

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Siankiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 13 lutego 1930 R.

Nr. 7

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

(Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie)

(Kierownik; Dr. A. Landau)

O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologii i terapii *).

Podał

Jerzy GLASS (Warszawa).

(Ciąg dalszy p. Nr. 6.)

Postępowanie lecznicze w stanach retencji chlorowej, bez względu na to, czy ma się do czynienia z retencją chlorową wodną czy też suchą, sprowadza się do dwu wskazań: 1) ograniczenia dowozu chlorowego i 2) wzmożenia wydalania chloru z ustroju.

Wskazanie do ograniczenia dowozu chlorowego jest właściwie wskazaniem do diety małosolnej lub bezsolnej.

Pierwszem wskazaniem do diety małosolnej są stany obrzękowe, bez względu na ich pochodzenie. Wskazanie to wynika z powinowactwa soli kuchennej do wody, o którym mówiłem wyżej; tą drogą zapobiega się zwiększaniu obrzęków, a z drugiej strony odpęcznieją się koloidy tkankowe i ew. odciąża nerki.

Należą tu przede wszystkim wszystkie obrzęki pochodzenia nerkowego, czy to w ostrych sprawach zapalnych nerek, czy w nerczycach czy też w marskości zanikowej nerek. Należą tu dalej wszystkie retencje wodne pochodzenia sercowego, czy to obrzęki podskórne czy też przesięki w błonach surowiczych. Nawet w przesiękach, wywołanych przyczynami miejscowymi, jak np. w puchlinie brzusznej, wywołanej marskością wątroby, wyłania się również wskazanie do diety małosolnej, którą należy prowadzić tu długo, nie zniechęcając się łatwo. Należą tu dalej stany obrzękowe innego pochodzenia, a więc obrzęki nowotworowe, charłaczne, stany obrzękowe w przebiegu niedokrewności złośliwej, cukrzycy i t. d.

Dalszem wskazaniem do diety małosolnej są nie tylko jawne stany obrzękowe ale również i stany gotowości obrzękowej, jak to ma miejsce w niedomodze sercowej, różnorakiego pochodzenia, w ostrych zapaleniach kłębuszkowych nerek i t. d. W tej grupie przypadków dieta małosolna jest wskazana bezwzględnie.

Następna grupa wskazań do diety małosolnej — to zapalne sprawy wysiękowe. Należą tu więc wysiękowe zapalenia opłucny różnej etiologii, wysięki otrzewny gruźlicze lub nowotworowe, należą tu dalej nawet lokalne sprawy wysiękowe, jak wysięki stawowe, obrzęki lub wysięki wywołane zakrzepowem zapaleniem żył, różne wysięki skórne, jak np. skaza wysiękowa u dzieci, pęcherzyca (*pemphigus vulgaris*) i t. d.

Zalecana jest również dieta małosolna w różnych obrzękach naczyniowo-ruchowych, jak w obrzęku Quinckego, w pokrzywce. Drogą diety małosolnej w tych stanach zapalnych nie tyle zmniejszamy wysięk, ile raczej zapobiegamy jego narastaniu.

Dalszem wreszcie wskazaniem do diety małosolnej jest leczenie otyłości, bez względu na jej pochodzenie; ograniczenie jednoczesne dowozu chloru i wody ułatwia przeprowadzenie leczenia odłuszczonego.

Obok wodnej retencji chlorowej również i sucha retencja chlorowa jest wskazaniem do diety małosolnej. Należą tu więc przede wszystkim ostre lub przewlekłe stany zapalne nerek lub ich marskość zanikowa, typu t. zw. „nephrite urémique“, „nephrite a retention sèche“, a więc te postaci, które cechują się brakiem obrzęków lecz podniesieniem ciśnienia tętniczego, azotacją, kwasicą i suchą retencją chlorową, której objawem jest przede wszystkim wzmożenie ładunku chlorowego krwinek.

Dieta małosolna jest tu szczególnie wskazana ze względu na hiperchlorhydrę tkankową, która tu istnieje, a której odpowiednikiem klinicznym są wg. Ambarda niektóre objawy mocznikowe, jak *asthma uraemicum*, do pewnego stopnia i podniesienie ciśnienia tętniczego oraz napady drgawkowe.

Zwiększenie dowozu soli kuchennej powoduje

*) Według odczytu, wygłoszonego dn. 14.XII 1929 r. w Sekcji Klinicznej Pol. Tow. Medycyny Społecznej.

wzmożenie ładowania tkanek kwasem solnym, wskutek tego, że sól ta zostaje rozłożona w osoczu przez ciała kwaśne, zatrzymane przez nerki uszkodzone, i pod postacią kwasu solnego wypchnięta zostaje do tkanek. Zmniejszenie natomiast dowozu soli zmniejsza hiperchlorhydrję tkankową, a, co za tem idzie, zmniejsza objawy z nią związane.

Analogiczne zjawisko zachodzi i w innych stanach kwasicowych, przebiegających z suchą retencją chlorową, a więc przede wszystkim w kwasicach ciężkich cukrzyczych, a w części i w kwasicach gazowych, wywołanych zaburzeniami w krążeniu i oddychaniu.

Wskazaniem dalszem do diety małowodorowej są stany drgawkowe.

Obok stanów eklamptycznych w przebiegu schorzeń nerkowych, należy tu przede wszystkim rzucawka porodowa. Jest to również stan kwasicowy, przebiegający z suchą retencją chlorową (Ambard). Doświadczenie codzienne poucza, że dowóz chloru może przyspieszyć wystąpienie rzucawki, dieta małosolna może zapobiec jej wystąpieniu. Ze względu na to jednak, że czynnikiem powodującym wystąpienie stanu drgawkowego jest nie tyle sama hiperchlorhydrja tkankowa, ile raczej może, jak to twierdzi Ambard, nagłe wahanie ładunku chlorowego kory mózgowej w jednym lub w drugim kierunku, ważnem jest o ile możności niezbyt raptownie przechodzić z diety chlorowanej do diety małowodorowej i odwrotnie, a raczej czynić to stopniowo.

Jeżeli mowa o stanach drgawkowych, to muszę poświadczyć tu nieco miejsca dziecie małowodorowej w leczeniu epilepsji. Dieta ta znana jest tu od lat przeszło 30-u, a zastosowana poraz pierwszy, zdaje się, przez Richeta i Toulousa pod nazwą terapii metatroficznej. Połączenie leczenia bromowego z dietą małowodorową, nieprzekraczającą około 5-u gr. chloru na dobę (łącznie z chlorem zawartym w pokarmach) jest znacznie bardziej skuteczne i wymaga mniejszych dawek bromu, aniżeli dieta zwykła. Czy działanie diety małosolnej polega tu na usunięciu chloru, a więc tego t. zw. „agent épiléptigène”, czy też na umożliwieniu prawdziwej substytucji chloru przez brom, czy też wreszcie na umożliwieniu tą drogą łatwiejszego dostępu bromu do tkanek — nie wiadomo jeszcze dokładnie. W każdym razie dieta dechlorująca ułatwia przeprowadzenie leczenia bromowego.

Wzajemne wypieranie się bromu i chloru z tkanek posiada również znaczenie przy zwalczaniu objawów toksycznych, wywołanych długotrwałym podawaniem bromu. Nieraz podanie soli kuchennej w tych stanach, ułatwiając eliminację bromu z tkanek przyspieszyć może usunięcie tych objawów toksycznych. Tyczy się to również zatrucia jodowego (*jodismus*).

Kilka uwag chciałbym tu podać w sprawie diety małowodorowej w nadciśnieniu tętniczym. Oddawna wiadomo, że dieta chlorowana w stanach hipertensyjnych wzmocnić może ciśnienie tętnicze (badania Ambarda i Beaujarda), dieta małowodorowa je obniżyć. Tak się rzecz ma przede wszystkim w nadciśnieniu tętniczym, wywołanem zmianami zapalnymi lub marskimi nerek. Jeżeli chodzi natomiast o nadciśnienie tętnicze samoistne, to dowóz chloru należy tu bezwzględnie ograniczyć (mniej więcej

do 5-u gr. soli na dobę), nie należy jednak zbyt, wydaje się, przesadzać w zbyt już surowych restrykcjach chlorowych, o ile, oczywiście, niema wskazań ze strony nerek; nie przynosi to bowiem więcej pożytku, aniżeli zwykła dieta małowodorowa.

Wskazaniem do diety małowodorowej są wreszcie stany niedomogi koncentracyjnej nerek — a więc przede wszystkim moczówka prosta, *diabetes insipidus*. W ciężkich postaciach prawdziwej moczówki prostej, a więc w t. zw. postaci *diabetes insipidus hyperchloraemicus hypochloruricus* podawanie soli kuchennej jest przeciwwskazane.

Tak np. spostrzegaliśmy ostatnio na oddziale przypadek podobny, który na każdy dowód soli, czy to w postaci obarczenia solnego, czy też zwykłej diety chlorowanej, reagował wybitnem wzmożeniem diurezy; wskutek niedomogi koncentracyjnej nerek chory ten musiał sól podaną rozcieńczyć, żeby ją móc wydzielić. Prowadziło to do wzmożenia pragnienia i pogorszenia stanu ogólnego. To też chorzy ci czują się znacznie lepiej na diecie małowodorowej. Wreszcie chciałbym tu jeszcze omówić sprawę znaczenia diety małowodorowej w stanach nadkwaśności żołądkowej. Uzasadnienie teoretyczne diety małowodorowej w tych stanach wynika z badań doświadczalnych Voita i Rosemanna, wykonanych na zwierzętach, którzy stwierdzili, że pod wpływem długotrwałej diety bezsolnej następuje wybitne obniżenie zarówno stężenia chloru jak i zmniejszenie kwasoty soku żołądkowego.

Jak to wykazaliśmy w jednej z prac, ogłoszonej przez Landaua i przezemnie, przeniesienie tych doświadczeń na teren patologii ludzkiej nie jest możliwe. Przeprowadziliśmy, mianowicie, badania nad wpływem diety małowodorowej na wydzielanie żołądkowe u 5-u osobników z nadkwaśnością.

Okres trwania diety małowodorowej wynosił tu od 2-ch do 4-ch tygodni, a diety ustalone były tak surowo, że zarówno dowóz chloru drogą pokarmową, jak i wywóz jego w moczu nie przekraczał w tym okresie 2 — 3-ch gr. chloru na dobę. Z badań tych wynika, że nawet kilkutygodniowe utrzymywanie osobnika badanego na diecie małowodorowej nie wystarcza do tego, żeby osłabić i zmniejszyć stężenie chloru i kwasotę soku żołądkowego.

Przebieg krzywych wydzielniczych chloru i kwasoty, któreśmy otrzymali po wielotygodniowej diecie małowodorowej nie tylko że nie był niższy, ale często nawet wyższy, aniżeli na diecie zwykłej. Świadczy to o tem, że w warunkach ludzkich nie można przeprowadzić takiej restrykcji chlorowej, któraby zmniejszyła wydatnie kwasotę i stężenie chloru w soku żołądkowym. Niewielka ilość chloru, którą tu z pokarmami wprowadzamy (2-3 gr.), łącznie z zapasem chloru tkankowego, wystarcza, żeby wydzielanie żołądkowe odbywało się przez długi czas sprawnie.

Obniżenie na tej drodze stężenia chloru i kwasoty soku żołądkowego wymagałoby niepomniernie wielkich i długotrwałych wysiłków. Fakt ten ma duże znaczenie, o ile go przenieść na płaszczyznę leczenia stanów nadkwaśności, gdzie nieraz niepotrzebnie i bezskutecznie forsuje się ścisłą restryk-

cję chlorową, która nie przynosi tu więcej pożytku, aniżeli zwykła djeta małowchlorowa.

O metodyce przeprowadzenia diety małowchlorowej, jako o sprawie, powszechnie znanej, nie będę tu mówił. Chciałbym tylko zaznaczyć, że ogólnikowy zakaz używania soli kuchennej, dany przez lekarza, jest jeszcze niewystarczający. Człowiek, który przez całe życie używał po 15-20 gr. soli kuchennej dziennie, nie jest w stanie, o ile mu się nie daje dokładnie odpowiednich przepisów, przystosować się do takiej diety, a zwyczajny schemat, tu stosowany, prowadzi szybko do utraty łaknienia, wstrętu do tych pokarmów i prędkiego, zwykle potajemnego lub nawet nieświadomego przerwania tej diety przez chorego. Nie wystarczy pacjentowi zwyczajnie zabronić dosypywania soli do pokarmów, ale należy mu dać jednocześnie takie pokarmy, którychby mógł używać bez dodania soli, należy mu wskazać jak i czym ma tę sól zastąpić, jakich pokarmów mu używać nie wolno, i dać mu wreszcie wskazówki przyrządzania pokarmów w taki sposób, żeby restrykcję chlorową odczuł w sposób jaknajmniej jaskrawy.

Ogólną zasadą będzie dalej zakaz całkowity używania soli w kuchni w każdej postaci, natomiast sól kuchenną powinien dodawać sam chory w ten sposób, żeby suma soli dosypywanej łącznie z solą zawartą w pokarmach, a której zawartość lekarz winen znać, nie przekraczała łącznie ilości dozwolonej. W ten sposób dopiero, jak również w warunkach szpitalnych pod kontrolą dobową chlorurji, możliwe jest przeprowadzenie rzeczywistej, a nie urojonej diety małowchlorowej. Ilość soli kuchennej, dozwolona przy djecie bezsolnej, nie powinna przekraczać 3 gr. na dobę, przy djecie małowchlorowej ściślej 5 gr. na dobę, przy djecie bardziej liberalnej, gdzie chodzi tylko o uniknięcie nadmiaru soli — dowóz soli wynosić może od 5 do 10-u gr. na dobę, łącznie z solą, zawartą w pokarmach.

Żeby umożliwić przeprowadzenie diety małowchlorowej długotrwałej, stosować trzeba nieraz szeregi namiastek soli kuchennej. Francuzi stosują azotyny, a więc, *kalium* lub *natrium nitricum*. Niemcy polecają *kalium chloratum*, bądź *natrium formicum*, wreszcie godne są polecenia sole bromowe: *kalium bromatum*, bądź sedobrol, który używać się daje do przyrządzania zup lub sosów. Ostatnio ukazał się zachwalany przez Niemców preparat *hosal*, który składa się z soli różnych aminokwasów. Wszystkie te namiastki podawane być mogą w ilości 2-3 gr. na dobę,

W stanach retencji chlorowej, obok diety małowchlorowej, należy wzmóc wydalanie chloru z ustroju. Nie wymieniając tu wszystkich leków, jak również ich mechanizmu działania, zaznaczę tu tylko, że wszystkie prawie środki moczopędne i napotne są jednocześnie lekami dechlorującymi. O ile chodzi o leki moczopędne, to dotyczy się to zarówno ciał z grupy purynowej, jak soli potasowych i wapniowych, jak również związków rtęciowych (nowasurol, salirgan, neptal), jak wreszcie i wyciągów tarczycznych. Wszystkie te leki, działając moczopędnie, powodują jednocześnie wzmoczoną eliminację chloru z ustroju.

Wreszcie należy tu omówić jeszcze jeden rodzaj diety małowchlorowej, a mianowicie, dietę Sauerbrucha - Hermannsdorfera - Gersona

w leczeniu gruźlicy. Szczegółów tej diety podawać tu nie będę, ograniczę się jedynie do omówienia ogólnych jej zasad i wyników praktycznych. Djeta ta wykazuje następujące osobliwości: — 1) ograniczenie całkowite dowozu soli kuchennej, 2) zastąpienie soli kuchennej mieszaniną soli wapniowych, strontowych, magnezowych, i t. d. w postaci preparatu t. zw. mineralogenu, 3) względnie duży dowóz białka, przeważnie roślinnego, z ograniczeniem białka zwierzęcego, 4) obfitość tłuszczów z przewagą ich nad węglowodanami, 5) obfity dowóz witamin w postaci owoców, jarzyn, pokarmów niezdenaturowanych i tranu.

Djeta ta oparta jest na czystej empirji, a jej uzasadnienie teoretyczne jest niedostateczne. Nie jest ona ani dietą zakwaszającą, ani alkalinizującą, nie jest ona również dietą ściśle odwadniającą, ze względu na obfitą ilość soli sodowych, w niej zawartych, oraz nieograniczenie dowozu płynów, wreszcie bardzo problematyczna jest również transmineralizacja ustroju, która pod wpływem mineralogenu ma zachodzić. Posiada ona dwie cechy jedynie pewne, a mianowicie, 1) że jest dietą dechlorującą i 2) że zawiera dużo witamin. Wobec tego, że w gruźlicy i tak przeważa dechloruracja nad retencją chlorową, to trudno zrozumieć uzasadnienie diety małosolnej w tem schorzeniu. Chyba że przyjąć trzeba, że dechloruracja ta jest w gruźlicy zjawiskiem celowym, pożądanym dla ustroju i że należy ją drogą diety małowchlorowej wzmocniać.

Jeżeli uzasadnienie teoretyczne tej diety jest zgoła niedostateczne, to jej wyniki praktyczne są jednak ciekawe. Zastosowanie jej w leczeniu gruźlicy płucnej, tak, jak to gorliwie propagują kliniki monachijskie Sauerbrucha i Baehra, wbrew początkowemu entuzjazmowi nie daje wyników zbyt świetnych (sposzczerzenia Wiganda, Schlesingera, Krehla, Westphala, Schwalba, Strauba i Heinelta, Kretza). Natomiast dodatnie wyniki tej diety w gruźlicy chirurgicznej, osiągnęte przez kliniki monachijskie potwierdzone zostały dotąd przez Clairmonta z Zurychu i przez Schüllera z Bonn. A nadzwyczajne wyniki w leczeniu gruźlicy skórnej (*lupus* i *tbc. ulcerosa cutis*) mieli Bommer i Bernardt z oddziału Jesionka w Giessen.

* * *

Przejdę obecnie do omówienia stanów dechloruracji, a więc tych stanów chorobowych, które przebiegają z utratą zasobu chlorowego ustroju. Posiadają one duże znaczenie w klinice, a zwrócono na nie uwagę dopiero od niedawna. Objawem, który stanom dechloruracji towarzyszy z reguły, jest zmniejszenie zawartości chloru we krwi, czyli hipochloremja, zwana inaczej chloropenją krwi. Obniżenie stężenia chloru we krwi może być tu bardzo znaczne i wynosić, jak to spostrzegano u nas wielokrotnie na oddziale, 30 proc, a nawet i więcej normalnego ładunku chlorowego krwi.

Typowym stanem dechloruracji są przede wszystkim wysokie zwężenia przewodu pokarmowego, zwężenia odźwiernika i dwunastnicy, przebiegające z uporczywymi wymiotami. Wskutek wielkich strat chlorowych, poniesionych w wymiotach, dochodzi tu do stanu chloropenji ustrojowej.

wej. Zespoły humoralne, a więc zmiany chemiczne we krwi, które zachodzą w przebiegu powyższych zwężeń, opisane zostały po raz pierwszy przez autorów amerykańskich (Mc. Canna, Mc. Calluma, Hastingsa, Whipplea, Rodenbacha, Mc. Vicara, Waltersa, Bollmana, Rowntreego), a najcenniejsze prace, poświęcone temu zagadnieniu, wykonane były przez Haden i Orra. Na zespół humoralny, który powstaje w przebiegu zwężeń powyższych, czy to spostrzeganych w klinice, czy też wywołanych doświadczalnie na zwierzętach, składają się następujące objawy:

- 1) zubożenie krwi w chlor, hipochloremja,
- 2) alkalozia niegazowa, objawiająca się wysoką liczbą *v. Slykea* i przesunięciem odczynu krwi w kierunku zasadowym,
- 3) azotemja
- i 4) zagęszczenie krwi, anhidremja.

Zespół powyższy spostrzegany był u nas w postaci typowej na oddziale w przebiegu zwężenia dwunastnicy przez nowotwór trzustki i opisany w swoim czasie.*)

Najważniejszym i zasadniczym objawem humoralnym jest tu hipochloremja. Spadek zawartości chloru we krwi nie jest wyrazem retencji chlorowej, lecz wyrazem dechloruracji, wywołanej przedewszystkiem wymiotami. Jest on tem silniejszy, im bliżej odźwiernika przeszkoda jest umiejscowiona, i im silniejsze są wymioty. Jednak wobec tego że, jak to stwierdzili Haden i Orr, utrata chloru w wymiocinach niezawsze równoważy deficyt chlorowy krwi, a nieraz nawet chloropenja powyższa powstaje przy braku zupełnym wymiotów, sądzić może należy, że znikanie chloru sodu ze krwi jest wyrazem udziału chloru sodu w obrocie ustroju przed inwazją toksyczną, i że chlorki, łącząc się z jadami, wytworzonymi w świetle zamkniętej części przewodu pokarmowego, unieczynniają je, wytwarzając wspólnie z niemi związek nietoksyczny.

Alkalozia, która tu powstaje, zależy od utraty wodorów kwasowych, a anhidremja — od utraty wody w wymiocinach. O mechanizmie azocicy mówić będę niżej.

Analogiczne zespoły humoralne powstają w przebiegu ostrych lub przewlekłych niedrożności jelita cienkiego, a więc w różnego rodzaju okluzjach jelita, skrętach, wgłobieniach i t. d.

Jednak nie wszystkie przewężenia wysokie przewodu pokarmowego dają zespoły typowe. Tak np. opisany został z oddziału naszego przypadek zwężenia odźwiernika,**) gdzie zamiast alkalozji istniała kwasica niegazowa, wywołana długotrwałym głodowaniem chorego. Opisany został dalej przypadek zwężenia umiarkowanego dwunastnicy, gdzie alkalozia niegazowa, zależna od wymiotów, przy-

ślōnięta była początkowo przez trwały stan alkalozji gazowej, zależnej od zaburzeń w krążeniu i oddychaniu**). Wreszcie zaznaczyć tu chciałbym, że w zwężeniach niskich przewodu pokarmowego (np. okrężnicy) zespół ten może nie wystąpić, bądź też wyglądać odmiennie. Tak np. opisany został również z oddziału naszego przypadek niskiej niedrożności jelitowej, wywołany skrętem osiowym okrężnicy, gdzie obok wybitnej chloropenji i azotemji istniał stan ciężkiej kwasicy niegazowej z oddechem Kussmaula.***)

Znajomość powyższych zespołów humoralnych w przebiegu niedrożności przewodu pokarmowego ma znaczenie nie tylko teoretyczne i jest bardzo ważna ze względu na wskazania terapeutyczne wielkiej nieraz doniosłości, które nasuwa. Chloropenja, która tu istnieje, a która jest dominującym objawem zespołu tego, nasuwa wskazania do podawania soli kuchennej, a więc do t. zw. chlorowania.

Jak to wykazali autorzy amerykańscy, a po nich we Francji Gosset, Binet i Petit-Dutaillis, a później Michel, Denis i t. d., dowód chloru sodu w tych stanach, powodując z jednej strony uwodnienie ustroju, z drugiej — zwalczając chloropenję, wpływając wielce dodatnio na samozatrucie ustrojowe i jego objawy. Chlorowanie tych chorych winno uzupełniać leczenie chirurgiczne, a wyniki połączenia leczenia chirurgicznego z terapią chlorową są nieraz nadzwyczajne. White w Ameryce, Gosset we Francji podają, że łącząc terapię chlorową z leczeniem chirurgicznym, udawało im się często ratować od niechybnej śmierci przypadki ostrych niedrożności jelitowych, wywołanych zrostami pooperacyjnymi, okluzjami różnego rodzaju i t. d. Michel opisuje doskonałe wyniki, stosując tę terapię do wgłobień jelitowych u dzieci, Coleman leczenie powyższe stosuje po rezekcjach przepuklin uwięzłych. Spostrzeżenia amerykańskie Colemana wskazują, że z chwilą wprowadzenia do leczenia niedrożności jelitowej metody chlorowania odsetek śmiertelności obniżył się z 50% do 11.1%. Stosowanie metody tej również w zwalczaniu pooperacyjnej spastycznej niedrożności jelitowej (*ileus spasticus*) polecają Langibadiere i Le Van Mieng: pod wpływem terapii tej statystyka śmiertelności opadła u nich z 75% do 0. Wymaga to jednak dalszego potwierdzenia.

Chlorowanie tych chorych stosować należy zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i w ciągu kilku dni, następujących po nim. Wprawdzie w każdym przypadku postępować należy indywidualnie, zależnie od ciężkości przypadku i zespołu humoralnego, który w jego przebiegu występuje, wszelako ogólne zasady postępowania są tu następujące: Sól kuchenna doprowadzona być winna do ustroju, po pierwsze, w postaci pod-

*) A. Landau, B. Jochweds i R. Pekielis „Przewężenie dwunastnicy“, Pol. Gaz. Lek. Nr. 15, 1928, i Arch. d. mal. de l'Appar. digest. et de la Nutr., Nr. 1 et 4, 1928.

**) A. Landau i Jerzy Glass „Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. Doniesienie 2. Przypadek wrzodu przyodźwiernikowego, przebiegający z ciężką niedokrwistością wtórną i kwasicą“. Pol. Gaz. Lek. Nr. 35,

A. Landau, Jerzy Glass i J. Cygielstreich „Un cas d'ulcere juxta pylorique accompagné d'anémie grave et d'acidose“, arch. d. mal. de l'Appar. digest. et de la Nutr. № 5, 1929.

**) A. Landau, Jerzy Glass i R. Pekielis „Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. Doniesienie 3. Przypadek umiarkowanego zwężenia dwunastnicy, przebiegający ze zmienną równowagą kwasowo-zasadową“. Pol. Gaz. Lek. № 1, 1929 r.

***) A. Landau, Jerzy Glass i St. Kaminer „Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. Doniesienie 4. Przypadek przewlekłej niskiej niedrożności jelitowej, przebiegający z hipochloremją, azotemją i kwasicą“. Warsz. Czas. Lek., Nr. 26 i 27, 1929 r.

skórnych infuzyj z fizjologicznego lub 3 proc. roztworu NaCl, w ilości 1-go, 2-ch lub nawet 3-ch litrów na dobę; po drugie, w postaci dożylnych wlewań hipertonicznego 10 lub 20 proc. roztworu soli kuchennej w ilości 20 cm.³ na dawkę do 5-u razy dziennie. Gosset poleca nie przerywać tych zastrzyków nawet w nocy i stosuje je conajmniej w ciągu 48 godzin po zabiegu. U dzieci lub tam, gdzie soli dożylnie zastrzykiwać nie można, wprowadzić ją należy w postaci ławatyw kroplowych z fizjologicznego roztworu soli kuchennej (na oddziale naszym dodaje się prócz tego jeszcze glukozę w postaci 5 proc. roztworu), lub też w postaci 50 cm.-ych ławatyw z 10 lub 20 proc.-go roztworu soli.

W zwężeniu odźwiernika terapia chlorowa stosowana być winna jeszcze i w inny sposób, a mianowicie, w postaci przepłukiwań żołądka roztworem soli fizjologicznej. Jak to podkreślano już w jednej z publikacji naszego oddziału, błę-

dem jest w zwężeniu odźwiernika, przebiegającym z typowym zespołem humoralnym, stosowanie przepłukiwań żołądka roztworem dwuwęglanu sodu. Wzmaga to zarówno chloropenję jak i alkalozę i przyspieszyć może wystąpienie tężyczki. Przeciwnie, natomiast, stosowanie soli fizjologicznej do tych przepłukiwań zmniejsza chloropenję, alkalozę, usuwa nawet objawy tężyczki, już zaznaczone. To samo tyczy się pooperacyjnych rozszerzeń żołądka. Lepiej, oczywiście, o ile leczenie powyższe odbywa się pod kontrolą chloremji i azotemji. Wynik leczniczy terapii chlorowej najlepszy jest, im wyżej przeszkoda jest umiejscowiona, i im większe są wymioty. W zwężeniach niskich, przebiegających bez strat chlorowych w wymiocinach, lub tam wreszcie, gdzie zaburzenia w krążeniu (martwice, wywołane zawałem, zastojem) są daleko posunięte — tam leczenie to daje już wyniki gorsze.

(Dok. nastąpi).

Z kliniki, szpitali i pracowni

Z Państwowego Zakładu Higieny i z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego.

Szczepienia ochronne przeciwko błonicy.

Podali

H. BROKMAN (Warszawa) i Z. GLIŃSKA (Warszawa.)

Ze względu na zainteresowanie ogółu lekarzy sprawą zapobiegania błonicy pozwalamy sobie podać wyniki naszego doświadczenia w tym kierunku.

W obecnej chwili znajdujemy się najprawdopodobniej w okresie rozpoczynającego się nasilenia fali epidemicznej błonicy. Notuje się większą liczbę zachorowań w szeregu krajów Europy Zachodniej. I tu u nas zaznacza się niewątpliwie wzrost zachorowań. Statystyka zgłoszonych przypadków w Polsce wykazuje:

w roku 1925 —	5888	zachorowań
„ 1926 —	6826	„
„ 1927 —	8640	„
„ 1928 —	10460	„
„ 1929 —	11928	„

W parze ze wzmożoną liczbą zachorowań idzie do pewnego stopnia nasilenie ich ciężkości. Coprawda, nie zaznacza się to jeszcze wyraźnie w danych statystycznych:

w roku 1925 zmarło	576	— 9,7%
„ 1926 „	622	— 9%
„ 1927 „	824	— 9,5%
„ 1928 „	863	— 8,2%
„ 1929 „	726	— 6% *)

Jednakże według powszechnego głosu klinicystów, zarówno zagranicznych jak i naszych, obecna błonica różni się w dużym stopniu od tych przypadków, które spostrzegano w z początku ery stosowania surowicy i jeszcze kilka lat temu

(w Warszawie Szeniajch). Mamy do zanotowania dwa zjawiska dużej wagi; po pierwsze dawki surowicy, stosowane dawniej, są naogół niedostateczne w leczeniu błonicy obecnej. Podczas kiedy dawniej 5 tysięcy jednostek surowicy uważane było za dawkę dużą, obecnie naogół sądzimy, że nawet w błonicy lekkiej winniśmy zastrzyknąć co najmniej 10 tysięcy jednostek. Równolegle do ciężkości przebiegu rosną wymagania co do dawki surowicy, wielu zaś klinicystów stosuje w błonicy ciężkiej 100, a nawet więcej tysięcy jednostek surowicy.

Drugie zjawisko, spostrzegane we współczesnych epidemjach, polega na występowaniu przypadków błonicy toksycznej, charakteryzujących się dużym obrzmieniem gruczołów oraz objawami ogólnego zatrucia. W tych przypadkach niejednokrotnie nawet zastosowanie wczesne dużych dawek surowicy nie zapobiega zejściu śmiertelnemu.

Nie tutaj miejsce na analizę przyczyny tej zmiany charakteru epidemji. Zaznaczyć tylko pragniemy, iż szereg wybitnych epidemiologów, opierających się na historii błonicy, już dawniej przepowiadał ponowne wzniesienie się fali epidemicznej (Seligmann, Gottstein, Bokay).

Wobec jednoczesnego nasilenia się błonicy zarówno co do liczby zachorowań, jako też jej przebiegu, zdaje się, iż znajdujemy się u progu prawdziwej epidemji.

Stąd też aktualna stała się sprawa szczepień ochronnych. Posiada ona swoje uzasadnienie zarówno z punktu widzenia zasad profilaktyki, mającej na celu zmniejszenie liczby przypadków zachorowań i śmierci, jak również z punktu widzenia oszczędności społecznej, gdyż surowica pochłania duże sumy pieniężne, którym budżet szpitalny nie jest w stanie sprostać.

Nie będziemy się tutaj powoływać na bogate piśmiennictwo, szczególnie amerykańskie, wykazujące celowość szczepień ochronnych. Dane szczegółowe podane zostały, między innymi, w re-

*) Dane statystyczne zawdzięczamy uprzejmości p. D-ra Palestra, Naczelnika Wydziału chor. zak. w Dep. Służby Zdrowia.

feracie zbiorowym F. Przesmyckiego (Warszawskie Czasopismo Lekarskie z 1928 roku N. N. 12 i 13). Tam też podane są metody szczepień ochronnych, których inicjatorem był Dzierżowski, a w których używa się jako szczepionek, po pierwsze: mieszanek jadu z przeciwjadem z pewnym nadmiarem jadu (metoda Behringa); po drugie: ta sama mieszanina z całkowicie zobojętnionym jadem; po trzecie: tak zw. T. A. F. (Toxin-Antitoxin Flocken), t. z. przemyte kłaczki, powstające przy łączeniu się jadu z przeciwjadem, i po czwarte: anatoksyna, czyli jad, poddany działaniu formaliny**), wreszcie w Ameryce używają jadu błoniczego odjadliwionego za pomocą zadziałania nań *natrium ricinooleatum*.

W Polsce uodparnianie na bardzo niewielką skalę zostało przeprowadzone w roku 1924 przez Barańskiego i Brokmana (Pedjatrja Polska Tom IV) za pomocą szczepionki Behringa. Zastosowano wówczas szczepionkę u 40 dzieci z dodatnim odczynem Schicka. W wyniku tych szczepień otrzymano w 29 przypadkach zmianę odczynu z dodatniego na ujemny; dzieci te zachowały prawie bez wyjątku odporność w ciągu 2-3 lat.

W roku 1928 z ramienia Państwowego Zakładu Higieny, który już wówczas nosił się z zamiarem przeprowadzenia w Polsce akcji szczepiennej na szeroką skalę, przeprowadziliśmy badania na wrażliwość na błonicę za pomocą odczynu Schicka w 843 przypadkach wśród dzieci i młodzieży Zakładów Opiekuńczych m. Warszawy, Krakowa oraz jednego gimnazjum prowincjonalnego.

Dodatni odczyn Schicka stwierdzono w 215 przypadkach, co stanowi 25,5% osobników wrażliwych.

Na szczególną uwagę zasługuje wynik badania 85 dziewcząt w gimnazjum w Szymanowie, pochodzących ze sfer ziemiańskich, gdzie stwierdzono w 54 przypadkach wrażliwość na błonicę. Spostrzeżenie to idzie w parze z wykazaną po raz pierwszy przez Zinghera większą wrażliwością na błonicę (dodatni odczyn Schicka) wśród sfer uprzywilejowanych.

Naogół zaszczepiono anatoksyną błoniczą 115 dzieci, wykazujących dodatni odczyn Schicka. Z tych 82 otrzymało anatoksynę błoniczną, zaś 33 wykazujących równocześnie dodatni odczyn Dicka, otrzymało szczepionkę, zawierającą oprócz anatoksyny błoniczej płoniczą oraz paciorkowce szkarlatynowe.

Osoby szczepione znajdowały się w wieku od lat 3 do 17.

Stosowano szczepionkę dwukrotnie w odstępach dwutygodniowych. Pierwsze szczepienie $\frac{1}{2}$ cm.³ anatoksyny, drugie szczepienie 1 cm.³ anatoksyny. Odczyny poszczepienne po anatoksynie błoniczej były niewielkie, jednakże tu i owdzie zauważono miejscową bolesność oraz podniesioną ciepłotę. Naogół wiemy, że anatoksyna daje niejednokrotnie, szczególnie u osób starszych, odczyn, uwarunkowany wrażliwością na białko laseczników, zawarte w szczepionce. Są to jednakże odczyny przemijające, nie przedstawiające żadnego niebezpieczeństwa.

Odczyn Schicka sprawdziliśmy w 6 do 8

**) Ostatnio przez Löwensteina zostało zastosowane bezkrwawe uodpornienie za pomocą wcierania maści, zawierającej antygen błoniczy.

tygodni po drugim szczepieniu u 100 szczepionych dzieci. Z tego uodporniło się 76% (odczyn Schicka stał się ujemny), co wskazuje na to, że u tych dzieci zjawiał się we krwi przeciwjad błoniczy.

Wynik nasz można uważać za dość pomyślny, jednakże dane amerykańskie dają większy % uodpornienia, szczególnie po szczepieniu trzykrotnym (do 99%).

Wskutek warunków zewnętrznych nie mogliśmy sprawdzić raz jeszcze wyniku szczepień. Być może, że badanie nieco późniejsze dałoby lepszy wynik szczepienia, gdyż 6 tygodniowy okres czasu jest niekiedy niedostateczny do rozwinięcia się odporności. Trzykrotne szczepienie niewątpliwie powiększyłoby odsetek dzieci uodpornionych.

Przez niektórych autorów kwestjonowana jest sprawa, czy uodpornienie biologiczne, t. j. powstanie antytoksyny można uważać za równoznaczne z niewrażliwością na chorobę. Według naszego przekonania jest tak w rzeczywistości, ostatnio zaś spostrzeżenia, poczynione we Francji (Debré, Ramon, Coffin), gdzie również przeprowadzono akcję szczepienną na szeroką skalę, przemawiają za tem, że przypadki choroby występowały jedynie u dzieci, u których odczyn Schicka i po szczepieniu pozostał dodatni.

Fakt ostatni, t. j. niemożność uodpornienia pewnego, acz nieznacznego odsetka dzieci, każe nam nie ograniczać się do metody szczepienia, jako jedyne go sposobu zapobiegania szerzeniu się błonicy, lecz czyni niezbędnym utrzymanie dawniejszych metod zapobiegania.

Na pierwszym miejscu należy postawić poprawę ogólnych warunków higienicznych, unikanie skupień ludności za pomocą poprawy warunków mieszkaniowych, co pozwoli uniknąć zakażenia dzieci najmłodszych, dających się trudniej uodpornić i chorujących ciężiej. Pod tym względem metody ogólnohigieniczne znajdują się w zgodzie z temi, jakie uważamy za wytyczne w zwalczaniu chorób zakaźnych, w pierwszym rzędzie płonicy i gruźlicy.

Pragnęlibyśmy jeszcze poświęcić uwagę sprawie celowości stosowania szczepionki mieszanej, t. j. przeciwbłoniczej i przeciwploniczej jednocześnie. Odczyny ogólne i miejscowe są nieco silniejsze, lecz oszczędzamy tutaj dużo pracy i łatwiej możemy namówić rodziców do szczepień, uodparniających jednocześnie przeciwko dwum chorobom, co posiada ważne znaczenie przy szczepieniach masowych. Powstaje tylko pytanie, czy podobna szczepionka nie uodparnia gorzej. Na zasadzie naszego niewielkiego materiału doszliśmy do wniosku, że wyniki uodparniania na błonicę szczepionką mieszaną nie są gorsze, aniżeli szczepionką zawierającą jedną anatoksynę (uodporniło się przy stosowaniu szczepionki mieszanej 76,9%, przy szczepieniu błoniczej 75,6%). Ostatnio Złatorow, Glasman i Kandyba (Zeitschr. für Hyg. 110 T. 4 zeszyt 1929 r.) stwierdzili, że podobne szczepionki mieszane, badane na świnkach morskich, posiadają słabsze działanie antygenne (w sensie wytwarzania antytoksyny błoniczej), aniżeli czyste antygen błoniczy.

Sprawa ta, posiadająca duże znaczenie teoretyczne i praktyczne, winna być zbadana na większym materiale ludzkim.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streśzczenia zbiorowe i poglądowe.

Anatoksyna błonicza.

Podał

Doc. Dr. Helena SPARROW, (Warszawa)

Przygotowywanie antytoksycznych surowic leczniczych do niedawna przedstawiało duże trudności. Pomimo największych ostrożności uodparnianie koni toksynami bardzo często powodowało zatrucie zwierząt i śmierć. To też od dawna różni badacze szukali sposobu unieszkodliwienia toksyn tak, aby, tracąc jadowitość, zachowywały własności antygenne. W tym celu poddawano toksyny działaniu ciepła oraz różnych środków chemicznych. Zawsze jednak wynik był ten sam. Taka osłabiona w swej jadowitości toksyna traciła zarazem własności uodparniające. Zdawało się, że grupa toksyczna (cząsteczki toksyny) jest albo identyczna z grupą antygenną, albo też tak blisko z nią związana, iż przekształcenie jednej zniekształca drugą tak, że produkt, w ten sposób otrzymany, nie nadaje się już do celów uodparniania. Z tego więc powodu w produkcji surowic antytoksycznych poprzedzawano na stosowaniu toksyn samych przez się lub, w pierwszym okresie uodparniania, toksyn, zobojętnionych antytoksyną. Zaznaczyć należy, że używanie surowic antytoksycznych wraz z toksyną w znacznej mierze hamuje proces uodparniania ustroju.

W 1908 r. Löwenstein*) użył po raz pierwszy z powodzeniem formaliny do unieszkodliwienia toksyny tężcowej. Zwierzęta, szczepione formalizowaną toksyną, uodparniały się dobrze. Jednak zastosowanie formaliny do toksyny błoniczej Löwensteinowi nie udało się**).

W tym względzie pierwszeństwo przyznać należy uczonemu francuskiemu Ramonowi, który w r. 1924 podał do wiadomości metodę formalizacji jadu błoniczego.

Ciekawa jest droga, którą Ramon doszedł do swego odkrycia***).

Ramon opracowywał metodę miareczkowania surowic i toksyn zapomocą odczynu kłaczkowania (flokulacji). Odczyn kłaczkowania ma przebieg następujący. Do szeregu rurek z równą ilością toksyny dodaje się coraz zwiększające się ilości odpowiedniej surowicy antytoksycznej. Po pewnym czasie w jednej z rurek następuje zmętnienie, a potem kłaczkowanie. Zjawisko to wskazuje, że w rurce nastąpiło zupełne nasycenie obu składników toksyny i antytoksyny. Później kłaczkowanie następuje jeszcze w paru rurkach sąsiednich po obu stronach, czyli w tych, gdzie jest pewna nieznaczna

nadwyżka toksyny lub antytoksyny. W pozostałych rurkach płyn nie mętnieje. Ramon wykazał, że zapomocą odczynu kłaczkowania można bardzo łatwo i dokładnie miareczkować toksyny, używając surowicy wiadomej, i naodwrot, używając toksyny o znanej już wartości, miareczkować surowice. Jest to sposób znacznie łatwiejszy, szybszy i tańszy, niż klasyczny sposób Ehrlicha, polegający na miareczkowaniu toksyn i surowic na świnkach morskich.

Odczyny kłaczkujące są odczytywane po upływie kilku, kilkunastu godzin od chwili wykonania. W tym czasie może bardzo łatwo nastąpić zanieczyszczenie bakteryjne, które powoduje zmętnienie, utrudniające odczytywanie. Aby temu zapobiec Ramon dodawał do toksyn nieznaczne ilości formaliny, która na odczyn kłaczkowania nie wpływa. Przypadkowo balon toksyny z dodatkiem formaliny został zapomniany w cieplarni. Po pewnym okresie zwrócono nań uwagę i przez ciekawość zbadało na toksyczność. Toksyczność okazała się osłabiona, lecz zwierzęta po zastosowaniu takiej toksyny uodporniły się tak samo, jak po toksynie niezmienionej.

Obserwacja ta pobudziła Ramona do opracowania szczegółowego całej metody. Okazało się, że najlepszy produkt z zachowaniem całej pierwotnej siły uodparniającej otrzymuje się z toksyny po dodaniu 4 cc formaliny (formalina 40%) na litr i po 30 dniach przechowywania w cieplarni w 38—39°. Produkt ten daje odczyny flokulacji z odpowiednią surowicą antytoksyczną, tak samo, jak toksyna pierwotna, z tą jednak różnicą, że przedtem odczyn kłaczkowania wskazywał toksyczność, a teraz służy do oceny wartości antygennej.

Taka toksyna, przekształcona zapomocą jednoczesnego działania formaliny i ciepła, została nazwana „anatoksyną.”*)

Świnki morskie znoszą zupełnie obojętnie duże dawki tej anatoksyny, 5—10 cc, wprowadzonej podskórnie, wówczas gdy toksyna pierwotna zabija je jeszcze w ilości 1/500—1/700, a nawet 1/1000 cc.

Sposób przekształcania toksyny błoniczej za pomocą formaliny i ciepła w anatoksynę okazał się uniwersalny. Nadaje się bowiem z równym powodzeniem do przekształcania najrozmaitszych jadów typu toksyn, zarówno pochodzenia bakteryjnego, jak też zwierzęcego i roślinnego. Preparaty, w ten sposób otrzymane, zachowujące całkowicie swą wartość antygenną, zostały nazwane anapreparatami. Otrzymano już anatoksyny z następujących jadów: z jadu tężca (Descombey 1924), z jadu botulizmu i gangreny (Weinberg, Goy, Prevot 1924—1925), z jadu czerwonki (Lesbe i Verdeau, Dumas 1925), z jadu szkarlatyny

*) Z. f. H. 1909, 62.

**) D. m. W. 1921, 833.

***) C. R. S. B. 1922 T 86, 661, 711 i 813; An. I. P. 37, 1923, 1002; 38, 1924, 1.

*) C. R. S. B. 89, 1923, 2; An. I. P. 38, 1924, 1; 39, 1925, 3.

(Sparrow i Celarek, Zöller, Przesmycki, Hirszfildowa i Brokman), z jadu żmij (Ramon 1925), z abryny (Ramon), z rycyny (Zdrowski).

Stąd widać, że metoda Ramona ulega prawom ogólnym, co podnosi w znacznej mierze znaczenie i wartość anatoksyny błoniczej, wskazując, że nie jest to li tylko przypadkowo otrzymany preparat. Pomimo bardzo licznych badań w tym kierunku nie wiemy jeszcze, jak przebiega i na czym opiera się strona chemiczna tego zjawiska, które pod względem biologicznym prowadzi do unieszkodliwienia i przekształcenia jednostki toksycznej z zachowaniem i utrwaleniem jej części antygennej.

Metoda Ramona otrzymywania anatoksyn jest sposobem niezwykle prostym. Jednak, aby otrzymać preparat pełnowartościowy, należy stosować technikę bardzo precyzyjną.

Ilość formaliny, którą dodawać należy do toksyny waha się w granicach bardzo wąskich od 3—4—5 cc na 1000. Jeśli formaliny dodać za mało, preparat pozostaje częściowo toksyczny, jeśli za dużo, zostają uszkodzone jego własności antygenne. Wahania te są zależne od zawartości produktów białkowych w buljonie (toksynie), które ze swej strony też wiążą pewne ilości formaliny. Jeśli buljon zawiera ich dużo, wówczas formaliny nie starczy na przekształcenie całej toksyny.

Ilość formaliny zależy również od odczynu toksyny. W punkcie obojętnym pH 7 potrzeba mniej formaliny, niż w odczynie alkalicznym pH 8.

Wreszcie ilość formaliny potrzebna do przekształcenia toksyny zależy również od temperatury, w której proces się odbywa. W wyższych temperaturach 40—42° wystarczają mniejsze ilości formaliny, niż w temperaturach niższych 38—39°.

Temperatura, w której dojrzewa anatoksyna, ma jeszcze większe znaczenie, niż ilość formaliny. Jak wykazały dokładne badania Zdrowskiego, anatoksyna, przygotowana w niższej temperaturze 38—39°, uodparnia lepiej i prędzej, niż anatoksyna, wytwarzana w temperaturze, pierwotnie podanej przez Ramona 40—42°. Widzimy więc, że przygotowanie preparatu anatoksyny pełnowartościowego wymaga odpowiedniego nastawienia metod laboratoryjnych i, w najlepszych nawet warunkach, nie może zawsze iść drogą szablonową. Proces ten musi być stale kontrolowany przez osoby doświadczone, a produkt otrzymany powinien być dokładnie badany, zanim zostanie oddany do użytku ogólnego.

Badanie anatoksyny powinno iść w kilku kierunkach. Najpierw badać należy jej atoksyczność. W tym celu szereg świnek dostaje po 5 cc. anatoksyny podskórnie, co odpowiada 2 — 4000 dawek śmiertelnych toksyny pierwotnej. Wszystkie świnki powinny przeżyć, nie wykazując żadnych zmian ogólnych, ani miejscowych, prócz nieznacznego obrzęku, który mija po 2 dniach i jest spowodowany działaniem buljonu. Jeśli na miejscu wstrzyknięcia powstaje martwica, jeśli świnka morska chudnie i po pewnym czasie zdycha, toksyna nie została całkowicie przekształcona, produkt otrzymany nie jest jeszcze anatoksyną. Nazwę tę nosić może jedynie produkt zupełnie nie toksyczny.

Następnie anatoksynę należy badać równolegle z toksyną pierwotną na odczyn flokulacji, który w obu preparatach powinien wystąpić w tych samych warunkach. Za pomocą odczynu flokulacji, używając standartowej surowicy, określamy liczbę jednostek antygennych Ramona (J. R.) według Ehrlicha, zawartych w 1 cc. anatoksyny. Tak np. flokulacja nastąpiła w rurce, zawierającej 4 cc anatoksyny i 40 jednostek antytoksycznych surowicy, to zn., że 1 cc anatoksyny zawiera 10 jednostek, antygennych.

Następnie w badaniu tem uwagę szczególną zwrócić należy na czas powstawania kłaczków. Najlepsze są te anatoksyny, które flokulują w tym samym czasie, co ich toksyny.

W badaniu wyników uodparniania, zarówno u dzieci, jak i świnek morskich, a szczególnie koni, najlepsze okazały się te anatoksyny, które dawały z tą samą surowicą flokulację najszybszą i w tym samym czasie, co ich toksyna pierwotna. Jeżeli odczyn flokulacji opóźnia się o kilka godzin, świadczy to, że wartość uodparniająca anatoksyny jest znacznie niższa pod względem szybkości uodparniania, wysokości odsetka uodpornionych oraz stopnia odporności, czyli stężenia przeciwciał w ustroju, uodpornionym anatoksyną.

Wpływ liczby J. R. anatoksyny na czynnik uodparniania doskonale ilustruje przykład, podany przez Ramona:

Jedna serja koni (10), szczepionych anatoksyną o 11 J. R. w 1 cc. i druga serja (10) — anatoksyną o 6 J. R. w cc. Konie te dostawały jednorazowo co 4 — 5 dni po 30, 50, 75, 100, 125, 150, 200, 250, 300 cc anatoksyny. W 10 dni po ostatnim wstrzykiwaniu konie obu seryj skrwawiono i określono miano surowic. W sumie miano surowic serji, szczepionej anatoksyną o 6 jednostkach, było 2 razy niższe od miana surowic serji, szczepionej anatoksyną o 11 jednostkach (300 jednostek w 1 cc i 600 jednostek w 1 cc). Z tej analizy wynika niezbicie, że wartość anatoksyny zależy od liczby jednostek Ehrlicha, które ona wiąże, i że ocena jej w jednostkach antygennych odpowiadających jednostkom Ehrlicha, jest zupełnie uzasadniona i słuszna.

W sprawozdaniach różnych autorów widzimy dość znaczne wahania w wynikach szczepienia koni anatoksyną błoniczą. Wahania te zależą wyłącznie od niedokładności w wykonaniu badania. Miano surowicy, jak widzimy, zależy od miana anatoksyny użytej, którą oceniać należy według J. R. oraz szybkości kłaczkowania. Z drugiej strony wiadomo jest oddawna, że wśród koni, jak wśród ludzi, istnieć może odporność naturalna na toksynę błoniczą, której wyrazem jest zawartość pewnej ilości anatoksyny w surowicy normalnej oraz ujemny odczyn Schick'a. Zwierzę, którego ustrój w warunkach normalnych posiada tę zdolność wytwarzania antytoksyn, żywiej reaguje na szczepienia i łatwiej nastawia się na produkcję dużych ilości antytoksyn. Z tego względu obecnie w produkcji surowic używa się przeważnie koni z ujemnym odczynem Schick'a.

Podobne badania, wykonane na drobnych zwierzętach doświadczalnych, jak np. świnkach morskich, tembardziej wymagają ujednolajnienia metodyki, jeśli chcemy wyniki ich porównywać.

Świnki morskie nie posiadają naturalnej odporności na dyfteryt, ale uodparniają się również niejednokrotnie, zależnie od wieku (świnki dorosłe uodparniają się lepiej, niż młode), następnie zależnie od ogólnego stanu zdrowia. Świnki z hodowli, prowadzonej racjonalnie, wśród których śmiertelność jest niska, uodparniają się znacznie lepiej, niż zwierzęta różnego chowu i niewiadomego pochodzenia, jakie zwykle znajdujemy na rynku. Wyniki uodparniania świnek morskich oceniamy za pomocą odczynu Schicka, miareczkowaniem stężenia antytoksyn w surowicy metodą Römera oraz badając wytrzymałość tych zwierząt na różne dawki jadu.

W wynikach uzyskanych ogromne znaczenie ma rytm szczepienia. Tak np. odporność świnek, szczepionych jednokrotnie 2 cc anatoksyny, jest niższa, niż świnek, szczepionych dwa razy po 1 cc z przerwą trzytygodniową. Pierwsze po miesiącu znoszą tylko 50 dawek śmiertelnych toksyny, wówczas gdy drugie okazują się odporne nawet na kilka tysięcy dawek śmiertelnych tejże toksyny.

Z podanych szczegółów, dotyczących uodparniania koni i świnek morskich, możemy wnioskować, jak dalece wyniki uodparniania anatoksyną zależne są od całego szeregu czynników najrozmaitszego rodzaju.

Proces przekształcenia toksyny w anatoksynę odbywa się w ciągu trzydziestu dni; badania, prowadzone z dnia na dzień, wykazują, że już w ciągu pierwszych 24 godzin po dodaniu formaliny i wstawieniu do cieplarki toksyna ulega dużym zmianom, traci bowiem na toksyczności prawie dwudziestokrotnie. Tak np. toksyna, zawierająca 800 dawek skórnych w 1 cc, po 24 godzinach zawiera ich już tylko 50, po 72-ch — 10, po 10 dniach — 1, a na to, aby ta ostatnia została unieszkodliwiona potrzeba jeszcze 20 dni. A zatem proces unieszkodliwiania toksyny zaczyna się w tempie szybkim, następnie staje się z dnia na dzień coraz powolniejszy.

Wraz z tem preparat ulega coraz większemu ustaleniu, staje się coraz trwalszy względem rozmaitych czynników, a w szczególności na działanie wysokiej temperatury. Jak wiemy, toksyna, ogrzana w ciągu godziny w temperaturze 65 — 70 stop., utracą toksyczność, właściwości antygenne oraz zdolność flokulacji, wówczas gdy anatoksyny taka temperatura pod żadnym względem nie zmienia. Dopiero ogrzewanie do 75 stop. wpływa nieco ujemnie na odczyn kłaczowania anatoksyny. Ciepłota ta rozwija się w preparacie stopniowo, równoległe do zaniku toksyczności, dopiero preparat dojrzały po 30 dniach stania w cieplarce, posiada właściwości te w całej pełni.

Przekształcenie toksyny w anatoksynę jest procesem nieodwracalnym. Żadne czynniki — ani fizyczne, ani chemiczne (jak np. alkalizacja lub zakwaszanie) — nie są w stanie przywrócić anatoksynie toksyczności, chociażby częściowo. Tak samo nie zmieniają się właściwości jej z biegiem czasu. Próbkki anatoksyny, umieszczone w różnych warunkach w temperaturach od 3 do 22 stopni, po pięciu latach zachowały wszelkie swe właściwości: pozostały nietoksyczne, uodparniały,

jak anatoksyna świeża, oraz dawały odczyn kłaczowania z tem tylko zastrzeżeniem, że próbki, przechowywane w 22 stop. kłaczowały z nieznacznem opóźnieniem.

Szybkość uodparniania anatoksyną.

Efekt uodparniania daje się stwierdzić już po 10 dniach, po 15 dniach zwierzęta doświadczalne zwykle już nie dają dodatniego odczynu Schicka i znoszą kilka dawek śmiertelnych toksyny. Ta odporność na toksynę po 30 dniach podnosi się do 50 dawek śmiertelnych; jeśli zastrzykiwanie powtórzyć, odporność podnosi się w ten sposób, że zwierzęta znoszą już wiele setek, a nawet tysięcy dawek toksyny.

Badania tego rodzaju dały podstawę do opracowania metody zastosowania anatoksyn w praktyce życiowej.

Anatoksyna, zastosowana do uodparniania koni, okazała się środkiem niezwykle cennym. Odrazu odpadły wszelkie trudności dawnej metody szczepienia toksyną.

Anatoksyną można szczepić konie bez specjalnego przygotowania w tempie dość szybkim od 20 cc do 500 cc co pięć dni, stopniowo zwiększając dawkę, w sumie około 1200—1500 cc.

Uodparnianie trwa 35 dni, w tydzień po ostatnim szczepieniu surowica nadaje się już do użytku.

Miano surowic, uzyskanych szczepieniem koni anatoksyną, jest zazwyczaj nieco wyższe, niż po zastosowaniu takich samych maksymalnych dawek toksyny.

Główną zaś zaletą metody anatoksynowej jest szybkość, z jaką szczepienia się odbywają, oraz nieszkodliwość dla zwierząt. Wobec czego te same konie mogą służyć przez bardzo długi czas. Wartość surowic, otrzymanych tą drogą, ze wszech względów dorównywa wartości surowic, otrzymanych dawnym sposobem. Antytoksyna taka zobojętnia toksynę *in vivo* i *in vitro*, daje odczyn kłaczowania w takim samym stosunku i z tą samą szybkością.

Co do wartości leczniczej tych surowic, to przed paru laty, gdy epidemia błonicy nagle się wzmogła, rozległy się głosy niechętnie.

Małą skuteczność seroterapii tłumaczono sposobem przygotowania surowicy. Nie było to jednak słuszne. Chodziło tu o wzmożenie zjadliwości zarazka błonicy, a nie o jakość surowicy.

W Berlinie surowicę do dziś dnia przygotowują dawnym sposobem, a jednak seroterapia zawodzi i na niemieckim gruncie.

Instytut Pasteura w Paryżu od 5 lat używa do produkcji surowic wyłącznie anatoksyny z powodzeniem tak stałym, iż niema tam mowy o powrocie do dawnej metody.

Szczepienia ludzi przeciw błonicy.

Szczepienia przeciwbłonicze u ludzi zostały zainicjowane przez Theobalda Smitha, (1) który zobojętniał jad błonicy surowicą antytoksyczną i mieszkanki tej używał do czynnego uodparniania

1) J. of. medic. 1909 T XI, 241

ludzi. Sprawą tą zajęli się na większą skalę Hahn i Behring, (2) którzy w r. 1913 na kongresie w Wiesbaden podali już wyniki czynnego odparniania dzieci. Odczyn Schicka nie był wówczas jeszcze znany. Szczepiono więc wszystkie dzieci bez odróżnienia jednostek wrażliwych od niewrażliwych, a ocena wyników opierała się na obserwacjach w toku epidemii. Szczepieni nie chorowali lub chorowali rzadziej.

W innych krajach tę samą metodę szczepień ochronnych zastosowano już tylko u jednostek wrażliwych, posługując się badaniem odczynu Schicka. Szczepienia przeciwbłonicze mieszaną toksyny i antytoksyny zostały spopularyzowane w Ameryce przez Parka i Zinghera. (3) Akcja szczepienna jest tam prowadzona już od roku 1914-go. W ciągu tych 15 lat używano stale mieszanki toksyny i antytoksyny. Dawkowanie jej ulegało jednak dość znacznym wahaniom: początkowo stosowano dawki 30 razy mocniejsze, niż te, które przyjęto następnie (3Lt i O, 1 Lt). Szczepionka ta zachowywała pewną toksyczność, tak, iż z liczby 5-ciu świnek, szczepionych jedną dawką ludzką, jedna ginęła po kilkunastu dniach, wykazując przed śmiercią objawy paralityczne.

Niektórzy używali szczepionki zupełnie zubożonej (L^0) lub nawet z nadwyżką antytoksyny. Jak wiadomo jednak, zubożenie toksyny antytoksyną jest stanem zawsze do pewnego stopnia względnym, zależnym od gatunku zwierzęcia, na którym mieszanekę badamy. Tak, na przykład, aby unieszkodliwić toksynę dla małpy, trzeba użyć 80 i 100-krotnych ilości antytoksyny w porównaniu z dawką zubożniającą dla świnek morskich (Behring).

Prócz tego proces zubożenia toksyny nie jest zjawiskiem nieodwracalnym. Mieszanina obojętna może znów stać się toksyczną pod wpływem nieznacznych ilości kwasów (Morgenroth) lub ługu (Sachs). Czasami zamrożenie i następnie odtajanie może również spowodować odszczepienie toksyny.

A więc przygotowanie takich szczepionek, składających się z toksyny i antytoksyny, wymaga ogromnych ostrożności, i, pomimo stałej kontroli, szczepionki te mogą czasami w pewnych warunkach stać się toksyczne i spowodować nieszczęśliwe przypadki.

Przypadki takie w porównaniu z wielu milionami dzieci, zaszczepionych w Ameryce nie były liczne, tem niemniej jednak zdarzyły się.

Tak w 1919 roku w Texas zanotowano 5 przypadków śmiertelnych, spowodowanych szczepieniem mieszanki; w stanie Massachusetts — 2 przypadki, w Belgii — 1, w Badenie (Austria) w r. 1924 — 6 i ostatnio w Australii — 12. Szczepionka, użyta w Austrii (4) była mieszaną hiperneutralną, zawierającą nadmiar surowicy, przygotował ją Löwenstein. Szczepionka była sprawdzona na zwierzętach w klinice Pirqueta przez Kassowitza i okazała się nietoksyczną.

Tą samą serją szczepionki jednocześnie za-

szczepiono 40 dzieci, z nich 6 zmarło wskutek zatrucia jadem błoniczym. Upozostałych stwierdzono nekrozę. Po zbadaniu serji ampulek okazało się, że w niektórych zawartość była toksyczna.

Po tym wypadku szczepienia przeciwbłonicze toksyny z antytoksyną zostały w Austrii zabronione.

Nieszczęśliwe przypadki, które miały miejsce w Rosji w Taszkencie były spowodowane fatalną pomyłką: 14 dzieci dostało zamiast anatoksyny czystą toksynę błoniczą (100 jednostek), z nich 8 zmarło w ciągu 15-tu dni, 4 po 30-tu dniach, (z objawami *polyneuritis*), 2 wyzdrowiało (5)

Pomimo, że liczby te w porównaniu z liczbą dzieci, zaszczepionych szczepionką przeciwbłoniczą, składającą się z mieszanki toksyny z antytoksyną, są nieznaczne, jednak dowodzą one, że stosowanie szczepionki tej nie daje zupełnej gwarancji bezpieczeństwa.

Szczepionka ta posiada jeszcze inne wady, a mianowicie: w skład jej wchodzi pewne ilości surowicy. Ilość ta jest za mała, aby wywołać objawy choroby posurowiczej, uczuła jednak organizm na surowicę, co, w razie konieczności późniejszego zastosowania jakiejkolwiek surowicy leczniczej, może spowodować mniej lub więcej groźne stany anafilaktyczne. Rzeczywiście, od kilku lat w Ameryce gdzie szczepienia te są najszerzej stosowane, objawy posurowicze występują coraz częściej i gwałtowniej.

Prócz tego domieszka surowicy wywołuje w ustroju stan odporności biernej i przez to hamuje uodparniające działanie antygeny, zawartego w toksynie. Tem się też tłumaczy, że odporność po takim szczepieniu rozwija się bardzo powoli, i odczyn Schicka staje się ujemny dopiero po 4–6 miesiącach.

Widzimy więc, że szczepionka posiada cały szereg cech ujemnych. Nie przeszkodziło to jednak amerykańkom w przeprowadzeniu masowych szczepień i uzyskaniu wyników bardzo dodatnich.

Obecnie, gdy posiadamy inną szczepionkę, pozbawioną tych wad, nie ma racji upierać się przy stosowaniu szczepionki Behringa, jak to czynią niektórzy lekarze niemieccy, kierowani zapewne uczuciem patriotyzmu.

Pomimo wad szczepionki, używanej przez amerykańców od lat 15-tu, akcja, szeroko przez nich rozwinięta, przyniosła ogromne korzyści krajowi, który tak duże ponosi straty wskutek błonicy. Z doświadczeń tych powinniśmy szeroko korzystać. Wykazały one ogromną wartość uodparniania czynnego przeciw błonicy oraz w jego zrealizowaniu znaczenie planowo rozwiniętej propagandy.

Ocena wyników tej akcji opiera się z jednej strony na badaniu odczynu Schicka oraz na zestawieniach statystycznych, dokonywanych równolegle wśród dzieci szczepionych i nieszczepionych.

Dzieci Schick—dodatknie, czyli wrażliwe na błonicę w 4–6 miesięcy po trzykrotnym szczepieniu stają się Schick — ujemne, przestają reagować na toksyny, nabywają odporności. Odsetek

2) D. IV. 1913

3) *Proceed. N. York. patholog. Soc.* 1915, XV. 110 J. A. M. Ass. 1922, 79, 1584; *Ibid* 1923, 81, 1432.

4) *Helmerich. Kl. W.* 1925, 1697.

5) *Jakowlewa. Wrzeczboje* dzieło 1927, 179.

uodpornionych, sprawdzonych odczynem Schicka, wynosi około 80—85%.

Czas trwania odporności u 90% tak uodpornionych dzieci jest nieograniczony. Odczyn Schicka pozostaje ujemny jeszcze po 6 i 8 latach. Prawdopodobnie więc na całe życie. Pod tym względem niema różnicy pomiędzy odpornością, która rozwija się drogą naturalną, i odpornością, uzyskaną przez szczepienia, które aktywują i przyspieszają rozwój przyrodzonych zdolności ustroju.

Zestawienia statystyczne w Ameryce były dokonane w roku 1922 w dwóch grupach dzieci, uczęszczających do szkół, po 90.000 każda: jedna składała się z dzieci, które nie były badane na wrażliwość, ani szczepione, druga z 57.000 dzieci Schick — ujemnych, oraz 33.000 dzieci Schick — dodatnich wrażliwych i zaszczepionych dwu — i trzykrotnie.

Okres obserwacji trwał pół roku. W rezultacie okazało się, że z pierwszej grupy zachorowało na błonicę 70 dzieci, a z drugiej tylko 17, czyli 4 razy mniej.

Stąd wniosek, że wśród dzieci badanych i szczepionych liczby zachorowań na błonicę obniżają się co najmniej 4-krotnie. Inne obliczenia dały stosunek jeszcze bardziej na korzyść szczepień.

W wyniku akcji, prowadzonej w Stanach

Zjednoczonych od 15-tu lat, większość dzieci w wieku szkolnym podlega badaniu na odczyn Schicka i ewentualnie szczepieniu przeciw błonicy. W samym tylko Nowym-Yorku szczepi się co rok 125.000 dzieci.

Dla dokonywania szczepień u dzieci małych, w wieku przedszkolnym, na terenie Nowego-Yorku funkcjonuje 55 przychodni, a szczepionkę sprzedaje 780 aptek po cenie 25 centów za fiolkę, zawierającą ilość szczepionki, wystarczającą do szczepienia jednej osoby (szczepienie trzykrotne*).

Prócz Ameryki szczepienia mieszkanką były przeprowadzone na szerszą skalę w Rosji. Korszun podał zestawienie 380.000 szczepionych, wśród których liczba zachorowań była 3 razy niższa, niż wśród dzieci nieszczepionych.

Friedemann podaje, że w Berlinie wśród 100.000 szczepionych zanotowano 170 zachorowań na dyfteryt, gdy w tymże czasie na 100.000 dzieci nieszczepionych przypada 800 zachorowań.

Jest to stosunek odpowiadający liczbom amerykańskim.

*) Schick — Ergeb der Soc. Hyg. und Gesundheitsfürsorge.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Gruźlica.

o H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRÄUNING, ST. ENGEL — *Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung*. Bd. I Georg Thieme Verlag, Lipsk 1930. str. 573, cena mk. niem 42.

Olbrzymia i coraz bardziej wzrastająca literatura lekarska (kliniczna, teoretyczna i społeczna) z dziedziny gruźlicy niezmiennie utrudnia objęcie stanu bieżącego w tej dziedzinie w całej rozciągłości. Świetny Zentralblatt dający zestawienie krótkich streszczeń z prac, ogłaszanych w rozmaitych językach, o tyle ułatwia sytuację, że daje możliwość zorientowania się w razie potrzeby w kierunku niezbędnym.

Książka, wymieniona w tytule, której tom pierwszy leży przed nami, ma jeszcze bardziej usunąć trudności, związane z ogromem literatury bieżącej. Ma ona na celu, jak zresztą wydawcy na wstępie zaznaczają, przedstawianie istotnie aktualnych spraw z dziedziny gruźlicy w postaci przeglądu mniej lub więcej krytycznego w odstępach czasu jednorocznych czy dwuletnich. Materiał dotychczasowy ma być ujęty w dwu tomach, z których drugi ma się wkrótce ukazać. Nazwiska wydawców są rękojmią, że wydawnictwo będzie prowadzone odpowiednio. Wartość zaś jego nie ulega chyba dyskusji: Szereg w ten sposób ujętych monografii ma, zdaniem moim, w naszych obecnych warunkach życia lekarskiego wielką doniosłość. Wyznaję, że wolę je, niż tak kosztowne i szybko się starzejące wielkie podręczniki.

Na 114 stronicach ósemki F. Klemperer wraz, z Ahlenstielem omawiają sprawę wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc. Jest to, między innymi próba powiązania szeregu „nowych” poglądów na powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze starymi. Słusznie też autorzy pod-

kreślają potrzebę dokładnego badania i szczytów płuc, co bynajmniej nie znaczy, że tylko tam tkwić musi choroba.

Assmann pisze o „nacieczeniu wczesnym”, do którego poznania tak znacznie się przyczynił dzięki swym pracom klinicznym. Na podkreślenie zasługuje krytyczny stosunek autora do tak modnego dziś, zbyt pochopnego odrzucania dotychczasowych poglądów na powstawanie i rozwój gruźlicy płuc. Zdaniem Assmanna, badanie naukowe zajęć się musi przedewszystkiem sprawą, czy t. zw. naciek wczesny jest pierwszym, zazwyczaj pierwotnym przejawem gruźlicy dorosłych, czy też punktem wyjścia jest małe, często nierozpoznane ognisko; pozatem zaś należy wyjaśnić drogi i warunki powstawania nacieczeń. Sprawa więc wciąż jeszcze nie jest wyjaśniona.

Gojenie się sprawy gruźliczej w płucach w obrazie rentgenowskim jest przedmiotem pracy Fleischnera, opartej na materiale szpitalnym z oddziałów Neumanna i Sorgo w Wiedniu. Między innymi sprawa gojenia się jam w płucach samoistnego lub pod wpływem leczenia uciskowego nie ulega dla autora wątpliwości.

Bardzo krytycznie ujęty jest cały rozdział o szczepieniach ochronnych przez Bruno Langego, który dokładnie omawia tu zarówno wyniki dotychczasowych prób, jak i wogóle widoki na przyszłość pod tym względem. Rozważania te nie są pozbawione pewnego sceptycyzmu. Na uwagę zasługuje jeden z wniosków Langego, oparty na dotychczasowych naszych wiadomościach o gruźlicy, według którego los chorego, zakażonego gruźlicą, zależy głównie nie od nabytej odporności swoistej, lecz uwarunkowany jest czynnikami genotypu i świata zewnętrznego.

F. Redeker pisze o obecnym stanie problemu alergii. Z tego przeglądu tak ważnego za-

gadnienia widać, jak mało jeszcze wiemy o owym przekształceniu ustroju, którem, jako pojęciem, tak chętnie posługujemy się w najrozmaitszych naszych rozważaniach o gruźlicy Zwoleńnicy i przeciwnicy (ostatnio coraz liczniejsi) teorii Rankego, anatomopatologowie i klinicyści — wysuwają tyle nowych, często zupełnie fantastycznych prób wyjaśnienia zachodzących w ustroju gruźliczym zmian, że doprawdy trudno się zorientować w tym chaosie. Redeker sumiennie stara się przedstawić nagromadzony dotąd w tym kierunku materiał.

Część hematologiczna gruźlicy została zobrażowana przez von der Wetha w rozdziale p. t. podstawy biologiczne najważniejszych nieswoistych odczynów krwi w gruźlicy.

Szczególnie interesujące z punktu widzenia społecznego są dwie następne prace: Bräuninga o wczesnem wynajdywaniu gruźlicy i Ickerta o gruźlicy z punktu widzenia społecznego. Obie zawierają mnóstwo niezwykle cennych faktów, oświetlających sprawę walki z gruźlicą i pozwalających na wysnucie pewnych wniosków co do celowości tych czy innych zamierzeń.

Wreszcie S. Engel daje krytyczne przedstawienie sprawy umiejscowienia i wstępowania na zdjęciu pierwotnego zespołu gruźliczego w płucach.

Tak bogata treść tomu już sama musi zachęcić do zaznajomienia się z nią, tembardziej, jeśli podkreślić, że jest ona przedstawiona w formie bardzo dostępnej przez ludzi, świetnie obznajmionych z opracowywanym przedmiotem.

Postać zewnętrzna książki bez zarzutu.

M. Gantz.

M. FISHBERG i A. SHAMASKIN. O łagodnych postaciach gruźlicy szczytów. (J. A. M. A. tom 93, Nr. 2 1929).

Gruźlica, umiejscowiona w szczytach płucnych i ograniczająca się do szczytów, ma zazwyczaj łagodny przebieg i często nie wymaga tak bardzo kosztownego i długotrwałego leczenia.

Pomimo, że objawy, zarówno kliniczne, jak i rentgenologiczne, trwają nadal bez zmiany przez długie lata, pacjent pozostaje przy życiu, może nawet wykonywać swoją pracę zawodową choć w nieco ograniczonym rozmiarze. Od czasu do czasu zjawiają się obostrzenia, które jednakże nie są złośliwe (najczęściej), nie osiągają alarmujących rozmiarów i szybko przechodzą.

O ile pierwotne ognisko zostaje umiejscowione poniżej obojczyka, to sprawa jest poważniejsza i najczęściej wymaga natychmiastowego energicznego leczenia już to klimatycznego, już to zakładowego. Te przypadki niemal zawsze zdarzają się u osobników w wieku poniżej lat 35.

Pacjenci ze zmianami w szczytach płuc mają zazwyczaj mniej wyraźne oznaki konstytucjonalne, rzadziej gorączkują. Krwotoki zdarzają się w obu grupach, lecz przypadki o ogniskach podobojczykowych dają częściej obfite krwotoki.

Otwarta gruźlica spotyka się w 15 proc. zajęcia szczytów, zaś w 66½ proc. zajęcia miąższu podobojczykowego, co jest już rzucającą się w oczy różnicą.

B. G.

J. HEIMBECK. O szczepieniu ochronnem przeciw gruźlicy zapomocą zastrzykiwań podskórnych BCG. (Presse Méd. 86/1929).

W 1926 r. wprowadzono szczepienia ochronne przeciw gruźlicy zapomocą zastrzykiwań podskórnych BCG w szpitalu Ulleval w Oslo dla pielęgniarek, u których odczyn Pirqueta wypadł ujemnie. Szczepienia nie wywoływały nigdy najmniejszych zaburzeń. Liczba zachorowań na gruźlicę wśród

pielęgniarek z ujemnym odczynem Pirqueta szczepionych waha się od 2,2 — 50%, nieszczepionych od 24 — 50%. Podobne wyniki dały szczepienia, przeprowadzone wśród chłopów okręgu Sollien. Wyniki te należy uważać za bardzo zadawalające i zachęcające.

Henryk Landau

Bożena KOKALJ — KOWALEWSKA. O jednostronnym zaniku piersi u płucnochorych kobiet. (Wien. kl. Woch. Nr. 44 1929).

Pomiary t. zw. poprzecznej średnicy piersi, t. j. odległości od stawu mostkowo-obojczykowego do brodawki piersiowej, przeprowadzone u 166 kobiet, chorych na gruźlicę płuc, pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

1) przy jednostronnych zmianach płucnych zanika pierś po stronie chorej;

2) prawy gruczoł piersiowy jest fizjologicznie nieco lepiej rozwinięty niż lewy;

3) jednostronny zanik piersi posiada pewne dżagnostyczne znaczenie w początkowych okresach gruźlicy płuc.

U mężczyzn poprzeczna średnica piersi jest również mniejsza po stronie chorej wskutek zaniku mięśni, tkanki podskórnej i skóry.

Henryk Landau.

Choroby narządów trawienia.

KAUFMANN. Ból głodowy, jako objaw ogólnego konstytucjonalnego zaburzenia. (Arch. f. Vrdgrkh. T. 42).

O ile objaw bólu głodowego wysuwa się obok innych objawów na plan pierwszy, to budzi on zawsze duże podejrzenie wrzodu dwunastnicy. Jednakże objaw ten sam przez się przy braku innych dowodów nie jest dostateczną podstawą rozpoznania.

K. opisuje mężczyznę w średnim wieku, który cierpiał na periodyczne bóle głodowe, łagodzone przez przyjmowanie pokarmów. Rentgenologicznie wrzodu stwierdzić nie było można.

Chirurg jednak dokonał częściowej rezekcji, po której pacjent po dwóch dniach zmarł. Podczas obdukcji wrzodu nie znaleziono.

Łącznie z bólem głodowym występują często: bóle w brzuchu, w krzyżu, nogach, głowie etc., czasem wzmożone wydzielanie śliny i wymioty, leukocytoza we krwi, wzmożenie odruchów kolanowych, obniżenie ciśnienia krwi i t. d.

Ból głodowy K. uważa za jeden z objawów ogólnej astenji, za objaw nadmiernie pobudliwego żołądka.

Józef Nusbaum.

H. MACLEAR. O intensywnem leczeniu zasadami wrzodu żołądka i dwunastnicy. (British Med. Journ. Nr. 15 z r. 1928).

Autor uważa za konieczny warunek gojenia się wrzodu zapobieganie tworzeniu się wolnego kwasu solnego w żołądku. Z pośród zasad, zwykle używanych, wymienia się dwuwęglan sodu, tlenek lub węglan magnezu oraz węglan wapnia. Dwuwęglan sodu, czyli t. zw. soda oczyszczona ma tę zaletę, że się bardzo dobrze rozpuszcza w wodzie, — wadą jego jest natomiast własność wytwarzania wtórnego kwasotoku.

To też soda sama nie daje świetnych wyników, dopiero w połączeniu z zasadami nierozpuszczalnymi jak węglan wapniowy — czy magnezowy — otrzymuje się dobrze działającą mieszaninę. Dokładny skład mieszaniny nie jest ważny dla gojenia się wrzodu.

Autor poleca np. taką mieszaninę: dwuwęglan sodu 16,0, węglanu magnezu i węglanu wapnia po 32,0 węglanu bizmutu — 8,0.

Jest rzeczą bardzo ważną, by chory miał codziennie wypróżnienia, to też, o ile stolce są zaparte, należy zwiększyć ilość soli magnezu, o ile zaś istnieje skłonność do biegunk — zwiększyć ilość bizmutu. Węglan bizmutu, jak zdaje się, nie posiada wybitnie neutralizujących własności, przynajmniej w warunkach zwykłych; działa on zobojętniająco natomiast w nadkwaśności.

Pozatem bizmutowe połączenia posiadają pewne własności, sprzyjające gojeniu się wrzodów, oraz są bardzo pożyteczne w regulowaniu stolca w przypadkach rozwolnień.

Węglan wapnia jest zasadą, dobrze działającą, przytem mało wpływa na jelita.

Magnezja działa lekko rozwalniająco, przytem jest doskonałym zobojętniaczem.

Ażeby proszki alkaliczne osiągnęły *maximum* swego działania, chory winien być trzymany na diecie płynnej przez tydzień czy nawet dłużej, o ile przypadek jest ciężki.

Bóle zazwyczaj ustają już po 48 godzinach, i chory czuje się lepiej. O ile zaś bóle nie ustają po 2—3 dniach, należy przypuszczać, że chodzi nie o wrzód żołądka czy dwunastnicy lecz o zrosty z sąsiednimi organami.

Należy pilnie baczyć na to, by chory otrzymywał dostateczną ilość zasad, by zobojętniać zupełnie kwasotę żołądka.

Co do odpoczynku w łóżku, to jest on wprawdzie pożądanym, aczkolwiek nie bezwzględnie koniecznym.

Po kilku tygodniach leczenia w sposób wyżej wymieniony autor radzi stopniowo zmniejszać ilość alkalicznego proszku,

Chorzy z wrzodem dwunastnicy winni jednakże brać prosek alkaliczny jeszcze przez 2 — 3 miesiące po wystąpieniu objawów bólowych.

Jest także bardzo ważną rzeczą, by pacjent wrócił do swoich proszków alkalicznych i diety płynnej przy najmniejszym zjawieniu się bólów.

W ten sposób napad, skądinąd groźny, można przerwać dość łatwo.

Prócz tego u chorych, cierpiących na wrzód żołądka, zdarzają się niekiedy napady t. zw. zwykłej niestrawności, szczególnie po przemęczeniu, po wyczerpujących chorobach zakaźnych — nie oznacza to bynajmniej, że nastąpił nawrót wrzodu.

B. Goldstein.

FRIEDEMANN. W sprawie wyników dalszych po operacji doszczętniej choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. (Zblt. f. Chir., 48, 1927).

Autor jest zwolennikiem szerokich wycięć żołądkowo-odźwiernikowych w chorobie wrzodowej, by doprowadzić do wydawnego zmniejszenia się wolnego kwasu solnego.

Jako potwierdzenie tej tezy, może posłużyć szczegółowa statystyka wyników dalszych u chorych, operowanych przez autora przed 3 laty i więcej. Chorych takich było 450. Statystyka opiera się tylko na 374, co do których F. ma ściśle dane późniejsze.

Autor dzieli wyniki na: b. dobre (chorzy nie mający absolutnie żadnych dolegliwości), dobre (chorzy bez dolegliwości, lecz nie znoszących niektórych pokarmów), nienajgorsze (chorzy, których stan po operacji się poprawił, lecz zachowujących ścisłą dietę), mierne (chorzy bez widocznej poprawy, lecz również i bez pogorszenia) oraz złe (nawrót wrzodu). W ten sposób podzieleni chorzy mają wyniki następujące: b. dobre 138 chorych, czyli 37%, dobre - 157 czyli 42%, nienajgorsze - 61, czyli 16%, mierne 13, czyli 3,5%, złe 5 chorych, czyli 1,3%. Ogółem więc w 356 przypadkach stwierdzono poprawę po operacji, w 18 nie było poprawy.

Należy zwrócić uwagę, że nie było równoległości między tym stanem chorych a wynikami badań chemizmu żołąd-

ka i rentgenografii: niektórzy chorzy bez żadnych dolegliwości mieli zmiany w chemizmie i opóźnienie się w opróżnieniu żołądka oraz naodwrot.

Na zasadzie swojej pracy autor wnioskuje, że szerokie wycięcia odźwiernikowo-żołądkowe są środkiem bardzo zadowalającym i może najlepszym ze wszystkich sposobów leczenia choroby wrzodowej.

J. Pomper.

ALWAREZ i MAC CARTY. O wielkości resekowanych wrzodów i raków żołądka. (Journ. Am. Med. Ass. Nr. 4. Tom. 91).

Opierając się na twierdzeniu Mac Carty'ego z kliniki Mayo, że wrzody żołądka, o ile przekroczą wielkość 2,5cm. w średnicy, należy uważać już za zwyrodniałe złośliwie, autorzy przeprowadzili badania ściślejsze.

Statystyka, oparta na 638 wrzodach i 682 rakach (usuniętych operacyjnie), wykazała, że około 80% wszystkich wrzodów miało rozmiar mniejszy, aniżeli 1.8cm w przecznicy, zaś 92% rozmiar średnicy mniejszy od 2,4cm.

Jest rzeczą wątpliwą, czy wrzody łagodne (z wyjątkiem żołądkowo-jelitowych, kilowych lub nawrotów) mają rozmiar większy od srebrnego dolara 3,7cm.

Co do raków, to 23% z nich miało rozmiar nie większy od wrzodów przeciętnych. Na zasadzie wielkości można orzec, że wrzód mniejszy niż 2,4cm w 90% nie jest rakowaty, wielkości od 2,4 do 3,7cm jest $\frac{2}{3}$ przypadków złośliwy; większy zaś niż 3,7cm prawie napewno złośliwy.

Z pośród 8 osób operowanych przy histologicznym rozpoznaniu łagodnego wrzodu żołądka większego niż 3,5cm — 5 umarło w warunkach podejrzanych na nawrót nowotworu.

B. G.

Choroby krwi i narz. krwiotwórczych.

H. MILARK. Dalsze doświadczenia leczenia wątroby anemii złośliwej. (Kl. Woch. Nr. 46 r.1929)

Autor podaje wyniki leczenia wątroby 69 chorych na anemię złośliwą. Z pośród nich zmarło 5, lecz właściwie tylko 1 okazał się oporny na leczenie wątroby, gdyż u 4 pozostałych zgon nastąpił wcześniej, zanim skutki leczenia mogły się unaocznic. U wszystkich pozostałych nastąpiła poprawa.

Ponieważ warunkiem *sine qua non* leczenia wątroby jest jego ciągłość i długotrwałość, powstaje zagadnienie natury społecznej: w jaki sposób dać możliwość szerokim masom korzystania z wątroby i jej wyciągów, gdyż są one dotychczas nadzwyczaj drogie, a w niektórych okolicach wogóle niedostępne.

J. K

F. KRAUSE. O nieskuteczności leczenia wątroby schorzeń powrózkowych niedokrewności złośliwej. (Kl. Woch. Nr. 47 rok 1929).

O ile całkowita skuteczność leczenia wątroby anemii złośliwej niemal już nie ulega żadnej wątpliwości, o tyle, jeżeli chodzi o tę część objawów tej choroby, które dotyczą ośrodkowego wkładu nerwowego, sprawa nie przedstawia się tak jasno. Naogół przyjmuje się, że te objawy nerwowe, które wystąpiły niedawno, dają się podawanie wątroby usunąć, natomiast objawy zastarzałe pozostają nieuleczone. Anatomopatologicznie rzecz biorąc, można przypuścić, że tam, gdzie mamy do czynienia w rdzeniu tylko z naciekiem limfocytarnym, możliwa jest jeszcze poprawa, natomiast, jeżeli włókna nerwowe uległy już całkowitemu zniszczeniu, tam leczenie nie może być skuteczne.

Autor przytacza 4 przypadki anemii złośliwej, leczone intensywnie wątroby, w których, jeżeli chodzi o obraz

krwi, nastąpiła znaczna poprawa, a mimo to objawy nerwowe postępowywały niepowstrzymanie naprzód i w 2-ch przypadkach były przyczyną śmierci.

Na zasadzie tych oraz innych przypadków autor wyciąga wnioski, że między poprawą stanu ogólnego, a w szczególności obrazu krwi z jednej strony i objawami nerwowymi z drugiej strony nie zachodzi żadna równoległość i że leczenie wątroby nie tylko nie jest zdolne usunąć istniejących objawów (tak subiektywnych jak i obiektywnych) ze strony układu nerwowego, ale nawet nie jest w stanie przeszkodzić ich rozwojowi i wpłynąć na ich zatrzymanie.

J. K.

G. GALATA. Przypadek ciężkiego nadciśnienia okresu przekwitania, leczony jednostronnem wycięciem nadnercza (Arch. des Mal. du coeur 11.1929).

Nadciśnienie tętnicze występuje przeważnie u tych kobiet, u których okres przekwitania jest powikłany sympatykotonią. Można odróżnić 2 typy kobiet w okresie przekwitania: typ wagotoniczny lub hiposympatykotoniczny i typ sympatykotoniczny. W typie pierwszym bywa przedwczesna siwizna, tętno 60-70 na minutę, blady kolor, ciśnienie normalne lub poniżej normy, skłonność do pokrzywki, świerzb, dychawicy, napadów pseudodusznicowych, i wogóle wstrząsów anafilaktycznych, obniżenie napięcia nerwowo-mięśniowego. Kobiety typu drugiego uderzają wyglądem pełnokrwistym, czerwona barwa twarzy, świeżość skóry, dzięki czemu wygląda ją młodziej, mają skłonność do nadciśnienia tętniczego (często 200-280 mm. Hg.), objawy nadczynności tarczycy, często występują u takich kobiet skurcze dodatkowe, krwawienia z nosa i macicy; skarżą się one na bóle głowy (zwłaszcza w okolicy potylicy), bóle w stawach i okolicy serca, bicie i szum w uszach. Przyczyna nadciśnienia leży w hiperadrenalinemji wskutek nadczynności istoty rdzeniowej nadnerczy oraz w niedomodze jajników. W podobnych przypadkach przychodzi często do krwotoku mózgowego, prowadzącego do śmierci. Ta groźba krwotoku mózgowego i bezskuteczność wszelkich środków skłoniła autora do zwrócenia się do prof. Antoniciego z prośbą o usunięcie lewego nadnercza u 56 letniej kobiety z dolegliwościami klimakterycznymi i ciśnieniem 300/150 mm. Hg. Po operacji dolegliwości ustąpiły, a ciśnienie stopniowo w ciągu 70 dni obniżyło się do 216/125 mm. Hg., poczem stałe się na tym poziomie utrzymywało. Wystąpiło rozszerzenie lewej żrenicy i skurcze naczyń w lewej kończynie górnej (bładość, uczucie mrowienia), zależne zapewne od odruchowego podrażnienia homolateralnego włókien współczulnych pochodzenia urazowego lub bliznowatego. Ilość cukru we krwi po operacji podniosła się z 0,71 gr. na 1,02 gr. ilość cholesteroliny spadła z 1,60 gr. na 1,28 gr.

Przypadek ten dowodzi, że nadczynność nadnerczy gra rolę bardzo ważną, ale nie wyłączną w powstawaniu nadciśnienia.

Henryk Landau.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

CASTENS Znaczenie odczynu Kahna w serodjagnostyce kiły. (D. m. W. № 35, 1929).

Odczyn wiązania dopełniaczy w serodjagnostyce kiły często dają wyniki niezgodne z rzeczywistością, tak, że od kilku lat starano się wynaleźć próby dokładniejsze. Dużą wartość przypisują odczynowi Kahna, wprowadzonemu w Europie w 1926 r., który ma zastosowanie przy badaniu surowicy i płynu mózgowo-rdzeniowego. Jako antygen stosowany jest wyciąg alkoholowy mięśnia sercowego cielęcia ze znaczną zawartością cholesteroliny. Metoda technicznie łatwa, wynik zaś badania daje się ustalić w krótkim przeciągu czasu. Jest czulsza od

odczynu Wassermann'a. Błędy jednakże i przy tym odczynie się spotykają, tak, że właściwie należałoby przeprowadzać u chorych jednocześnie badanie krwi zapomocą odczynu Kahna i Wassermann'a, i w ten sposób liczba fałszywych wyników zmniejszyłaby się znacznie. Sam odczyn Kahna mógłby mieć zastosowanie ze względu na swą prostotę na okrętach i w okolicach podzwrotnikowych.

Wanda Franzówna.

M. RAVAUT. Dwa wielkie etapy w kile układu nerwowego (Presse Méd. 86 1929).

W kile układu nerwowego można odróżnić dwa okresy: kres lub fazę biologiczną i okres kliniczny. W pierwszym okresie brak wszelkich objawów klinicznych, mówiących o zaoczu układu nerwowego; dopiero badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazuje zmiany w tym układzie (stąd termin: *Liquorluas*). Wobec tego badanie płynu mózgowo-rdzeniowego u każdego luetyka, nie wykazującego nawet najmniejszych objawów kiły układu nerwowego, ma pierwszorzędne znaczenie i powinno być zawsze przeprowadzone w końcu trzeciego roku kiły lub wcześniej, jeśli leczenie ma być przed tym czasem przerwane.

Henryk Landau.

LEVEN. O leczeniu cierpień pokłowych. (D. m. W. № 35, 1929 r.)

Ostatnio wysunięty został przez wielu badaczy pogląd, iż cierpienia pokłowe zależą od stosowanych środków specyficznych i występują szybciej, aniżeli w przypadkach kiły nieleczonej. Następuje zmniejszenie odporności organizmu, co sprzyja powstawaniu cierpień pokłowych. W leczeniu kiły według autora należy uwzględnić czynnik specyficzno-biologiczny, — tworzenie się nacieków z limfocytów, które są wyrazem obrony ze strony organizmu. Wczesny okres kiły z ujemnym odczynem Wassermann'a nadaje się do przeprowadzenia kuracji salwarsanowej. O ile pacjent zgłasza się już po ustąpieniu okresu wczesnego, należy leczenie rozpocząć dopiero po wystąpieniu objawów wtórnych i wówczas przez odpowiednio dobrane środki lecznicze odporność organizmu nie zmniejszy się. Najpierw proponuje autor podawanie Hg i Bi, które sprzyjają rozpadowi limfocytów oraz uwalnianiu się z nich zaczynów lipolitycznych, działających na krętki. Następnie wzmacniamy działanie Hg i Bi przez podanie salwarsanu, działającego bezpośrednio na krętki.

Wanda Franzówna.

BOMMER i BERNHARDT. Leczenie djetetyczne tocznia skóry (D. m. W. № 31. 1929).

Miejscowe niezawsze skuteczne leczenie tocznia skóry zostało obecnie zastąpione przez ogólne. Podniesienie żywotności i odporności skóry całego organizmu uważa Jesionek za najważniejsze w walce z toczniem. Uskutecznić to można za pomocy uregulowania diety i zmiany trybu życia. Autorzy stosowali dietę Gerson'a, zawierającą mało białka i mało węglowodanów, dużo tłuszczów i witamin oraz zamiast soli kuchennej — mieszaninę soli K, Mg i Str t. zw. „Mineralogen”. Już w kilka dni przy tej diecie zaznacza się wyraźne cofanie się zmian w ognisku chorobowym, a więc ustępowanie obrzęku i zastoju żylnego. Czas trwania tej kuracji jest w każdym przypadku inny. Stosowanie ogólnego naświetlania obok diety skraca znacznie okres leczenia. Naświetlanie zaś samego ogniska ma wpływ dodatni jedynie w przypadkach bardzo opornych. Również toczeń błon śluzowych z wyjątkiem tocznia dziąseł ustępował pod wpływem leczenia djetetycznego.

Wanda Franzówna.

Choroby oczu.

BIRCH — HIRSCHFELD. Nowsze zapytrywania na jaglicę. (Zeitschr. für Augenh. Lipiec 1928.)

Elschnig odróżnia 4 rodzaje jaglicy: 1) ostra postać która rozpoczyna się, jako ostry nieżyt z naciekami na załamkach — ziarenka nie występują. Do *entropium* i *trichiasis* nie dochodzi; 2) postać podobna, przebiegająca przewlekłej; 3) jaglica ziarnista, zaczyna się powoli, ziarna na załamkach powstaje łuszcza. Tworzą się blizny, *keratosis*; 4) postać przewlekła, łagodna, którą nazwać można przerostem grudekowym. Ziarenka drobne, przejrzyste mieszczą się w kacie wewnętrznym górnym zmarszczki półksiężycowej. Objawy zapalne nieznaczne. Za *conjunctivitis follicularis* Elschnig uważa te przypadki, które spotykamy u dzieci anemicznych do lat 15 — przerost drobny mieści się na dolnym załamku nigdy na *plica semilunaris*. Autor jest przeciwny podziałowi temu, gdyż trudno przeprowadzić różnicę tylko na zasadzie rozrostu tkanki adenoidalnej. Blizny wg. Birch-Hirschfelda — występują zawsze — można je zresztą wykazać mikroskopowo. Usadowienia ziarenek również nie można uważać za miarodajne w rozstrzygnięciu tej sprawy. Birch-Hirschfeld sądzi, że schorzenie spojówki z obecnością ziarenek, które po leczeniu *Sol. hydrarg. oxycyanati* przecho- dzi bez pozostawienia blizn — nie jest jaglicą. Lindner również wypowiada się za podziałem na *conjunctivitis follicularis* i jaglicę. Peters twierdzi, że w schorzeniu tem odgrywa rolę dyspozycja rasowa i indywidualna.

Birch-Hirschfeld przeczy temu. Wiadomo, że wśród Salzburgów, zamieszkujących okolicę Pillkallen, dale wśród Niemców, z Niemiec środkowych i południowych, gdzie jaglica jest prawie nieznana, spotykamy jaglicę niejednokrotnie — są to przeważnie Niemcy, którzy musieli się przenieść zawo- dowo do Prus Wschodnich. Krumbach wypowiada się za dyspozycją rasową. Na zasadzie wieloletniego doświad- czenia Birch-Hirschfeld przychodzi do wniosku, że rasa nie odgrywa znaczniejszej roli w jaglicy. Chodzi tu więcej, według autora, o momenty sprzyjające. Co się tyczy zarażenia — to wprawdzie przez dotyk łatwo ulec zakaże- niu — nie jest to jednak tak bezwzględne, jak niektórzy chcą; gdyby rzeczywiście tak było, cały personel lekarski i sanitarny byłby zarażony. Według autora cały szereg mo- mentów razem wziętych wpływa na wzmoczenie lub osłabienie infekcji. Między innymi tryb życia, warunki klimatyczne i t.p. W końcu artykułu autor dochodzi do wniosku, że spostrze- żenia kliniczne i histologiczne, które się uzupełniają, pro- wadzą do wniosku, że w worku spojówkowym odbywają się różnego rodzaju procesy. Otóż jedne odznaczają się łagod- nymi przebiegami, drugie wytworzeniem się blizn i przejś- ciem na rogówkę. To są 2 zasadnicze grupy; przy podziale Elschniga zaciera się te ważne kliniczne cechy.

Od roku 1905 w Niemczech istnieje prawo zgłaszania przypadków jaglicy. Statystyki te są jednak niedokładne, gdyż często lekarze zgłaszają przypadki niewłaściwe, a nie podają rzeczywistej jaglicy. Sądzi, że prawo to winno być odpo- wiednio zmienione, gdyż w formie obecnej nie daje żadnego, pożytku.

Mieczysław Mantinband.

V. MORAX. Powikłania rogówkowe jaglicy. (Revue Internat. du trachome, kwiecień 1929.)

Wobec tego, że powikłania rogówkowe są dla jaglicy bardzo znamienne, autor zastanawia się nieco bliżej nad ich

Istotą. Mogą one powstawać z powodów trojakiego rodzaju: ja- kosuperinfekcja prątkami *Koch-Weeksa*, dwóinkami *Neissera* i innymi drobnoustrojami, jako ubytek wskutek tarcia w przypadkach wadliwego ustawienia rzęs, i wreszcie na sku- tek posuwania się sprawy jagliczej ze spojówki gąłkowej *per continuitatem*. Ten ostatni rodzaj łuszczyki jagliczej stanowi właściwą jaglicę rogówki. Przedstawia się w postaci drobnych punkcików szarawych, umiejscawiających się zazwyczaj w gór- nej części rogówki na pewnej odległości od pasa unaczynio- nego, idącego od rąbka. Stanowią one jakby awangardę łusz- czki właściwej. Badania anatomo-patologiczne skrawków ro- gówki, zdjętych za pomocą nożyka *Graefego*, wykazały, że punkciki te są skupieniami komórek jednojądrzastych z ob- fitą protoplazmą, zupełnie podobnych do tych, jakie spoty- kamy w spojówce jagliczej, a które zaliczane są do katego- rji komórek nabłonkowatych, t. zw. histjocytów. Nacieczenia znajdują się przeważnie pod błoną *Bowmana*, która bywa jednak często przedziurawiona, a wówczas skupienia komó- rek umiejscawiają się pomiędzy tą błoną a nabłonkiem. No- woutworzone naczynia włoskowate mogą znajdować się rów- nież pod nabłonkiem w miejscach nacieczonych. Wtrętów w komórkach tych ani razu stwierdzić się nie udało.

Wobec podobieństwa budowy histologicznej tych na- cieczeń w rogówce i spojówce gąłkowej, autor skłonny jest przypuszczać, że w tego rodzaju powikłaniach rogówkowych jaglicy przyczyny mechaniczne nie odgrywają żadnej roli, i że mamy tu do czynienia z posuwaniem się sprawy jagliczej bezpośrednio ze spojówki na rogówkę.

A. Zamenhof.

E. HIPPEL. Przypadek glejaka samoistnie wyleczo- nego. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. lipiec 1928)

Hippel podaje przypadek glejaka, który z wielkiem prawdopodobieństwem uległ samowyleczeniu drogą zwapnie- nia.

Chłopcu, liczącemu lat 5 w r. 1891 z powodu glejaka usunięto gałkę prawą. Badanie oka lewego naówczas żadnych zmian nie wykazało.

Po upływie lat 29 ten sam pacjent zgłosił się do auto- ra celem dobrania szkiele. Badanie obiektywne o. lewego wy- kazało niezborność rogówkową oraz od góry dość duży sko- tomat, rozpoczynający się od 20° ku górze od punktu fiksa- cyjnego. Ubytek w polu widzenia znalazł wytłumaczenie w wy- niku badania dna ocznego: poprzez cienką zasłonkę, leżącą przed siatkówką i uwarunkowaną zmętnieniem ciała szkliste- go widać od dołu owalny, dość duży pas barwnikowy, ota- czający wybitnie biały twór o pomarszczonej, nierównej po- wierzchni. Twór ten wrasta w ciało szkliste, przyczem naj- wyższe miejsce dochodzi do 6.0 D wyniosłości. Gdzieniedzie ciemniejsze miejsca z czerwonym odcieniem zdają się robić wrażenie ognisk krwotocznych. Dokładniejsze jednak badanie w prostym obrazie skłania autora do przyjęcia ich za ogniska nowotworzonych, drobnych naczyń.

Na podstawie powyższego obrazu mikroskopowego dna ocznego oraz opierając się na niezaprzeczanym fakcie glejaka oka prawego, przed kilkudziesięciu laty wyluszczone- go, Hippel z dużym prawdopodobieństwem stawia rozpo- znanie glejaka oka samoistnie wyleczonego; powołuje się przytem na analogiczne przypadki. zresztą b. rzadkie, podane przez Mellerę, Purstchera i Siegeristę.

N. Essigman.

Wskazówki praktyczne.

Göt z miał dobre wyniki leczenia *zaburzeń klimakterycznych* przetworem *Klimova* (fabr. przetw. organoter. w Osnabrück), zawierającym obok hormonu jajnikowego, johimbiny i bromu jeszcze środek, obniżający ciśnienie „Animasa”. Dawka: 3 razy dziennie po 1 — 2 pastylek lub w zastrzykiwniach domięśniowych co 2 dzień. (Med. Welt. 1929 Nr. 40)

—o—

Przeciwko *upławom pochwowym* poleca Alexander *Silargel*, kolloidowy kwas krzemowy. Co drugi dzień zasypuje się pochwę przy pomocy szpadla szklanego 5 gramami *Silargelu* tak, aby pokryte nim były sklepienia i ściany pochwy. Następnie zakłada się tampon na nitce, który chorą następnego dnia wyjmuję, poczem następuje przepłukanie pochwy. Leczenie trwa 2 — 3 tygod. (Med. Welt. 1929 Nr. 39).

—o—

W uporczywych przypadkach *upławów pochwowym* stosuje *Wiche* z powodzeniem *naświetlania* co dzień lub co

drugi dzień. Zaczyna od 15 minut, dochodzi do godziny — razem 10 naświetlań. Oparzenia nie zdarzają się; w większości przypadków wyleczenie, za ledwie w kilku tylko poprawa (W. kl. W. 1929 Nr. 40).

—o—

Knecke zarzuca *leczenie jodem wola u dorosłych*. Przeciwnie u dzieci i osobników młodych do lat 25 leczenie to daje doskonale wyniki. Ale i w tych przypadkach wystarczają 2 — 3 krople 10% roztworu dziennie, przyczem zawsze należy kontrolować wagę i stan ogólny (M. m. W. 1929 Nr. 46)

—o—

Przeciwko *nawykowemu zaparciu stolca* przepisuje *Bergmann* pigułki następującego składu: *Rp. Aloin. 0,075, Resin Jalap., Extr. Rhei, Extr. Cascar. Sagr. aa 0,035, Extr. Belladonn. 0.006.* Wieczorem 1 — 2 pigułek w ciągu 6-8 tygodni (D. m. W. 1929 Nr. 24).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Posiedzenie lekarzy szkolnych warszawskich szkół średnich z dnia 19 grudnia 1929 roku.

Przewodniczący Dr. St. Kopczyński. Sekretarz Dr. Goździcki. Obecnych osób 40.

Przewodniczący udziela głosu Dr. Mitkiewiczowi, który zawiadamia zebranie, że w związku z dniami przeciwgruźliczymi dnia 8.1.1930 r. zostaną wygłoszone w sali Tow. Higienicznego dwa odczyty: 1) *Walka z gruźlicą* (dr. Grodecki) i 2) *Uleczalność gruźlicy* (dr. Stefan Rudzki). Mówca zwraca się do lekarzy szkolnych, aby propagowali powyższe odczyty wśród starszej młodzieży szkolnej, i informuje o ulgach biletowych.

Przewodniczący poleca uwadze zebranych artykuł „Szkoła a gruźlica”, drukowany w organie Tow. Przeciwgruźliczego.

Przewodniczący daje krótkie sprawozdania z kursów dla lekarzy szkolnych. Stwierdza dużą frekwencję (127 lekarzy z najrozmaitszych i nieraz bardzo odległych stron Rzeczypospolitej) oraz wielkie zainteresowanie z ich strony wszystkimi niemal wykładami, a zwłaszcza dr. Piltza, dr. Szmurły, dr. Dąbrowskiego i innych.

Dr. Babbski odradza wydawania „kart zdrowia” do rąk uczniów, którzy często gubią swe dokumenty.

Przewodniczący informuje o organizacji *Sportów Zimowych* na terenach Parku Sobieskiego, który obecnie należy wyłącznie do Kuratorium Okręgu Szkolnego Warszawskiego.

Dr. Łapińska zwraca uwagę na znaczne podwyższenie kosztów korzystania z tych terenów, o ile za bilet wejścia dla osoby, opiekującej się dzieckiem, będzie pobierana każdorazowo, tak, jak dotychczas, opłata 50 groszy.

Profesor Uniwersytetu Dr. Venulet wygłasza odczyt pod tytułem: „Zagadnienie konstytucji ustrojowej”.

Patogeneza większości spraw chorobowych jest złożona. Dużą rolę w powstawaniu i przebiegu chorób odgrywają własności osobnicze ustroju. Sumę własności odziedziczonych nazywamy konstytucją ustroju, — własności nabyte zaliczamy do kondycji. Konstytucja ustroju składa się z konstytucji poszczególnych narządów, z gruczołami wkręwnymi na czele. Wyróżnem konstytucji są tak cechy zewnętrzne, jakoteż stan czynnościowy ustroju, zwłaszcza zaś odporność jego i zdolność do reagowania na różne bodźce.

Substancja chromatinowa komórek płciowych stanowi materialne podłoże konstytucji. Dziedziczność konstytucji podlega prawom Mendla. Biochemiczna struktura surowi-

cy stanowi dorobek konstytucyjny ustroju, wobec korelacji jaka istnieje pomiędzy pewnymi grupami serologicznymi, a wrażliwością ustroju ludzkiego na błonicę, wrażliwość ta jest również czynnikiem konstytucyjnym. Konstytucja jest niezmienna, lecz uwydatnia się w różnych okresach życia. Stan ogólny, czyli *habitus*, jest zależny od konstytucji ustroju i warunków jego bytowania, czyli kondycji. Zależność kondycji od czynników socjalnych i fizykalnych, zmiany ustroju, spowodowane kondycją, w przeciwieństwie do cech konstytucjonalnych, nie dziedziczą się.

Typy konstytucji prawidłowej, według klasyfikacji *Sigauda*: typ oddechowy, trawienny, mięśniowy i mózgowy. Konstytucje psychiczne: cyklotymiczna i schizotypiczna. Anomalje konstytucji: morfologiczne, czynnościowe i rozwojowe. Charakterystyka konstytucji patologicznych: 1) *status thymico-lymphaticus*, 2) *status arthriticus*, 3) *status asthenicus*, 4) *status degenerativus* i skaza wysiękowa. Higiena konstytucji.

W dyskusji Przewodniczący podkreśla ważność poruszonych zagadnień z punktu widzenia pedagogicznego.

Prof. Dr. Venulet odpowiada Dr. Ulińskiemu, że uleczalność ekzem u dzieci nie przeczy teorii konstytucji, gdyż są skazy konstytucyjne, które wybuchają w zależności od wieku. Skaza artretyczna przejawia się w wieku starszym, konstytucja, usposabiająca do wysięków — u dzieci, które w późniejszym wieku skłonne są do astmy oskrzelowej.

Następnie prelegent wyjaśnia Dr. Matusewiczównie, że co do działalności tarczycy nie może dać ścisłej odpowiedzi, czy w konstytucji tarczyczej mamy do czynienia z hiper- czy hipofunkcją tego gruczołu. Najprawdopodobniej mamy do czynienia z dysfunkcją. Odwodnienie ustroju zależne jest od wzmózonego wydzielania gruczołu tarczycowego.

Rozmaite konstytucje w stosunku do popędu płciowego rozmaicie się przejawiają. Wiadomem jest, że tak zwany *Status thymico-lymphaticus* cechuje się zazwyczaj niedorozwojem jąder, znajduje się w pewnym związku ze zwiększonym odsetkiem samobójstw wśród osobników, dotkniętych tą skazą. U kobiet niedomoga jajników stwarza typ infantylny. Typ eretyczny zazwyczaj cechuje słaby popęd płciowy lub odwrotnie.

W odpowiedzi Dr. Grzywo-Dąbrowskiej prelegent wyjaśnia, że osobiście stawia wyżej typ schizotypiczny, a nie cyklotymiczny. Schizotypicy to zazwyczaj natury głębsze, ludzie o nieprzeciętnej umysłowości, aczkolwiek pożyte z nimi jest trudniejsze. Cyklotymicy mają też swoje zalety charakteru, ale, bądź co bądź, niższego rzędu.

Na zapytanie dr. Szokałskiego prelegent odpowia

da, że liczby, przytoczone w przemówieniu, co do procentu zaraźliwości dzieci na płonice w zależności od wieku, są stałe, tak, że można je uważać za pewnik statystyczny.

Wreszcie prelegent wyjaśnia Dr. Drabczykowi, że stawianie po znakami pytania wogóle istnienia „genotypów i fenotypów” równa się postawieniu pod tymże znakiem całej nauki o konstytucji. Poruszona w ten sposób sprawa staje się tedy zagadnieniem zasadniczym. Bronić teorii konstytucji ustrojowej prelegent dla braku czasu i rozległości tematu tutaj nie może.

Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych.

Przypadek zespołu nerwowo-anemicznego leczonego i wyleczonego metodą Whipplea cytował Dimitracos z Sofji. na posiedzeniu styczniowym tow. lek. szpit. paryskich (Pr. med. 1930. Nr. 9). Chory wykazywał objawy częściowej, a następnie całkowitej paraplegji z zachowaniem odruchów, z zaburzeniami czucia powierzchownego i głębokiego, które się następnie rozszerzyły na górne kończyny wraz z astereognozą. Badanie krwi dawało obraz zwykłej anemji (3 milj. krążków krwi z anizocytozą). Pod wpływem leczenia według Whipplea szybko uległa poprawie anemja, poczem ustały objawy nerwowe w ciągu 4 miesięcy.

Chiray i Lelourdy demonstrowali na tem samem posiedzeniu chorego, który od szeregu miesięcy ma plyn żelatynowy w brzuchu. Choroba ta zwana chorobą żelatynową otrzewny lub *pseudo-nyxoma peritonaei* mało naogó oddziaływa na stan ogólny i stoi w pewnym związku z przewlekłym zapaleniem wyrostka, lub z torbielami jajnika. Bywa jednak niekiedy i przejawem pierwotnego *myxoma* otrzewny.

Laegnel—Lavastive i Bernal opisali przypadek, w którym chory na *astmę* (posiedz. tow. lek. szpit. —

Pr. med. Nr. 9), tak przyzwyczaił się do *evatminy*, która początkowo łagodziła mu napady, że wprowadzał sobie coraz większą jej ilość. Przy najmniejszej duszności uciekał się do tego środka. Wreszcie z powodu niezwyklej duszności z niepokojem chorego trzeba było umieścić w szpitalu. Żadnych objawów niedomogi serca czy nerek nie było, podniecenie jednak było nadzwyczajne i nie ustępowało pod wpływem morfiny. Wobec tego choremu zastrzyknięto pięć ampulek *evatminy*. Mimo to duszność trwała nadal i chorego po pewnym czasie znaleziono gdy próbował się powiesić. Sznupek pęknął wprawdzie, lecz mimo to, chory w godzinę później zmarł. Na sekcji stwierdzono zmiany bliznowate w płucach; w nerkach zmian nie było. Autorzy objaśniają samobójstwo w tym przypadku niezwyklej dusznością, wywołaną dusznością i brakiem *evatminy*, od której chory spodziewał się ulgi.

Na tem samem posiedzeniu Drouet wskazywał, że zastrzyknięcie *adrenaliny* wywołuje skutkiem skurczenia się śledziony, *hyperbilirubinemię*, która trwa u zdrowego około 1½ godziny, osiągając *maximum* po 45 minutach, zaś w razie cierpienia wątroby jest bardzo wysoka jeszcze po upływie dwu godzin, co może być wykorzystane w celu rozpoznawczym. Równolegle ze wzrostem bilirubiny we krwi idzie wzrost urobilinogenu w moczu.

Armand-Delille i pani Weiss przytaczają w dalszym ciągu tego posiedzenia dwa przypadki *zgorzeli płuc u dzieci, wyleczone arsenobenzolem*. W jednym przypadku miano do czynienia z wytwarzaniem się jamy, w drugim z ropnym zapaleniem opłucny. Zdaniem tych autorów, nawet w tych razach, gdy nie znajduje się w płucach krętków, leczenie wstrzykiwaniami dożylnymi arsenobenzolu jest bezwzględnie wskazane. W przypadkach powyższych uzupełniano je surowicą przeciwzgorzelinową i zastrzykiwaniami gomeolu do tchawicy.

K r y t y k a l e k a r s k a

Symulacje chorób

w świetle badań urzędowo-lekarskich.

Podał

Dr. Med. K. KORONKIEWICZ (Poznań).

I.

Socjalne i polityczne warunki bytowania poszczególnych grup społecznych stwarzają specyficzne dla każdego kraju te czy inne normy prawne, w zasadzie regulujące życie człowieka, lecz jednocześnie ramkami ustaw ograniczające jego swobodę i wolę. Znane twierdzenie: „jaki naród—takie prawa”, należy, zdaje się, rozumieć odwrotnie: — jakie prawa — taki naród, który do nadanych przez siebie lub swych władców form ustrojowych zmuszony jest bezwzględnie i stale się stosować. Z pewnością naród byłby inny, gdyby tego hamulca, tych sztucznych form i granic nie było, a każdy obywatel państwa mógł bez obawy ujawnić swoje „ja” czyli być samym sobą!

Ograniczenie temi więzami skomplikowanego życia powoduje chęć, a często potrzebę wyłamania się zpod zwłaszcza surowych norm, i człowiek w większym czy mniejszym stopniu przekracza dozwolone granice, bo do tego pobudza go instynkt samozachowawczy, obrona własnej sytuacji, własnej egzystencji. W osiągnięciu swych zańżeń i celów chętnie chciałby się on widzieć nietykalnym ze stanowiska kodeksu państwowego, a taką nietykalność przywraca mu, jak wiadomo,

stan zachorowania. Cierpienie fizyczne czy psychiczne daje brwiem choremu jakby w nagrodę ogromne przywileje, z których każdy dowolnie może i powinien korzystać. Jeżeli jednak stwierdzamy tylko wykorzystanie przywilejów i nietykalnych praw chorego bez samego faktu choroby — orzekamy w takim wypadku symulację czyli udawanie choroby dla pewnych, zgóry uplanowanych celów. Za czasów wojny światowej, jak również i w okresie powojennym, symulacja chorób stała się zjawiskiem masowym, a jako przejaw występku rozpatrzmy aktualne to zagadnienie społeczne ze stanowiska lekarskiego i prawnego.

Rozróżniamy symulację choroby i symulację zdrowia, powodowane zwykle jakkolwiek pobudką osobistego wyrachowania jednostki, udającej chorobę czy zdrowie. Wyłącza się tu cały szereg przypadków, pozbawionych świadomości złej woli, mianowicie te, które przedstawiają imaginację choroby, hipochondrję, autosugestję zachorowania przy zupełnie zdrowym stanie fizycznym, albowiem nienormalny objaw psychiki jest *de facto* chorobą; z drugiej strony — brawowania zdrowiem bez żadnych powodów osobistego zainteresowania, przy patologicznych zmianach w organizmie, nie kwalifikujemy do symulacji w rozumieniu wyżej podanej definicji. Udawanie choroby więc może być stałe i okresowe, całkowite i częściowe, wyrażające się w wyolbrzymianiu znikomej wady do rozmiarów ciężkiej choroby, czyniącej człowieka niezdolnym i niedołężnym. Nakoniec symptomatycznie odróżniamy udawanie chorób bez

zmian patologicznych w ustroju i t. zw. symulację organiczną, związaną z umyślnym kaleczeniem ciała lub sztucznie wywołaną chorobą. Ze stanowiska prawnego można mówić o lekkim, średnim i ciężkim stopniu symulacji, podpadającej pod kodeks karny, a zależnie od szkodliwości przestępstwa wobec państwa pod różny stopień karalności winnego.

Tam, gdzie stan zachorowania daje potrzebne przywileje, ułatwia życie, powoduje polepszenie sytuacji materialnej, wybawia od różnych przykrych koniunktur w życiu towarzyskiem lub dyplomatycznym; tam, gdzie choroba zwalnia od powinności wojskowej, ścigania sądowego lub nawet wyroku śmierci, — tam zawsze może mieć miejsce symulacja. To też udaje chorobę prawie każdy od dziecka, od ucznia do ministra i króla, tylko z punktu widzenia prawnego będą to symulacje albo nieszkodliwe, że tak powiemy, niewinne, lub posiadające różne stopnie i cechy przestępstwa. Gdy uczeń opuszcza zajęcia szkolne w obawie otrzymania złej noty — skarży się np. na ból głowy lub zębów; dygnitarz państwowy czy wybitny dyplomata, taktycznie omija ataki swej opozycji, zachorowując przed krytycznym posiedzeniem... na grypę. Urzędnik, robotnik, mając jakieś domowe interesy, nie idzie do pracy, bo nagle dokucza mu rzekomy reumatyzm, a sprytny kombinator udaje mocno chorego nerwowo, by pobrać z tego powodu zasiłek z funduszu bezrobocia, z Kasy Chorych i niewidocznie zarabiać żebranią!

Im większy z powodu udawania choroby uzyskuje się dodatni wynik, tem poważniejszą szkodę przyczynia się społeczeństwu i państwu, tem cięższe jest przestępstwo i kara: gdy np. poborowy kaleczy swe ciało, aby uwolnić się od wojska, albo żołnierz, oficer symuluje chorobę, lekceważąc obowiązek obrony Ojczyzny, a to zjawisko okazuje się masowem tak wśród cywilnych obywateli, jak wojskowych: — każde państwo ma obowiązek walczyć z tą plagą społeczną wszelkimi dostępnymi środkami. Mówimy tu oczywiście, o tych cięższych przestępstwach i pomijamy drobne przypadki symulacji, spotykane w życiu codziennem, nie mające doniosłego znaczenia ze stanowiska ogólnopństwowego. Wszakże i tak wierny przyjaciel, jakim winna być żona, często udaje wobec swego męża chorobę dla różnych pobudek czy wyrachowania, gdyż to przysparza jej wiele ulg w życiu gospodarczem rodziny i wzajemian ciężkiej pracy, nieraz specjalną opiekę, troskliwość i miłe pieszczoty... Ponieważ więc powodów i pobudek do udawania choroby jest tyle, ile życie stwarza różnych dla człowieka trudności, przezwyeczanych stanem choroby, wydzielamy tu ten tylko kontygent symulantów, który może być przedmiotem urzędowych badań komisyj lekarskich ze specjalnem uwzględnieniem komisyj wojskowych.

Udawanie zdrowia przy stwierdzonych zmianach chorobowych spotyka się o wiele rzadziej, jest łatwiejsze do rozpoznania, nie posiada ciężkich cech przestępstwa, a zdarza się w tych przypadkach kiedy choroba może być przeszkodą do wstąpienia do służby państwowej, do pracy, lub otrzymania wyższej gradacji i stabilizacji służbowej, prawa do

ubezpieczeń społecznych, wyjazdu zagranicę i t. p. Jasne i wyraźne określenie stanu zdrowia człowieka należy do lekarza, a w przypadkach symulacji jest to obowiązek bardzo trudny i nadzwyczaj odpowiedzialny.

Pojęcie zdrowia i określenie choroby nie może mieć ścisłej definicji, jest bardzo rozciągle i problematyczne, orzecznictwo zaś tu zależeć musi od subiektywnych zapatrywań badającego lekarza, jego zasobu wiedzy i doświadczenia, wreszcie dostępnych i posiadanych środków lub sposobu badania. Należy też wziąć pod uwagę, że stan wiedzy lekarskiej w niektórych dziedzinach medycyny prakt. nie daje lekarzowi żadnego oparcia o jakieś ścisłe normy, prawidła, a nie mając tych wskaźników, pozostaje on w ciemni i często nie znajduje rozwiązania zagadki organizmu.

Dobre samopoczucie nie jest dowodem zdrowia, a brak przedmiotowych i podmiotowych zmian w ustroju nie wyłącza ukrytej choroby: stwierdzonych objawów chorobowych nie można często odróżnić od normalnie powstałych i nie udanych, również niema żadnych pewnych w medycynie przesłanek, umożliwiających stanowcze i bezapelacyjne rozpoznanie symulacji nawet przy wyraźnych zaburzeniach organicznych. Poza tem tego, co stwierdził jeden lekarz u pacjenta, inny może nie uznać za chorobę w znaczeniu klinicznym, chociaż wiadomo, że wszelkie odchylenie funkcji fizjologicznych i psychicznych w stronę patologii trzeba by uważać za stan zachorowania, tem więcej, że odchylenia te, np. w komisjach lekarskich, mierzą się zdolnością badanego do pracy, do wojska i t. p. I z tego właśnie powodu, że tabela chorób albo organizm ludzki nie może być dla lekarza jakąś formułą matematyczną dzieją się niezliczone na tle udawania chorób nadużycia, o których lekarze, komisje urzędowe lub inne czynniki nie mogą wiedzieć; przyłapanych na gorącym uczynku jest liczba znikoma i tylko pojedyncze wyjątki trafiają za kratę więzienną, co, oczywiście, nie wpływa na zmniejszenie się liczby tych przestępstw.

Nie trudno zrozumieć psychologię symulanta — żołnierza, który za uchylenie się od służby wojskowej może być w razie dowiedzionego czynu przestępstwa skazany od 1 dnia do 5 lat domu karnego według kodeksu niemieckiego (p. art. 142 143), taką też karę przewiduje polski kodeks wojsk. (art. 81-88) i podobną rosyjski.

Żołnierz symulant, zamiast kilku lat walki w okopach z narażaniem ciągłym swego zdrowia i życia, chętnie zamienia te cierpienia na ewent. parę lat domu karnego. Na szczęście, wielu wstrzymuje od tego poczucie obowiązku, duch patriotyzmu, dyscyplina wojskowa, a również często nieumiejętność symulacji. W związku z tem w okresie wojny namnożyło się dużo „specjalistów“ (udawanie chorób znane było już w starożytności), którzy za sute wynagrodzenie czynili zdrowych niezdolnymi do wojska, względnie pomagali w symulacji. W czasie pokojowym ci znawcy artykułów zwolnień od służby są wykorzystywani przez poborowych.

Taki np. przekłuwacz błony bębenkowej lub zastrzykiwacz żrących olejków (najczęściej rekrutuje się z b. felczera, sanitariusza) ulega w wyjątkowych wypadkach stwierdzeniu przestępstwa tej samej kare.

Warszawa miasto miała tylko 5 przypadków, i to przeważnie przywiezionych.

Drugą grupę stanowią województwa centralne i część wschodnich, t. j. 1) wojew. Warszawskie z 14 przypadkami, (w tem powiat Mińsko-Mazowiecki — 5.), 2) wojew. Łódzkie z 4 przypadkami, 3) wojew. Kieleckie z 49 przypadkami (w tem w Sosnowcu — 10 i gm. Klimontów pow. Sandomierz — 12 przypadków,) 4) wojew. Krakowskie miało 50 przypadków, z czego w powiecie Nowy Sącz było — 42 (gm. Tylicz — 33), 5) wojew. Białostockie — 104, (w tem w powiecie Grodzieńskim — 32 i Sokolskim — 21), 6) wojew. Lubelskie — 138 przypadków (14 zgonów) (z ogniskami większemi w powiecie Biłgorajskim — 22, w tem wieś Aleksandrów — 17, pow. Garwolińskim — 32, pow. Lubelskim — 24, miście Lublinie — 16 i pow. Zamojskim — 23,) 7) wojew. Wołyńskie z 74 przypadkami, (w tem pow. Równe — 24 przypadki i pow. Kowel i Krzemieniec po 14), wreszcie 8) wojew. Poleskie miało 97 przypadków (w pow. Pińskim — 23 i Stolińskim — 22 przypadki).

Do tej samej grupy zaliczyć należy także województwa południowo-wschodnie, t. j. wojew. Tarnopolskie z 99 przypadkami (15 zgonów), w tem powiat Husiatyn — 38; wojew. Stanisławowskie 150 przypadków (21 zgonów) z większym ogniskiem w powiecie Dolińskim, Horodeńskim, Stryjskim i Turczańskim; a wreszcie wojew. Lwowskie ze 155 przypadkami (21 zgonów) z ogniskami w pow. Rawa Ruska — 33 przypadki, Drohobycz — 20, Jaworów — 16.

Trzecią i najgorszą grupę pod względem nasilenia stanowią województwa Nowogrodzkie i Wileńskie.

W wojew. Nowogrodzkim było 216 przypadków (4 zgony), t. j. 26,9 na 100,000 ludności. Największe nasilenie epidemii było w pow. Nieświeskim, bo 97 przypadków.

W wojew. Wileńskim było 831 przypadków i 34 zgony (t. j. tylko 4,09%), czyli aż 82,6 na 100,000 ludności. Najbardziej szalała epidemia w pow. Dziśnieńskim, w którym były 294 przypadki z ogniskami w gminie Dokszyckiej — 74 przypadki, Prozorockiej — 53 przypadki i Głębokiej — 43. Dalej w pow. Postawskim — 134 przypadki z ogniskami w gm. Miadziolskiej — 58 przypadków i Duniłowickiej — 38, wreszcie w pow. Wileńsko-Trockim — 162 przypadki, z ogniskami w gm. Rudziskiej — 36 przypadków i Turgielskiej — 31 przypadków, na koniec pow. Wilejski — 94 załabnięcia.

W obu tych województwach pracują stale kolumny z lekarzami jako kierownikami, t. j. w wojew. Wileńskim 4, a w wojew. Nowogrodzkim — 2, które przez cały rok odzwyczajają ludność, izolują chorych tyfusowych w szpitalach państwowych względnie w utworzonych *ad hoc* szpitalach z konieczności, a wreszcie przeprowadzają na wielką skalę dezynsekcję cjanową.

Ogólna liczba zachorowań na dur brzuszny w r. 1929 wynosiła 15,423. — Zapadalność na 100,000 — 57,4. Ogólna liczba zgonów w r. 1929 1,050. Śmiertelność w stosunku do liczby zachorowań — 6,8.

W porównaniu z rokiem 1928 liczba zachorowań na dur brzuszny wzrosła o 1,343 przypadki. Wzrost ten spowodowany był wybuchem większych miejscowych epidemii na terenie Rzeczypospolitej, jak w mieście Warszawie, Łodzi, na Górnym Śląsku i w niektórych innych miejscowościach.

Jesienne nasilenie duru brzusznego rozpoczęło się w pierwszej połowie sierpnia, dosięgło największego wzrostu w końcu września i na początku października, gdzie tygodniowa liczba zachorowań wynosiła około 800 przypadki, gdy w roku 1928 największa tygodniowa liczba zachorowań wynosiła 543, przypadki poczem nasilenie stopniowo i dość szybko opadało i z końcem roku wróciło do stanu z początku pierwszego półrocza.

Zapadalność na dur brzuszny według województw.

Województwa	Liczba miesz.	Liczba zach.	Liczba zg.	Zapad. na 100.000 m.
1. m. Warszawa	936,713	1,828	162	195,2
2. w. Warszawskie	2,112,798	2,240	114	106
3. „ Łódzkie	2,252,769	2,175	168	96,6
4. „ Kieleckie	2,535,781	2,286	138	90,1
5. „ Wileńskie	1,005,565	554	37	55,1
6. „ Białostockie	1,301,858	712	34	54,7
7. „ Pomorskie	935,643	507	37	54,3
8. „ Śląskie	1,124,967	549	61	48,8
9. „ Krakowskie	1,992,810	926	56	46,5
10. „ Lubelskie	2,087,951	902	42	43,1
11. „ Poznańskie	1,967,865	730	62	37,1
12. „ Lwowskie	2,718,014	814	78	29,9
13. „ Wołyńskie	1,437,569	398	6	27,9
14. „ Stanisławowskie	1,348,560	313	21	23,2
15. „ Nowogrodzkie	800,761	170	12	21,2
16. „ Tarnopolskie	1,428,520	199	16	13,9
17. „ Poleskie	879,417	120	6	13,6
o gółem	26,858,192	15,423	1,050	57,4

W porównaniu z rokiem 1928 nasilenie duru brzusznego wzrosło w większości województw.

Zmniejszenie nasilenia miało miejsce w województwach południowych: Lwowskim, Stanisławowskim, a zwłaszcza w woj. Krakowskim. W tem ostatnim zapadalność na dur brzuszny w r. 1928 wynosiła 63,4, w roku zaś 1929 tylko 46,5 na 100.000 ludności.

Dalej zmniejszenie nasilenia duru brzusznego wystąpiło w województwach: Pomorskim, Nowogrodzkim i Poleskim. Największe nasilenie duru brzusznego miało miejsce w m. st. Warszawie. W porównaniu z rokiem 1928 nasilenie to znacznie wzrosło: w r. 1928 zapadalność wynosiła 163,3, w r. 1929 — 195,2. Epidemia rozpoczęła się w pierwszej połowie sierpnia, w końcu września i w początkach października dosięgła największego nasilenia, gdyż tygodniowa liczba zachorowań wynosiła 138 przypadków, poczem epidemia zaczęła słabnąć. Epidemia rozpoczęła się w dzielnicy żydowskiej i tam prawie wyłącznie szerzyła się, zataczając coraz szersze kręgi.

Drugie miejsce co do nasilenia duru brzusznego zajmują, jak i w latach ubiegłych, województwa centralne: Warszawskie, Łódzkie i Kieleckie.

W województwie Warszawskim znaczną epidemję miał powiat Pułtusk, a zwłaszcza miasto Pułtusk, gdzie anty-sanitarne warunki, a w szczególności wadliwe urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne sprzyjają szerzeniu się epidemji. Z ramienia Departamentu Służby Zdrowia przeprowadzone zostały na miejscu odpowiednie badania i wydane zostały odnośnie zarządzenia.

Znaczne nasilenie duru brzusznego miało również miejsce w województwie Wileńskim: zapadalność w r. 1928 wynosiła 37,1, zaś w r. 1929—55,1; w woj. Białostockim—zapadalność w r. 1928—33,3, a w r. 1929—54,7 i w woj. Śląskiem — zapadalność w r. 1928 — 30,7, a w r. 1929—48,8.

W woj. Śląskiem w początkach czerwca wybuchła wielka epidemia w powiecie Świętochłowickim; epidemia ta trwała do końca sierpnia. Źródłem zakażenia było mleko, dostarczone z dworu Freilichów w powiecie Bielskim do mleczarni w Świętochłowicach. W energicznej akcji zwalczania epidemji wziął czynny udział Departament Służby Zdrowia, wysyłając do zagrożonego powiatu wagon-pracownię bakteriologiczną z personelem Państwowego Zakładu Higjeny. Ogółem zanotowano w Świętochłowicach wraz z kolonjami Zgoda i Nowy Bytom w czasie od 1.VI do 23.VII. razem 174 przypadków zachorowań na dur brzuszny.

Ruchoma ta pracownia bakteriologiczna czynna była od 8.VII. do 27.VII. i w ciągu tego okresu dokonała 1,676 badań, a mianowicie badań sero-bakterjologicznych próbek krwi (odczyn Widala i posiewy krwi)—862, kału — 413, moczu — 366, mleka — 19 i wody — 15.

W r. 1929 wydano okólnik o durze brzuszny w Polsce Nr. 166 (ZZ. 4885/29) z dnia 9 sierpnia 1929 r. i w związku z epidemją duru brzusznego w m. Warszawie okólnik o sprzedaży ulicznej artykułów żywności Nr. 194 (ZZ. 559/29) z dnia 10 września 1929 r.

Szczepienia zapobiegawcze przeciwko durowi brzuszemu.

Akcję szczepień zapobiegawczych ilustruje poniższe zestawienie:

W r. 1924	zaszczepiono	28,656 osób
" " 1925	"	43,373 "
" " 1926	"	92,230 "
" " 1927	"	86,990 "
" " 1928	"	84,903 "

Danych co do szczepień za rok 1929 narazie jeszcze nie mamy, według jednak zestawienia Państwowego Zakładu Higjeny wydano w r. 1929 następujące ilości szczepionek przeciwdurowych:

Pigułki tyfusowe prof. Besredki	218,414 porcyj
Szczepionka tyfusowa płynna	26 litr. 300 gr.
" "Tetra"	27 " 200 "
" "Sexta"	3 " 400 "

Razem 56 litr. 900 gr.

Licząc przeciętnie po 2 gr. szczepionki płynnej na osobę, wypadnie, iż wydanej przez Państwowy Zakład Higjeny szczepionki płynnej starczyć powinno na 28.450 osób.

Ogółem zatem wydano szczepionki dla . . . 246,864 osób.

Wielką ilość szczepionki Besredki zużyły m. Warszawa, m. Łódź, województwo Śląskie, a wreszcie prawie wszystkie powiaty, w których zjawiał się dur brzuszny

W r. 1929 było zachorowań na czerwonkę 2751 przyp. Zapadalność na 100.000 wynosi—10,2⁰/₀. Ogólna liczba zgonów — 196. Śmiertelność w stosunku do liczby zachorowań — 7,1⁰/₀.

W porównaniu z r. 1928 liczba zachorowań wzrosła o 967 przypadków. Nasilenie czerwonki rozpoczęło się w drugiej połowie sierpnia, w końcu pierwszej połowy września dosięgło największego wzrostu, a to 348 przypadków w tyg. 37-ym, poczem nasilenie czerwonki poczęło szybko opadać.

W latach ubiegłych największe nasilenie czerwonki dawały województwa południowe: Stanisławowskie, Lwowskie i Krakowskie. W r. 1929 województwa te zajmują 2-gie miejsce co do nasilenia czerwonki, np. w województwie Krakowskim nasilenie czerwonki znacznie się zmniejszyło: w roku 1928—293 przypadki zachorowań, w r. 1929 — 171 przypadków.

Na pierwsze miejsce w r. 1929 wysunęły się województwa: Wołyńskie i Poleskie. Liczba zachorowań w województwie Wołyńskim wynosi prawie 1/3 ogólnej liczby zachorowań na czerwonkę na terenie całej Rzeczypospolitej. W porównaniu z r. 1928 liczba zachorowań w tych województwach znacznie wzrosła: w woj. Wołyńskim w 1928 r. było 133 przypadki zachorowań, w r. 1929—893 przypadki; w woj. Poleskim w r. 1928 — 87 przypadków, w r. 1929 — 203 przypadki.

Wyżej wymienione województwa wybuch epidemji czerwonki stawiają w związku z odbywającymi się na terenie tych województw manewrami wojskowymi.

4-te miejsce co do nasilenia czerwonki zajmuje województwo Śląskie.

Zapadalność na czerwonkę według województw.

Województwa	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Zapad. na 100.000 m.
1. Wołyńskie	893	19	62,5
2. Poleskie	203	27	23,1
3. Stanisławow.	271	38	20,2
4. Śląskie	136	6	12,1
5. Lwowskie	274	41	10,1
6. Krakowskie	171	15	8,6
7. Tarnopolskie	117	18	8,2
8. Lubelskie	129	6	6,2
9. Wileńskie	62	5	6,2
10. Nowogrodz.	49	—	6,1
11. m. Warszawa	53	1	5,7
12. Kieleckie	112	3	4,4
13. Łódzkie	89	7	4
14. Poznańskie	76	7	3,9
15. Pomorskie	28	2	3
16. Białostockie	38	—	2,9
17. Warszawskie	50	1	2,4
Razem	2.751	196	10,2

Wzmogło się także nasilenie czerwonki w porównaniu z rokiem 1928 w województwach: Lubelskim i Wileńskim.

W woj. Lubelskim w r. 1928 było 47 przyp. zach., w r. 1929 — 129 przyp.

W woj. Wileńskim w r. 1928 było 21 przyp. zach., w r. 1929 — 62 przyp.

W pozostałych województwach nasilenie czerwonki naogół się zmniejszyło.

Szczepienia zapobiegawcze przeciwko czerwonce.

Akcję szczepień przeciw czerwonkowym ilustruje poniższe zestawienie:

W r. 1924 zaszczepiono 8771 osób

" " 1925 " 5781 "

" " 1926 " 7160 "

" " 1927 " 24260 "

" " 1928 " 6974 "

Za rok 1929 Departament Służby Zdrowia danych jeszcze nie posiada, ale Państwowy Zakład Higieny w Warszawie wydał następujące ilości szczepionek:

Pigułki czerwonkowe Besredki 16665 porcyj

Szczepionki czerwonkowe płynne 6450 gr.

" „Sexta” 3400 "

9850 gr., licząc

6566 osób

po 1,8 gr. dla

Ogółem Państwowy Zakład Higieny wydał szczepionek czerwonkowych na 23231 osób.

(Dok. nast.)

O d c i n e k.

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6)

H O M E O P A T J A.

Samuel Hahnemann.

Aby zrozumieć genezę homeopatii, należy bliżej zapoznać się z chaotycznymi poglądami wieku 17-go i 18-go na nozologię. Na chorobę pomimo wszelkich zdobyczy naturalistycznych zapatrywano się wciąż jeszcze z punktu widzenia ontologicznego, dziedzicznego z najdawniejszych czasów. Traktowano ją jako jednostkę indywidualną, jako pojęcie rzeczowe, coś w rodzaju złej siły, czy też ducha z okresu średniowiecza. Zwolennikiem tej teorii indywidualizowania choroby był słynny K. W. Stark, który dopuszczał nawet możliwość przeobrażania się człowieka w chorobę w różne gatunki tworów, jak ptaki, ryby, pasorzyty i t. p. Taki chaos w nozologii, oczy-

wście, musiał wywołać ze strony umysłów o szerszym poglądzie dążenie do szukania nowych prawd.

Jednym z takich rewolucyjnych umysłów, zrażonych jałowością dogmatyki ówczesnej nauki lekarskiej i jej chaotycznej terapii, był Samuel Hahnemann z Meissen (1755—1843), syn niezamożnego rysownika na porcelanie w miejscowej fabryce. Po skończeniu medycyny w Erlangen nie miał powodzenia jako lekarz praktyk i uzupełniał sobie zarobki pracą literacką. Tłumacząc pewnego razu dzieło Edynburskiego profesora Cullena pod tytułem: „*Materia medica*”, zwrócił uwagę na działanie kory chinowej i zaczął badać jej wpływ na swój organizm. Wyniki, do których doszedł, były punktem wyjścia jego „teorii podobieństwa”. Nie wszyscy historycy przyznają pierwszeństwo tego odkrycia Hahnemannowi. Niektórzy widzą początek tej teorii jeszcze w słynnej szkole Kindskiej z czasów Hippokratesa, inni u Paracelsa, Cardana, Tycho de Brahe. Gdyby istotnie tak było, dowodziłoby to tylko większej racjonalności podstaw tej teorii, której bliższe opracowanie bezsprzecznie jest zasługą Hahnemanna.

Teoria Meisseńskiego reformatora polegała na dwóch głównych podstawach: izoterapii i mini-

malnem dawkowaniu. Do tej ostatniej zasady doszedł Hahnemann na podstawie nie tylko teoretycznych rozważań, lecz i doświadczeń klinicznych. Zauważywszy, mianowicie, że zwykłe dawki kliniczne wywołują zaburzenia chorobowe i są szkodliwe dla organizmu, zaczął szukać dawek nieszkodliwych i, zmniejszając je stopniowo, doszedł do swych słynnych nieraz milionowych rozcieńczeń. Aby umotywić to postępowanie, H. stworzył nową teorię farmakodynamiczną, według której lekarstwa miały należeć do rodzaju zaczynów, wywołujących fermentację już w najmniejszych ilościach.

Teoria ta, z punktu widzenia nowoczesnej biochemii mało przekonywująca, w owym czasie musiała zdumiewać swoją pomysłowością. Nie należy więc dziwić się, że Hahnemann znalazł licznych zwolenników. Gdyby ten, bądź co bądź, wielki heretyk reformator poprzestał jedynie na tych głównych podstawach swej nauki, niezawodnie przeszedłby nawet chlubnie do dziejów medycyny, jako mąż nie tylko wybitny, lecz nawet genialny. Niestety, Hahnemann, olśniony swym odkryciem, posunął się zbyt daleko—niemal do abnegacji wszystkich najważniejszych zdobyczy medycyny. Wychodząc z założenia, że rozpoznanie istoty choroby jest niemożliwe, ogłosił dżagnostykę jako zupełnie zbłądną i wprowadził terapię wyłącznie objawową, nie uznając ani anatomii, ani fizjologii. Tu Hahnemann przeciągnął strunę i przekreślił

całą dotychczasową wartość swej nauki. Okrzyczano go wkrótce odszczepieńcem, szarlatanem. Allopatja odgrodziła się od niego murem izolacyjnym, i nauka Hahnemanna przeszła w ręce tych, którzy w nihilizmie medycyny widzieli najprostszy i najrentowniejszy sposób uprawiania zawodu lekarskiego. A szkoda wielka, gdyż, odrzucając plewy, wraz z niemi wyrzuciliśmy również dużo zdrowego ziarna. Dumna arystokratyczna allopatja lekceważąco traktuje wszystko, co ma jakkolwiek związek z homeopatją, dufna w swoją nieomyślność. Życie jednak wykazało, że zbytnią pewnością siebie narażaliśmy się nieraz na przykrą kompromitację. Ostatnie lata naszego postępu naprzód zaznaczyły się tu i owdzie wstydlwym nawrotem nie tylko do „prawa podobieństwa”, lecz i do homeopatycznych dawek, tak sarkastycznie ośmieszonych przez Henryka Heinego. Nowoczesne pojęcie o udupornianiu oraz działaniu najsłabszych podniet, o których głosi prawo Schultza-Arnolda, zrehabilitowały w dużym stopniu wyszydzoną przez legalną naukę teorię Hahnemannowską.

Był to bezsprzeczny błąd ze strony allopatji, że nie wyluskała w swoim czasie zdrowych ziaren z nauki homeopatycznej, naraziwszy je dziś na wypaczenie w rękach tych, którzy na homeopatję patrzą z punktu widzenia, nie mającego nic wspólnego z postulatami czystej wiedzy lekarskiej.

(D. c. n.)

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie tymczasowych norm dla wody do picia.

Na zasadzie art. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. (Dz. U. Nr. 32 poz. 310) o zaopatrywaniu ludności w wodę Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przystąpiło do opracowania obowiązujących norm dla wody do picia.

Narazie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje w załączeniu do wiadomości Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu) tymczasowe normy wody do picia, przedstawiające własności i ilości składników, jakie może posiadać woda, nadająca się do spożycia i celów gospodarczych.

Zamieszczone w tabeli ilości składników mogą być w pewnych przypadkach przekroczone; powyższe odstępstwa dotyczą wszystkich punktów z wyjątkiem p.p.: 6, 7, 19, 20, 22, dla których normy winny być ściśle przestrzegane.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

A d a m s k i.

— Lekarskie kursy uzupełniające we Lwowie.

Wydział lekarski U. J. K. we Lwowie w okresie przed świętami wielkanocnymi w b. r. organizuje 10 - ciöldniowy ogólny kurs uzupełniający dla lekarzy, w którym zostaną uwzględnione najnowsze zdobycze we wszystkich działach medycyny.

Kurs ten odbędzie się w dniach od 29 marca do 7 kwietnia b. r. włącznie.

Oplata za kurs wynosi 50 złotych. Program szczegółowy będzie ogłoszony w końcu lutego b. r.

Wydział zdrowia miasta Lwowa urządza równocześnie kurs chorób zawodowych, który trwać będzie od 29 marca do 9 kwietnia b. r. i obejmie wykłady z zakresu chorób zawodowych, ich społecznego znaczenia i zapobiegania, zgodnie z programem Ministerjalnym.

Kurs ten jest bezpłatny, a Wydział Zdrowia poczynił starania, ażeby uczestnicy u swych władz uzyskali urlopy i stypendja na czas kursu.

Program szczegółowy będzie ogłoszony równocześnie z kursem poprzednim.

Obydwa kursy będą tak zorganizowane, że ci sami słuchacze będą mogli uczestniczyć w obu kursach.

Wykłady i ćwiczenia kursu Ogólnego będą odbywały się w godzinach przed— a częściowo popołudniowych, a wykłady kursu chorób zawodowych w godzinach wieczornych to obydwa w budynkach Wydziału lekarskiego U. J. K. we Lwowie.

— W szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów, który wkrótce będzie otwarty, są do obsadzenia 4 płatne stanowiska asystentów oddziałowych (3 pediatrzy i 1 chirurg).

Reflektanci, mający minimum 3 lata pracy szpitalnej, zechcą złożyć swe oferty wraz z curriculum vitae do dnia

10.III. r. b. w Kancelarii Towarzystwa Przyjaciół Dzieci (Leszno 11) p. adresem Naczelnego Lekarza Szpitala.

— Nr. 1 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Aleksander Hertz—Socjologja Spencera, Wacław Husarski — Rubens, Kazimierz Zawiatowicz—Bronisław Piłsudski, W. Maszański — Ekspansja zamorska Polski, M. Vertmont—Elektryfikacja, Jerzy Barski—Europejski kryzys rolniczy. Zagadnienie długów wojennych.

— Międzynarodowa wycieczka naukowa lekarzy do Hiszpanji.

Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austriacy 18 kwietnia 1930 r. do Hiszpanji.

Uczestnicy zwiedzą Wenecję, San Remo, Mentonę, Monte Carlo, Niceę (spotkanie z Dr. M. Faure, prezydentem towarzystwa lekarskiego na Riwierze — Société Médicale du Littoral Méditerranéen) i odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. W o r o n o f f a (znanego z operacji odmładzania). W Barcelonie i w Madrycie zobaczą hiszpańskie zakłady lecznicze.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11, I. St.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

11. II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. L. Biacher. O wartości dla kliniki określenia liczby płytek we krwi oraz wskaźnika płytkowego Allarda. 2. Wł. Filiński. Klinika niedomogi serca,

14. II. Towarzystwo Wiedzy Wojskowej

Sekcja Sanitarna

(Zamek Ujazdowski, Górnośląska 45).

1. Pokazy chorych. 2 W. Wyrzykowski. Odczyn Schicka u personelu i chorych filji Szpitala Okręgowego. 3. Idzik. Zatrucia mięsne.

15. II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

1. Z. Szymanowski. Własności kliniczne i odpornościowe szczepu BCG. 2. M. Wierzbowska. Dotychczasowe spostrzeżenia nad dziećmi, szczepionymi metodą Calmettea (BCG.)

20. II. Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Pokazy 1. A. Ceytlin, Cystadenoma papilliforme carcinomatodes niezwyklej wielkości. 2. Garfinkiel. Adenomyosis polyposa. 3. Taubenhaus. Myotomia sub graviditate.

Odczyt.

Prof. L. Paszkiewicz. Układ siateczkowo-śródbłonkowy.

TREŚĆ: J. GLASS. O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologii i terapii. (C. d.) H. BROKMAN i Z. GLIŃSKA. Szczepienia ochronne przeciwko błonicy. — Helena SPARROW. Anatoksyna błonicza. (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — K. KORONKIEWICZ. Symulacje chorób w świetle badań urzędowo-lekarskich. — H. PALESTFR. Przebieg ostrych chorób zakaźnych w r. 1929 L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. —

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. GLASS. Sur le chlore dans l'organisme et sur son rôle en pathologie et thérapie (suite). H. BROKMAN et Z. GLIŃSKA. Vaccinations préventives contre la diphthérie. H. SPARROW. L'anatoxine diphthérique (Rev. gén.). K. KORONKIEWICZ. Simulations de maladies d'après les recherches médicales officielles. H. PALESTER. Maladies contagieuses aiguës en 1929. L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.