególnych województwach oraz liczby wychowanków daje tablica 1-sza.

Biorąc w liczbach absolutnych, najwięcej zakładów mamy w b. zaborze rosyjskim — 472; w b. zaborze austriackim — 298; najmniej w b. zaborze pruskim — 117 zakładów. Trudno jednak brać zakład za jednostkę porównawczą ze względu na ogromną rozpiętość w wielkości zakładów i ze względu na różne liczby mieszkańców, dla których zakłady są przeznaczone; lepiej oprzeć się na liczbach wychowanków w porównaniu do gólu mieszkańców. A więc w b. zaborze rosyjskim na 10.000 mieszkańców przypada 13,6 wychowanków, w b. zaborze pruskim — 11,7, w b. zaborze austriackim — 15,3, w województwie śląskiem — 12,7. Stosunkowo więc najlepiej pod względem opieki zamkniętej dla dzieci przedstawia się były zabór austriacki. Przeciętnie w całym kraju na 10.000 mieszkańców przypada 13,8 wychowanków, uwzględniając zaś miejsca na które zakłady są obliczone (etatowe), 15,2 miejsc na 10.000 mieszkańców. Jeśli przyjmiemy, że zakłady mieszczą u siebie tylko dzieci ze swego województwa, to okaże się wówczas, że rozmiary opieki zamkniętej wahają się w dużych granicach: w Warszawie na 10.000 mieszkańców przypada 56,4 wychowanków, w województwie poznańskim — 11,2, w województwie wołyńskim — 4,6. Najbardziej rozbudowaną opiekę społeczną ma, jak widzimy Warszawa, (m. in. tłumaczy się to umieszczeniem dzieci z innych terenów w zakładach warszawskich dla celów szkolnych), dalej idą województwa: wileńskie, krakowskie i lwowskie.

Ciekawą rzeczą byłoby przesledzenie przez dłuższy okres czasu rozwoju liczbowego zakładów i wychowanków. Niestety, z dawniejszych lat brak jest danych, posiadamy jedynie liczby z 1925 r. i z 1928 r., będące rezultatem opracowania ankiet, rozesłanych przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Opieka nad matczyństwem, dziećmi i młodzieżą w Rzeczypospolitej Polskiej, wydawnictwo Komitetu Polskiego Międzynarodowego Kongresu Opieki nad Dzieckiem, Warszawa, 1928 r.).

W r. 1925 posiadaliśmy 1175 zakładów o 83.712 wychowankach,
 „ „ 1928 „ 968 „ 51.546 „
 „ „ 1932 „ 849 „ 42.532 „

Powyższe liczby nie obejmują województwa śląskiego, gdyż ankiet z 1925 r. nie była rozesłana do zakładów tego województwa.

Przypuszczając, że dokładność materiałów z r. 1925 i z r. 1928 jest równa dokładności danych z r. 1932, przyjdziemy do wniosku, że rozmiary opieki zamkniętej zostały w przeciągu 7 lat znacznie, bo niemal o połowę, zmniejszone. Przytem, opierając się na fakcie, że liczba zakładów w porównaniu z r. 1925 zmniejszyła się o 28%, a liczba wychowanków o 49%, można wnioskować, że albo zakłady większe zostały zlikwidowane, albo ograniczyły swoją działalność, albo też poprzednio przez dłuższy przeciąg czasu działały ponad

*) Dane, dotyczące liczby zakładów i wychowanków w województwie śląskiem oraz ich przynależności otrzymano inną drogą.

normę. Tak, czy inaczej, przeszliśmy do zakładów faktycznie mniejszych, słuszniej będzie powiedzieć — mniej liczebnych.

Czas powstawania zakładów.

Na ogólną liczbę 756 zakładów, które w kwestjonariuszu podały datę swego założenia, 393 (52%) powstały przed 1917 r., przeważnie w okresie 1900 — 1918; na wiek ubiegły i na okres jeszcze dawniejszy przypada założenie tylko 125 zakładów. Pozostałe 48% — 59%, zakłady nowe, powstałe po 1918 r. już w Polsce niepodległej. Nowopowstałe zakłady rozłożyły się w poszczególnych dzielnicach kraju dość równomiernie, jeśli weźmiemy pod uwagę liczby mieszkańców — 1 zakład na 100.000 mieszkańców we wszystkich trzech byłych zaborach. W b. zaborze rosyjskim kresy wschodnie mają stosunkowo więcej nowych zakładów niż Kongresówka.

Wśród nowopowstałych — największy odsetek stanowią zakłady, należące do organizacji społecznych — 59%, zakłady, należące do związków komunalnych, tworzą 24%, do zgromadzeń zakonnych i związków wyznaniowych — 13%.

Klasyfikacja zakładów.

Zakłady opiekuńcze możemy podzielić przede wszystkim na dwie zasadnicze grupy: na zakłady dla dzieci normalnych oraz na zakłady dla dzieci, odbiegających od typu normalnego, t. zw. zakłady specjalne.

Pożądaną byłoby rzeczą podzielić zakłady pierwszej grupy według wieku wychowanków, a więc na żłobki (od urodzenia do ukończonych 3 lat), schroni-

ska (od 3 do 14 lat) i bursy (powyżej 14 lat). W praktyce podział ten nie jest ściśle przeprowadzony. W żłobkach 20% dzieci liczy od 3 do 7 lat, a większość schronisk nie określa górnej granicy wieku swych wychowanków. Wobec tych nieściśności w pracy niniejszej zachowany został podział zakładów dla dzieci normalnych tylko na dwie grupy: a) żłobki, b) schroniska i bursy.

W dn. 31 marca 1932 r. posiadaliśmy (razem z województwem śląskim):

47 żłobków, dających opiekę	3.033 dziec.
784 schroniska i bursy, dające opiekę	37.503 dziec.

Odrębne właściwości dzieci anormalnych powodują podział grupy zakładów specjalnych według innej podstawy: mamy zakłady dla dzieci kalekich, w tem ociemniałych i głuchoniemych (11 zakładów — 630 wychowanków), dla trudnych do prowadzenia, w tem i dla dziewcząt, zaniedbanych moralnie (27 zakładów — 2.079 wychowanków), dla upośledzonych umysłowo (7 zakładów — 433 wychowanków), dla anemicznych, wątłych, gorączkujących (9 zakładów — 410 wychowanków), wreszcie pogotowia opiekuńcze dla dzieci, zabieranych z ulicy (2 zakłady — 89 wychowanków). Dla najliczniejszej kategorii anormalnych — dzieci trudnych do prowadzenia — najwięcej zakładów mamy w Warszawie, w województwie warszawskim oraz w województwach zachodnich; w tych ostatnich znajduje się 5 większych zakładów tego typu, należących do związków komunalnych.

Ogółem w dn. 31 marca 1932 r. zakładów specjalnych było 56, a dzieci w nich 3.641.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W myśl ustępu 1 § 12 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Sprawiedliwości o wyrobie, obrocie i przechowaniu eteru etylowego z dnia 22 lutego 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 30 poz. 282) eter etylowy może być wydawany z aptek jedynie na podstawie recepty lekarza, lekarza weterynarii i lekarza - dentystry względnie felczera. Zważywszy jednak, że eter etylowy w stanie czystym zwykle zapisywany jest chorem celem stosowania przy wykonywaniu zastrzyków, Ministerstwo Opieki Społecznej wyjaśnia, że recepty na eter etylowy w stanie czystym (per se), zapisane przez lekarza (felczera) bądź to z dopiskiem do stosowania we własnej praktyce, bądź to bezpośrednio choremu, apteki winny traktować jako zapotrzebowania i obliczać jako sprzedaż odrębną, zachowując jednak dla kontroli te zapotrzebowania.

Podsekretarz Stanu:

(—) Dr. E. Piestrzyński.

— Odezw. Olbrzymie zmiany, jakie w ostatnich latach zaszły w strukturze społeczeństw, powstanie nowych zagadnień, rewizja dotychczasowych form i pojęć odbiły się na wszystkich gałęziach pracy silnym echem, stworzyły nowe potrzeby, konieczność przystosowania się do nowych form i konieczność samorzutnego stwarzania podwalin bytu i pracy zawodowej. Musimy stwierdzić, że na naszym terenie w dotychczasowym biegu zdarzeń stan lekarski nie zajął należnego stanowiska, do przemian i hasel doby obecnej ustosunkował się biernie, niejako czekał, aż społeczeństwo wskaże mu właściwe stanowisko i światopoglądy na pracę społeczno-

lekarską. Bierność ta wyrządziła dużo krzywdy i światu lekarskiemu i społeczeństwu. Dzięki brakowi należytego zrozumienia konieczności jednolitej sprężystości zorganizowanej, obejmującej cały kraj akcji zdrowotnej, upadło Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Fakt ten pociągnął za sobą wiele złego dla wszelkiej akcji sanitarnej na większą skalę i dla lekarzy. Wprowadzenie w życie ubezpieczeń społecznych i związanego z nimi leczenia, co było niejako formą ewolucyjną rozwoju pojęć na znaczenie zdrowia dla społeczeństwa, przeszło bez udziału lekarzy, bez pozytywnego ustosunkowania się i pokierowania przez tych — co najwięcej w kwestji niesienia pomocy zdrowotnej ludności mieli do powiedzenia. Czasy, gdy zdrowie człowieka było jedynie i wyłącznie własnością jednostki przeszły, dziś zdrowie jest majątkiem całego społeczeństwa. Ta zmiana poglądów odbić się musiała na pracy lekarskiej. Dawniej lekarz zamykał się wyłącznie do praktyki prywatnej — czekał, aż chory zgłosi się do niego; dziś zadaniem lekarza jest nie tylko leczenie chorego, ale również dotarcie do chorego i do źródła choroby, zapewnienie jednostce i społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego. Kasy Chorych były pierwszym odgłosem tego światopoglądu. Cóż, kiedy tworzyły się przy biernym, a często i nieprzychylnym stosunku lekarzy. Lekarze dzięki temu zeszli w nich tylko do roli najemnych pracowników i jakże często podejmowali pracę w nich traktując ją jedynie jako tymczasowy zarobek, pozwalający przetrwać „ciężkie czasy“ — do czekać kiedy znów będzie można wrócić do prywatnej praktyki we własnym gabinecie. Trzeba zerwać wreszcie z tą biernością. Czas zdać sobie jasno sprawę z postulatów życiowych, z przemian jakie zaszły i na ich gruncie budować przyszłość świata lekarskiego, a nie usiłować wrócić do daw-

nych form i do dawnych pojęć. Zrozumienie tych postulatów, pozytywne ustosunkowanie się do zagadnień i interesów Państwa, stanowisko państwowe - twórcze idące po linii racji stanu dyktuje Zjednoczeniu Lekarzy następujące postulaty: 1) Reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego i zorganizowanie powszechnej służby zdrowia, która objęłaby cały kraj i całą ludność kraju opieką zdrowotną. W tej bowiem formie widzimy najistotniejsze spełnienie zadań lekarskich w stosunku do całego społeczeństwa. 2) Rozwój i umocnienie stanowiska lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych, jako formie ewolucyjnej na drodze do objęcia całego kraju opieką lekarską. W lecznictwie ubezpieczeniowym czynnik lekarski winien zająć właściwe miejsce, mieć wpływ na rozwój i całość akcji, a praca lekarska powinna znaleźć jaknajlepsze warunki i jak najmniej skrępowania do rozwinięcia jej w myśl wymagań wiedzy. 3) Reforma studiów lekarskich na wyższych uczelniach w kierunku przystosowania ich do praktycznych potrzeb lecznictwa, wymagań społeczno - lekarskich i utrzymania poziomu moralnego przyszłych lekarzy. 4) W szkoleniu lekarzy powinny być należycie rozwinięte działy medycyny społecznej. 5) Nadanie pełnych i konkretnych form działania Izbowi Lekarskiej, jako instytucjom powołanym do normowania warunków życia lekarskiego. 6) Zapewnienie głosu czynnikowi lekarskiemu w ogólnej polityce kraju, jako jednemu z ważniejszych zagadnień z dziedziny ochrony Państwa i Narodu.

Zarząd Zjednoczenia Lekarzy.

— Międzynarodowa Liga do walki z gościami zawiadamia, że wszystkie doniesienia na 4 Międzynarodowy Kongres Przeciwościcowy, mający się odbyć w Moskwie 3 — 6 maja 1934 r., należy kierować do Generalnego Sekretariatu Ligi w Amsterdamie, Keizersgracht 489/491, natomiast pytania, dotyczące prawa wjazdu do Rosji, wiz, organizacji wykładów (filmy, projekcje świetlne), do sekretariatu generalnego Kongresu pod adr. prof. Daniszewskiego, Moskwa, Sadowaja, Samatiosznaja 3a. Tylko członkowie Międzynarodowej Ligi do walki z gościami mogą wziąć udział w Kongresie. Członkami Ligi mogą być nie tylko osoby prywatne, ale i instytucje (kliniki, poradnie przeciwreumatyczne, sanatorium, zdrojowiska), które również mają prawo delegować swych przedstawicieli na Kongres. Składka członkowska Ligi wynosi 15 fl. Członkowie Ligi są proszeni o przesyłanie składki z zaznaczeniem, że są członkami Ligi, do Biura Międzynarodowej Ligi, Amsterdam, Keizersgracht 489/491, poczem otrzymują dyplom o acta rheumatologica. Przypomina się, że po zakończeniu Kongresu odbędą się wycieczki dla członków Kongresu w dwóch kierunkach: A. Moskwa — Leningrad. 10 dni wraz z trwaniem Kongresu. Cena 75 dol. wraz z pobytem w Moskwie. B. Moskwa — Uzdrowiska Kaukaskie (Kislowock, Essentuki, Miatigorsk, Zeleznowodsk). Uzdrowiska nad Morzem Czarnym, Krym i Odessa, aż do granicy. Czas trwania 20 dni wraz z Kongresem. Cena 125 dol. wraz z pobytem w Moskwie podczas Kongresu. Za bankiety płaci się oddzielnie. Program Kongresu jest następujący: I. Zagadnienie kliniki ostrego gościa. — prof. Konczalowski — Moskwa, Dr. Mathieu, Pierre Weil — Paryż, prof. Schottmüller — Hamburg, prof. Danielopolu — Bukareszt, Dr. Alvin Coburn — New York. Goście narządów, Prof. Lang — Leningrad, prof. Pletnew — Moskwa, Prof. Buchstab — Odessa, Dr. Piatot — Bourbon — Lancy, prof. Carlo — Gamma — Siena. Patologia ostrego gościa. Prof. Talalajew — Moskwa, prof. Frugoni i prof. Chini — Rzym, prof. Graff — Hamburg. Patogeneza ostrego gościa. Prof. Sperański — Leningrad, prof. Singer — Wiedeń, dr. Bradley — Stratton, prof. Kuenen — Leyden. Odżywianie jako czynnik leczniczy w ostrym gościcu. Prof. Pewsner —

Moskwa, prof. Determann — Wiesbaden. Przemiana materii w przebiegu gościa. Prof. Leporski — Woroneż, prof. Falta — Wiedeń, prof. Cawadias — Londyn, dr. Harpuder — Wiesbaden, dr. Petshaher — Innsbruck. Klinika ostrego gościa u dzieci. Prof. Kolczanof — Moskwa, dr. Schlesinger — Londyn, prof. Leichtertritt, Wrocław, prof. Fahr — Hamburg. Serce a ostrego gościec. Prof. Jagic — Wiedeń, prof. Holsti — Helsingfors. II. Wskazania do leczenia balneologicznego chorych z gościcem. Prof. Daniszewski — Moskwa, Prof. Dalmady — Budapeszt. Leczenie mulem przy cierpieniach reumatycznych aparatu ruchowego: Prof. Burdenko — Piatigorsk, Dr. Kochler — Elster, Dr. Shmidt — Piszczany, prof. Pisani — Florencja, dr. Wybaow — Bruksella, dr. Nadig — Locarno. Leczenie reumatycznych cierpień serca wodami mineralnymi zawierającymi siarkowodor, prof. Walendiński — Moskwa, prof. Gmunt — Praga. Leczenie reumatyków kąpielami radioaktywnymi. Doc. Keniaszwili — Tyflis, Prof. Palumbo — Florencja, prof. Gudzent — Berlin, dr. Vlastos — Ateny. O leczeniu reumatyków czynnikami zdrojowymi poza siedzibą zdrojowisk, prof. Brustejn — Moskwa, prof. Kohlmetr — Sztokholm. O połączeniu balneologicznych i fizjoterapeutycznych metod w leczeniu cierpień reumatycznych, prof. Nalbanaow — Odessa, prof. Gunsburg — Antwerpia, prof. Winaj — Andorno, dr. Faber — Viborg. III. Cierpienia reumatyczne u robotników przemysłu transportowego, górniczego i metalowego, prof. Steriopulo — Moskwa, prof. Kagan — Charków, prof. Gellman — Moskwa, Prof. Rosen — Moskwa, prof. Lewicki — Moskwa, prof. Nabalow — Odessa, Dr. Fischer — Paryż, Dr. Engelhardt — Drezno, prof. Plate — Hamburg, Dr. Teleky — Düsseldorf, Dr. Edstrom — Göteborg, dr. de Munter — Liege, prof. Kahlmetr — Stockholm, dr. Ory — Liege.

— Od Doc. Dra A. Wojciechowskiego otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie pismo następujące: Wielce Szanowny Panie Kolego. W związku ze Zjazdem Międzynarodowym Związku Walki z Gruźlicą, mającym się odbyć we wrześniu b. r. w Warszawie, poruczył mi Zarząd tego Związku opracowanie koreferatu drugiego tematu programowego, dotyczącego gruźlicy kości i stawów oraz jej leczenia tak zachowawczego, jak i chirurgicznego. Referentem głównym jest Prof. P u t t i. Pragnąc w referacie moim przedstawić stanowisko współczesne ogółu chirurgów Polskich, ich zapatrywania i osiągnięte wyniki, zwracam się do Wielce Szanownego Pana Kolegi z uprzejmą prośbą o łaskawe dostarczenie mi odnośnych danych mniej więcej podług załączonego wzoru. Wobec konieczności ścisłego przestrzegania terminów wyznaczonych przez Zarząd Związku proszę o nadsyłanie łaskawych odpowiedzi na j p ó ż n i e j d o d n i a 10 k w i e t n i a pod adresem: Doc. A. Wojciechowski, Warszawa, Tucholska 10. Z góry dziękując za tak cenną dla mnie pomoc, proszę przyjąć wyrazy wysokiego szacunku. (—) A. W o j c i e c h o w s k i.

Nazwa Kliniki, Szpitala, Zakładu
Liczba spostrzeganych w okresie od do przy-
padków gruźlicy kostnej.

Stosowane leczenie:

A. O g ó l n e.

1. F i z y k a l n e: a) naświetlania, b) klimatyczne, c) kąpiele, d) Bier, etc.
2. D i e t e t y c z n e.
3. F a r m a k o l o g i e z n e, serologiczne, bodźcowe etc. (wymienić szczegółowo środki, dawki i sposób stosowania).

B. M i e j s c o w e.

1. Z a c h o w a w c z e.

- a) unieruchomienie
 z) za pomocą wyciągu
 3) „ „ opatrunków gipsowych
 7) „ „ aparatów ortopedycznych
 b) Rentgenoterapia
 c) inne miejscowe niekrwawe zabiegi.

II. O p e r a c y j n e a) zabiegi dążące do usunięcia ogniska:

- 1) wyłęczkowania, 2) wycięcia, resekcje i t. p.
 b) Zabiegi usztywniające podług
 c) Zabiegi podług Robertson-Lavalle
 d) Sympatektomia
 e) Zabiegi w celu usunięcia następstw wygojonej gruźlicy.

Jakie są główne wytyczne przy wyborze metody postępowania zależnie od wieku, postaci sprawy, umiejscowienia, istniejących powikłań, warunków społecznych i t. d.

Zestawienie liczbowe dla wszystkich umiejscowień podług następującego przykładu: (osobno dla dzieci i dla dorosłych).

OGÓLEM	Leczenie	Wyniki bezpośrednie w %			Wyniki późne wyzdrowienia
		zgonów	bez poprawy lub pogorszenie	poprawa	
Staw kolano- wy 22	B I I a (resekcja)	—	22%	78%	41,5%
Staw biodro- wy 47	A I a, b B I I b	— 0,3	61 % 38,7%	39% 61%	16% 27%

Jak wobec istniejących warunków w Polsce powinna być zorganizowana sprawa leczenia gruźlicy kostnej, w szczególności czy należy dążyć do typu sanatoryjnego leczenia, czy szpitalnego czy też mieszanego szpitalno - ambulatoryjnego?
 Uwagi ogólne:

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

27.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. M i c h a l s k i Zdz. Rewizja poglądów na swoiste uodpornianie i leczenie swoiste gruźlicy na marginesie spostrzeżeń z pierwszego roku badań nad szczepionką własną.
2. R o g u s k i J. Prosówka gruźlicza w przebiegu niewydolności krążenia.
3. S z o u r M. i B e r g e n b a u m. Badania nad retikulocytami w gruźlicy płuc.

5.III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

P o k a z y. 1. H. L a n d a u. Przypadek raka żołądka w przebiegu niedokrewności złośliwej. 2. J. M u s z k a t e n b l i t. Skutki leczenia limfoserkomatu śródpiersia promieniami R o e n t g e n a. 3. A. F e s t e n s z t a t. Przypadek rheumatismus nodosus u dziecka 11-letniego. O d c z y t. M. B l o c h. O racjonalnem zwalczaniu gruźlicy płuc za pomocą leczenia chirurgicznego, zwłaszcza odmy leczniczej.

TREŚĆ: M. MORAWSKI. O leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy metodą karmienia przez zgłębnik dwunastniczy. — C. FINKLERÓWNA i F. ROZENÓWNA. Z kazuistyki schorzeń układu krwiotwórczego. Zespół objawów aleukji krwotocznej w przebiegu błonicy. — R. ZAJDEL. Nowe prace, dotyczące przyrządzania anatoksyny błonicy, oraz nowe metody szczepień ochronnych (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. GLASS. O „słabych płucach” i „powiększonych gruczołach”. — M. KACPRZAK. Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. MORAWSKI. Sur le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum par la méthode d'alimentation au moyen de la sonde duodénale. — C. FINKLER et F. ROZEN. Ensemble des symptômes d'aleukie hémorragique au cours d'une diphthérie. — R. ZAJDEL. Nouveaux travaux concernant la préparation de l'anatoxine diphthérique et nouvelles méthodes de vaccinations préservatives (Rev. gén.). — B. GLASS. Sur „les poumons faibles” et „les glandes augmentées”. — M. KACPRZAK. Les établissements tutélaires clos pour les enfants et jeunes gens en chiffres.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł. kwartalnie.

SAL DIETETICUM
SINE CI Br J N
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO