

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 20 lutego 1930 R.

Nr. 8

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).

(Dokończ. p. Nr. 7.)

Wskazania do chlorowania nie ograniczają się tylko do zwężeń przewodu pokarmowego. Istnieje szereg innych stanów chorobowych, przebiegających z dechloruracją, gdzie terapia chlorowa dać może dobre wyniki. Należą tu stany, przebiegające z długotrwałymi wymiotami, jak przedewszystkiem *pylorospasmus* u dzieci, gdzie drogą połączenia leczenia chirurgicznego z chlorowaniem osiągnąć można lepsze wyniki. Możliwe, że metoda chlorowania da również dobre wyniki w leczeniu niepowstrzymanych wymiotów ciężarnych, jak to radzi Gosset; nie jest ona jednak tu jeszcze dostatecznie wypróbowana i wymaga szeregu zastrzeżeń ze względu na zmiany nerkowe, które tu często współistnieją.

Należą tu dalej stany dechloruracji, wywołane długotrwałymi i uporczywymi biegunkami; prowadzić one mogą do wielkich strat chlorowych wskutek niedostatecznej zwrotnej resorpcji w jelitach chloru wydzielonego do światła przewodu pokarmowego. Spostrzegaliśmy niedawno na oddziale przypadek ostrego nieżytu jelitowego, gdzie spadek chloremji wynosił 30% normy, i gdzie stan chorego pod wpływem chlorowania w krótkim czasie poprawił się znacznie. Binet radzi przeprowadzać chlorowanie również w ostrej martwicy trzustki, gdzie, jak to wykazały badania przeprowadzone na zwierzętach, przychodzi do silnego zubożenia krwi w chlor. Terapia chlorowa, stosowana w tych wszystkich stanach, zwalczając objawy głodu chlorowego, usuwa nieraz wtórne objawy, wywołane chloropenją, i może działać bezpośrednio przeciwtoksycznie.

Objawem, który idzie często w parze z chlo-

ropenją, z zubożeniem krwi w chlor — jest azotemia. Skojarzenie tych zjawisk istnieje, jak o tem była już mowa, w niedrożnościach wysokich i niskich przewodu pokarmowego, w stanach chorobowych, przebiegających z wymiotami i biegunkami, nieraz w cukrzycy i w zapaleniu płatowym płuc, a nieraz w niektórych postaciach zapalenia lub marskości zanikowej nerek, przebiegających z długotrwałymi wymiotami, wreszcie prawie z reguły w sublimatowym zapaleniu nerek.

Mechanizm zespołu tego nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniony. Azocica w tych stanach zależeć może bądź od toksycznego rozpadu białka tkankowego, bądź od toksycznej niedomogi nerkowej (badania Hartwella, Cookea, Rodenbacha, Browna, Eustermannia, Hartmanna i Rowntreego z kliniki Mayo), bądź wreszcie być ona może t. zw. azotemją wyrównawczą.

Pojęcie azotemji wyrównawczej wprowadzone zostało przez Bluma, Caulerta i Grabara, a mechanizm powstania tego rodzaju azocicy jest, zdaniem tych autorów, następujący: — Zubożenie krwi w sól kuchenną powoduje spadek ciśnienia osmotycznego krwi. Ustrój, starając się utrzymać ciśnienie osmotyczne na prawidłowym poziomie, ucieka się do retencji innych ciał we krwi, a przedewszystkiem mocznika, który jest związkiem, mało trującym. Następuje wskutek tego azotemia, która nie jest objawem niedomogi nerkowej, lecz raczej zjawiskiem kompensacyjnem, wyrównawczem, związanem ściśle z brakiem soli kuchennej we krwi (jest to t. zw. „azotémie par manque de sel”). Pod wpływem dowozu soli kuchennej w miarę wzrostu chloremji następuje spadek tej azocicy. Stąd zrozumiałe się staje, dlaczego azotemia pod wpływem chlorowania w stanach chloropenji opaść może, i dlaczego nie jest ona tu przeciwwskazaniem do terapii chlorowej. W pracy o rozmięszczeniu chloru we krwi i zależności tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju ogłoszonej przez Landaua, J. Glassa i Kamnera, opisujemy między innemi przypadek ciężkiej niedomogi wątrobowej, przebiegającej z uporczywymi wymiotami, w następstwie czego zjawiał się tu zespół chloropenji wybitnej z azocicą. Pod wpływem chlorowania dożylnego, podskórnego i doodbytniczego poziom chloremji podniósł się znacznie, a jednocześnie mocznik w osoczu opadł z poprzednio

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

podniesionej liczby 0.9 gr. mocznika na litr do normy (0.3). W przypadku tym mieliśmy zapewne rzeczywiście do czynienia z azotemją wyrównawczą.

Jednakże zaznaczyć tu należy, że problemat azotemji wyrównawczej nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Przedewszystkiem, jak to już podkreślaliśmy w jednej z prac naszego oddziału, wyłącznie samo tylko zmniejszenie, nawet wybitne, zawartości chloru we krwi nie wystarcza jeszcze do tego, żeby nastąpiło zatrzymanie składników azotowych we krwi. Na oddziale naszym spostrzegano 2 takie przypadki, gdzie mimo wybitnej chloropenji azocicy nie było. Widocznie nieodzwonne są tu jeszcze jakieś bliżej niewyjaśnione czynniki, które umożliwiają dopiero wystąpienie azotemji wyrównawczej.

Również przeniesienie pojęcia tego na teren patologji nerkowej jest jeszcze niedostatecznie uzasadnione. Istnieją rzeczywiście pewne postacie zapaleń lub mrskości zanikowej nerek, gdzie są warunki do powstania azotemji wyrównawczej. Są to te postaci schorzeń nerkowych, które przebiegają z uporczywymi wymiotami i biegunkami, i gdzie nie tylko nie przychodzi do retencji chlorowej (suchej lub wodnej), ale, przeciwnie, zjawia się tu wskutek tych wielkich strat chlorowych oraz długotrwałej diety małowarowej — stan dechloruracji. Stwierdzić ją można drogą badania krwi, które wykazuje wtedy wybitne obniżenie zawartości chloru zarówno w osoczu, jak i krwinkach. W tych postaciach zapaleń nerek, jak to wykazał Blum, Grabar i v. Caullert, wyłania się wskazanie nie do diety małosolnej, lecz, przeciwnie, do chlorowania tych chorych, do podawania im soli kuchennej; zwalcza to stan dechloruracji i obniżyć może nieraz azocicę, która tu może być azotemją wyrównawczą. Chlorowanie to jednak możliwe jest tylko w warunkach klinicznych, pod stałą kontrolą chloremji i azotemji.

Te same warunki istnieją w sublimatowym zapaleniu nerek, które przebiega najczęściej z uporczywymi wymiotami i biegunkami, i gdzie występuje również skojarzenie chloropenji i azotemji. To też Piechowska i Puszet przypuszczają, że w sublimatowym zapaleniu nerek występuje również azotemja wyrównawcza, i zalecają podawanie soli kuchennej tym chorym.

Mieliśmy możność spostrzegania ostatnio na oddziale przypadku ostrego zatrucia rtęcią, który ze względu na swój wielce ciekawy przebieg opisany zostanie oddzielnie.*) W przypadku tym przeprowadzono dwukrotnie chlorowanie. Ze spostrzegania przypadku tego wynika, że azotemja pierwszych okresów zatrucia sublimatowego nie jest jednak azotemją wyrównawczą. Dowód soli nietylko, że jej w tym okresie nie obniża, ale nawet zwiększa. Natomiast w okresach późniejszych, kiedy przepuszczalność nerek dla chloru i azotu uległa poprawie (był to 20-ty dzień zatrucia), i kiedy chorą ponownie zaczęto chlorować, wtedy odnieśliśmy wrażenie, podobnie jak Piechowska i Puszet, że dowód soli kuchennej w tych okre-

sach późnych zatrucia, usuwając objawy głodu chlorowego, przyspieszyć może ustąpienie zaburzeń gospodarki azotowej i jest wskazany.

Pierwszy negatywny eksperyment chlorowy w tym przypadku poucza jednak o tem, że współistnienie wybitnej nawet chloropenji z azocicą w patologji nerek nie pozwala zgóry powiedzieć, że mamy do czynienia z azotemją wyrównawczą i nie pozwala zgóry przewidzieć, jaki będzie efekt chlorowania.

Wszystko, o czem tu dotychczas mówiłem, świadczy o tem, że w patologji człowieka poza stanami retencji chlorowej istnieje szereg stanów chorobowych, wcale nierzadkich, przebiegających z dechloruracją, z zubożeniem w chlor ustroju. Znajomość tych zespołów chorobowych, związanych z „głodem chlorowym”, ma duże znaczenie ze względu na skuteczność terapii chlorowej w tych stanach. Jeżeli nawet w chwili obecnej sprawa „głodu chlorowego” posiada jeszcze wiele stron niewyjaśnionych, to mimo to należy się jej szersze uwzględnienie w klinice, aniżeli to miało miejsce dotychczas.

Jeżeli mowa o leczeniu solą kuchenną, to powinienem tu mówić o innych zastosowaniach soli kuchennej w lecznictwie. Powinienem tu mówić o roli uwadniającej roztworów soli kuchennej w leczeniu stanów dehydratacji i anemizacji, o zastosowaniu doustnem roztworów solnych lub wód solankowych w leczeniu bezsoku żołądkowego i niedokwaśności żołądkowej; powinienem tu mówić o znaczeniu zastrzykiwań dożylnych hipertonicznych roztworów solnych w leczeniu żylaków, w leczeniu miażdżycy; wspomnieć tu powinienem dalej o zastosowaniu dożylnych zastrzykiwań hipertonicznych i hipotonicznych roztworów solnych w neurologji (Cushing, Foley, Belcher, Leriche) w leczeniu stanów wzmożonego lub zmniejszonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego i t. d. i t. d. Są to jednak sprawy zbyt znane, żeby się nad nimi dłużej zatrzymywać.

Ważne znaczenie posiada dalej zastosowanie zastrzykiwań hipertonicznych roztworów soli kuchennej dożylnie, jako środka o działaniu wybitnie hemostatycznym. We wszystkich krwotokach, czy to płucnych, czy też z przewodu pokarmowego lub innego pochodzenia, dożylne zastrzyknięcie 15 — 20 proc. roztworu NaCl w ilości 20 cm³ wywiera bardzo dodatni wpływ na zwiększenie krzepliwości krwi i zatamowanie krwotoku. Środek ten stosujemy na oddziale nieraz z dobrym skutkiem.

Prócz tego hipertoniczny roztwór soli kuchennej zmniejsza lepkość krwi. Wynika to z badań Rogera. Stąd wyłania się wskazanie do stosowania roztworów hipertonicznych soli w leczeniu stanów chorobowych, przebiegających ze wzmożoną lepkością krwi (np. *polycythaemia*).

Ostatnio wyłoniło się nowe wskazanie do terapii chlorowej, a mianowicie t. zw. rentgenkater, a więc zespół chorobowy toksyczny, wywołany promieniami Roentgena. Cechą charakterystyczną schorzenia tego jest między innemi, podobnie jak to ma miejsce w rozległych oparzeniach skóry, rozpad białkowy tkanek, czego objawem jest tu azocica. Towarzyszy temu spadek zawartości chloru we krwi, jak również i w tkankach (Urbach i Schnitzler). Pod wpływem chlorowania, po-

*) A. Landau, Jerzy Glass i l. Beiless, „O zatruciu ostrem rtęcią, o jego leczeniu i o zaburzeniach gospodarki chlorowej, wodnej, azotowej i kwasowo-zasadowej w jego przebiegu”; Warsz. Czas. Lek. w druku.

dawania soli kuchennej doustnie, podskórnice i dożylnie, zmiany te cofają się szybciej, poziom chloremji powraca do normy, a towarzyszy temu spadek azocicy. To też Niemcy, polecając gorliwie podawanie soli kuchennej w tem cierpieniu (Voltz, Schlagintweit) oddawna już mówią wogóle o t. zw. „eiweisschützende Eigenschaft des Kochsalzes“, o własności soli kuchennej, chroniącej białko ustrojowe od rozpadu.

Uboczne działanie soli kuchennej jest właściwie żadne (o ile niema, oczywiście, gotowości obrzękowej). Toksyczność soli kuchennej jest znikomą małą. Dawka śmiertelna soli wynosi około 3-ch gr. na kilo wagi u królika. U człowieka spostrzegano zejście śmiertelne dopiero po zażyciu doustnem 200 — 500 gr. soli kuchennej; zejście śmiertelne następowało tu nietylko wskutek toksyczności soli, ile raczej prawdopodobnie wskutek nagłego, potężnego wzmoczenia stężenia soków tkankowych i zahamowania na skutek tego funkcji życiowych ustroju. Działanie uboczne soli, podanej doustnie, polega nieraz na jej działaniu wymiotnem i rozwalniającem. Przy wprowadzeniu soli dożylnie, lub też u niemowląt i dzieci przy podaniu jej doustnem, spostrzegano wystąpienie t. zw. gorączki solnej, „Salzfieber“. W doświadczeniach naszych, o których tu teraz mówić będę, w żadnym z kilkunastu przypadków, gdzieśmy sól podawali dożylnie, gorączki tej nie widzieliśmy.

Przedę obecnie do omówienia sprawy, która w piśmiennictwie, o ile mi wiadomo, nie była dotąd poruszana dostatecznie. Chodzi tu mianowicie o sprawę związku, jaki istnieje między gospodarką chlorową a węglowodanową ustroju.

Z szeregu luźnych spostrzeżeń, które spotkać można w piśmiennictwie, wynika, że istnieje pewien bliżej nieznany związek między gospodarką chlorową i węglowodanową ustroju, który polega na pewnym jakby antagonizmie wzajemnym między poziomem cukru i chloru we krwi. Tak np. w cukrzycy przy dużej hiperglikemji poziom chloru we krwi jest z reguły obniżony. We wstrząsie hipoglikemicznym natomiast, w miarę opadania zawartości cukru we krwi, poziom chloremji wzrasta (Chabanier). Nakłucie dna 4-ej komory powoduje hiperglikemję, której towarzyszy jednoczesny spadek stężenia chloru we krwi; podanie psom glukozy doustnie wywołuje zwiększenie się poziomu cukru, a jednocześnie spadek zawartości chloru we krwi i t. d.

Luźne te spostrzeżenia naprowadziły nas na myśl, żeby podejść do zagadnienia tego z drugiej strony, t. zn. zbadać, jak wpływa, przeciwnie, chlorowanie na gospodarkę węglowodanową. Wyniki naszych badań zostaną wkrótce ogłoszone*). Przeprowadzałem je wspólnie z kol. Beillessem głównie u chorych cukrzyczych. Nie są one jeszcze zakończone, ale pozwoliły nam zebrać pewien zasób faktów i wyprowadzić pewne wnioski, które tu omówię.

Omówię tu wyniki i badań naszych nad wpływem zastrzykiwań dożylnych hipertonicznego

roztworu soli kuchennej na poziom cukru we krwi. Badania te przeprowadzaliśmy w ten sposób, że u chorych cukrzyczych, będących na stabilizowanej, zupełnie zrównoważonej diecie, zastrzykiwaliliśmy naczeczko 20 cm³ 15 lub 20% roztworu soli kuchennej dożylnie i badaliśmy w ciągu 3—4—5 godzin krzywą glikemji, chloremji i wskaźnika refraktometrycznego surowicy. Dla kontroli dnia poprzedniego w szeregu przypadków zastrzykiwaliliśmy dożylnie 20 cm³ fizjologicznego roztworu soli kuchennej dożylnie, badając również krzywe glikemji i chloremji w ciągu kilku godzin.

Z badań tych wynika że, o ile zastrzyknięcie fizjologicznego roztworu soli kuchennej nie wpływa zupełnie na poziom glikemji, której wahania są tu minimalne, to zastrzyknięcie hipertonicznego roztworu soli kuchennej odbija się we wszystkich przypadkach naszych na poziomie glikemji. We wszystkich naszych bez wyjątku przypadkach pod wpływem zastrzyknięcia tego następowało obniżenie zawartości cukru we krwi, tak, że wartości glikemji, otrzymane po zastrzyknięciu hipertonicznego roztworu soli, we wszystkich swych prawie odcinkach przebiegały poniżej krzywych, otrzymanych po fizjologicznym roztworze soli kuchennej oraz poniżej poziomu cukru we krwi naczeczko przed zastrzyknięciem.

Protokoły badań oraz odpowiednie krzywe umieszczone będą w pracy naszej oryginalnej. Ograniczę się tu jedynie do podania najwyższego spadku glikemji, któryśmy osiągaliby drogą dożylnego zastrzyknięcia hipertonicznego roztworu soli kuchennej.

Poziom cukru we krwi opadł:

w przyp. Nr. 1	— z 136 do 104 mgr. %
w przyp. Nr. 2	— z 139 do 79 mgr. „
w przyp. Nr. 3	— z 221 do 168 mgr. „
w przyp. Nr. 4	— z 198 do 146 mgr. „
w przyp. Nr. 5	— z 140 do 100 mgr. „
w przyp. Nr. 6	— z 276 do 193 mgr. „
w przyp. Nr. 7	— z 287 do 232 mgr. „
w przyp. Nr. 8	— z 186 do 154 mgr. „
w przyp. Nr. 9	— z 170 do 121 mgr. „
w przyp. Nr. 10	— z 189 do 139 mgr. „

W połowie tych przypadków największe obniżenie poziomu cukru we krwi przypadało na 1-ą godzinę lub 1 i pół po zastrzyknięciu, w połowie zaś przypadków rozciągało na mniej lub bardziej długi okres czasu, wykazując hipoglikemizujące działanie soli przez przeciąg 2-ch, 3-ch, a nieraz i 4-ch godzin. Dokładny przebieg krzywych glikemji i chloremji otrzymanych przez nas, podany będzie w pracy oryginalnej.

Z badań naszych wynika więc, że u chorych cukrzyczych drogą dożylnego zastrzyknięcia hipertonicznego roztworu soli kuchennej udaje się obniżyć na przeciąg mniej lub bardziej długiego czasu (od 1 do 4 godzin) poziom glikemji od 17 proc. do 43 proc., zależnie od przypadku. Przeciętna maksymalnego spadku glikemji, wyprowadzona z naszych dotychczasowych badań, wynosi 25,0 proc.

Wobec tego, że krzywe, otrzymane po izotonicznym roztworze soli kuchennej, nie wykazywały powyższego hipoglikemizującego działania soli, przyjąć musimy, że działanie powyższe związane jest z hipertonicznym roztworem soli. Ze względu na to, że, jak wiadomo, wprowadzenie hipertonicz-

*) Jerzy Glass i I. Beiless. „Badania nad związkiem między gospodarką chlorową i węglowodanową. Doniesienie I. Wpływ hipertonicznego roztworu soli kuchennej na poziom cukru we krwi w cukrzycy.“ Polska Gazeta Lekarska, w druku.

nego roztworu soli do krwiobiegę powoduje hidremję, liczbom, któreśmy tu podali, możnaby było zarzucić, że nie są one wcale rzeczywistym obniżeniem glikemji, lecz że są one jedynie pozornym spadkiem zależnym od rozcieńczenia krwi. Od zarzutu tego jednak chroni nas w sposób zdecydowany jednoczesne oznaczanie przez nas w każdej porcji krwi pobranej wskaźnika refraktometrycznego surowicy. Otóż we wszystkich tych przypadkach wskaźnik ten zwiększał się o 3, 5, 6 proc. maks., w tym stopniu mogła więc zachodzić hidremja, natomiast obniżenie glikemji wynosiło tu od 17 do 43 proc., co świadczy kategorycznie o tem, że mieliśmy tu do czynienia z rzeczywistym hipoglikemizującym działaniem soli.

Dalsze badania nasze przeprowadzaliśmy w ten sposób, że jednego dnia obarczaliśmy chorego 50 gr. glukozy doustnie i określaliśmy krzywą glikemji i chloremji w ciągu 3 — 4 godzin, drugiego zaś dnia w tych samych warunkach podawaliśmy choremu ponownie tęże ilość glukozy, zastrzykując mu jednocześnie lub po pewnym czasie hipertoniczny roztwór soli dożylnie. Efekt był znów ten sam i polegał na obniżeniu poziomu glikemji w porównaniu z krzywą kontrolną. W większości tych przypadków garb hiperglikemiczny, który powstaje w następstwie podania glukozy, pod wpływem soli kuchennej został częściowo lub całkowicie ścięty. Dokładne wyniki liczbowe podane będą w pracy oryginalnej.

Jaki jest mechanizm powyższego hipoglikemizującego działania soli — jest dla nas sprawą jeszcze niejasną. Pierwotnie przypuszczaliśmy, że mechanizm ten polega na prawach izotonji, tak, jak to ma może miejsce w azotemji wyrównawczej; to znaczy, że wskutek wprowadzenia nadmiaru soli kuchennej do krwi ustroj dla zachowania izoosmji wydała nadmiar cukru z krwiobiegę. Jednakże badania jed-

noczesne zawartości chloru we krwi pouczyły nas, że tak nie jest. Wprawdzie w części przypadków lub w pewnych odcinkach krzywych otrzymanych spadek glikemji przypadał na okres narastania stężenia chloru we krwi, to jednak często, kiedy już zawartość chloru we krwi powracała do normy, spadek glikemji utrzymywał się nadal lub nawet potęgował. Mechanizm izotonji nie tłumaczy więc zjawiska tego dostatecznie.

Wchodzić tu w rachubę mogą natomiast inne przyczyny. Przedewszystkiem zastrzyknięcie hipertonicznego roztworu soli kuchennej jest, jak się wydaje, bodźcem parasympatycznym dla ustroju, a wzmożenie napięcia nerwu błędnego ma działanie, jak wiadomo, hipoglikemizujące. Po drugie, chodzić tu może o bezpośrednie zadziaływanie soli na miąższ trzustkowy i wywołanie hiperinsulinemji. Że takie bezpośrednie działanie zachodzić może, potwierdzeniem tego może być znany wpływ zastrzykiwań soli kuchennej na wydzielanie zewnętrzne trzustki, na wydzielanie zacyzów trzustkowych. Może wreszcie chodzi tu o bezpośrednie zadziaływanie na tkanki.

Wreszcie obniżenie glikemji odbywać się może przy współdziale wątroby, bądź też poprzez układ siateczkowo-śródbłonkowy. Badania nasze będziemy prowadzili nadal celem wyświeślenia na czym mechanizm ten ostatecznie polega.

Przystąpiliśmy obecnie dalej do badań nad wpływem doustnie podanej soli kuchennej na poziom glikemji i nad wpływem, jaki wywiera chlorowanie na przebieg cukrzycy. Badań tych mamy zbyt mało, żeby wyciągać ostateczne wnioski. W swoim czasie będą one ogłoszone.

W każdym razie wyniki badań naszych zmuszają już teraz do zwrócenia uwagi na rolę gospodarki chlorowej w cukrzycy, której znaczenie było tu dotąd właściwie niedoceniane.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddz. chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem.

(Ordynator: G. Lewin.)

Badania doświadczalne nad czynnością odtruwającą wątroby.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa)

Po wojnie światowej w związku ze znacznym wzrostem częstości zachorzeń wątroby, zanotowanym w różnych krajach, oddano się w klinikach i pracowniach z niebywałym zapałem szczegółowemu studjom nad fizjo-patologją wątroby. Do studjów tych przystąpili obok dawnych liczni nowi badacze; wytworzyło się olbrzymie odnośne piśmiennictwo. Zgodnie z nowoczesnymi prądami w medycynie wewnętrznej przeważała część pracy poświęcono czynnościowemu badaniu wątroby. Wyśnięto wiele nowych metod i sposobów badania. Na jedną z najważniejszych czynności wątroby, t. zw. „odtruwającą” zwrócono jednak stosunkowo b. mało uwagi. Tylko nieliczne prace omawiają

tę niezmiernie ważną, a niedostatecznie dotąd ustaloną czynność wątroby. Nawet i te pojedyncze metody badania odtruwających funkcji wątroby, które zaproponowano w nowszych czasach, dotychczas nie zostały należycie sprawdzone przez klinicystów i nie nabyły praktycznego znaczenia i zastosowania. To też badania omawianej czynności wątroby są właściwie i obecnie w zarodku.

Do odtruwających funkcji wątroby w ścisłym znaczeniu tego słowa zaliczamy: neutralizację przez wątrobę substancji trujących zwewnątrzpochoďnych, przeważnie związków aromatycznych, za pomocą łąćzenia z kwasami glukoronowym oraz etero-siarkowym, unieszkodliwienie w ustroju alkaloidów, przyczem mechanizm tego procesu jest jeszcze nieznanym, oraz przypuszczalne zobojętnianie toksyn bakteryjnych. Można byłoby do tej grupy funkcji wątroby dołączyć syntezę mocznika, wydalanie wprowadzonych do ustroju substancji obcych, wytwarzanie w wątrobie ciał odpornościowych i inne. W tych procesach jednak udział wątroby albo nie jest wyłącznym, albo jest wynikiem działania kilku jej czynności; praca wątroby w tym

kierunku nie ma w dodatku charakteru bezpośredniego odtruwania i jest omawiana w różnych rozdziałach fizjopatologii, wzgl. jej badania czynnościowego.

Dla wejrzenia w działalność odtruwającą wątroby, zaproponowano kilka prób, z których bardziej znane są: próba Steyskala i Grünwalda oraz dwie próby Händla. Steyskal i Grünwald usiłowali określać sprawność syntezy glukoronowej za pomocą podawania do ustroju 3.0 gr. kamfory i stwierdzili, że zdrowi wydają w ciągu 24 godzin 5—6 gr. kwasu kamforo-glukoronowego, osobniki z choro wątroba znacznie mniej. Chiray i Caille potwierdzili wyniki badań wspomnianych autorów. W schorzeniach rozlanych miąższu wątroby wydalanie kwasu kamforo-glukoronowego było szczególnie upośledzone; tak np., w żółtaczce nieżytowej w okresie nasilenia choroby kwas kamforo-glukoronowy nie wydalał się zupełnie. Natomiast szereg innych autorów (Frey, Schmid, Händel, Brulé i inni) przy sprawdzaniu powyższej metody otrzymali wyniki zgoła odmienne i nie przypisują próbie Steyskala i Grünwalda znaczenia rozpoznawczego. Händel w roku 1924 przeprowadził badania nad syntezą etero-siarkową w wątrobie za pomocą doustnego podawania gwajakolu; synteza ta okazała się upośledzona w dwóch przyp. ostrego żółtego zaniku wątroby; w innych schorzeniach miąższu wątroby (żółtaczka nieżyto wa, marskość wątroby i t. p.) upośledzenie syntezy było b. nieznaczne. Pelkan i Whipple sprawdzili badania Händla i stwierdzili, że tylko w wyjątkowych przypadkach ciężkiego schorzenia miąższu wątroby (zatrucie fosforem, wzgl. chloroformem) daje się wogóle przy pomocy próby Händla wykryć pewne upośledzenie czynności wątroby w omawianym kierunku. Praktyczne znaczenie próby gwajakolowej Händla jest więc nikłe. W r. 1925 tenże Händel zaproponował podawanie doustnie 1.0 gr. chininy oraz określanie wydalania jej z moczem celem ustalenia sprawności wątroby w neutralizacji tego alkaloidu. Stwierdził przytem, że chorzy na wątrobę wydają chininę z moczem szybciej od zdrowych. Badania te, o ile możemy sądzić z dostępnego nam piśmiennictwa, dotychczas nie były sprawdzone przez klinicystów.

Powyższe badania (Steyskala i Grünwalda oraz Händla), oparte na podawaniu do ustroju ciał obcych (kamfora, gwajakol, chinina), nie uwzględniały codziennej zasadniczej odtruwającej akcji wątroby, polegającej na zubożeniu trujących substancji aromatycznych (indol-skatol), pozostających w wyniku gnicia białka w jelitach.

Ta stała działalność wątroby, zabezpieczająca ustrój przed samozatruciem, była przedmiotem badań moich i C. Rozengartenówny w r. 1926—27 (p. art. „Badania nad indolem i uro-rozeiną, jako przyczynek do dja-gno-styki czynnościowej wątroby”. Kw. Klin. Tom VI, zeszyt 1-y, rok 1927). W przeszło 100 przyp. u osobników zdrowych i chorych przeprowadziliśmy badania nad wydalaniem z ustroju indolu i uro-rozeiny. Indol, jak wiadomo, jest produktem rozpadu gnilnego w jelitach l—tryptofan—kwasu indol—alfa—aminopropionowego, jednego z aminokwasów, wytwarzających się w wyniku trawienia białka. Uro-rozeina zaś, barwnik,

jeszcze nie zupełnie rozpoznany przez chemję fizjologiczną, jest przypuszczalnie chromogenem kwasu indolowego (Annie Homer — Journ. of. biol. Chem. 3), powstającego obok indolu, — według zaś innych autorów jest identyczny z czerwienią skatolową. W badaniach naszych wychodziliśmy z założenia, że obie te trucizny, wywołujące w pewnym stężeniu śmierć ustroju, zubożenia wątroba za pomocą utleniania i syntezy z kwasem etero—siarkowym (co do uro-rozeiny hipotetycznie; kwas indolowy — kwas indolacetylowy... indol, indoksyl, ester siarkowy indoksylu, indykan, lub czerwien skatolowa..., skatol, skatoksyl, ester siarkowy skatoksylu, alkaliczna sól tego kwasu). Otóż sprawność wątroby pod względem utleniania i syntezy substancji aromatycznych usiłowaliśmy określać drogą stwierdzania wydalonych z moczem, niezmiennych indolu i uro-rozeiny. Musieliśmy w pracy swojej uwzględnić niejednokrotny stopień gnicia w jelitach w stanach normalnych i patologicznych, a więc i wytwarzania wspomnianych produktów w ustroju, wydalanych, zresztą, przeważnie z kałem. Musieliśmy się liczyć z tem, że i stosunkowo sprawna pod powyższym względem wątroba może nie być w stanie zubożnić nadmiaru indolu i leukobazy uro-rozeiny. Tem nie mniej po dłuższych badaniach mogliśmy dojść do następujących wniosków: 1) gdy wzmożone jest gnicie w jelitach, a wątroba sprawna, w moczu można wykryć mocny indykan, lecz najczęściej nie wykryje się ani indolu, ani uro-rozeiny; 2) jeżeli czynność odtruwająca wątroby jest upośledzona, to, zależnie od stopnia upośledzenia, zarówno przy normalnem, jakoteż i wzmożonem gnicu w jelitach, można stwierdzić słaby lub mocny odczyn na indol, wzgl. uro-rozeinę, na indykan zaś ujemny lub słaby odczyn; 3) po uwzględnieniu stopnia gnicia w jelitach, obecność lub nieobecność w moczu oddzielnie lub w grupie indykanu, indolu oraz uro-rozeiny pozwala w pewnej mierze wnioskować o wydolności wątroby w kierunku utleniania i syntezy.

By skontrolować wartość kliniczną zaproponowanej przez nas metody badania, postanowiłem następnie dalszy materiał kliniczny badać na odtruwającą czynność wątroby dwiema metodami: powyższą oraz metodą chininową Händla. Już pierwsze 10 przypadków, zbadanych w powyższy sposób, wykazały całkowitą rozbieżność wyników obydwu metod. Postanowiłem przeto poddać kontroli klinicznej metodę chininową Händla.

Händel podaje badanym z rana naczczo 1.0 gr. chininy (*Chlin. muriat.*) po uprzednim oddaniu przez nich moczu. Po zażyciu chininy badany wypija 200 — 400 gr. wody. Wydalany następnie co godzinę mocz bada się na zawartość niezmiennych chininy. Odczynnik składa się z 2 rozczyńców: 10 gr. jodku potasu w 50 cm³ wody destyl. oraz 2.7 gr. chloru rtęci w 150 cm³ gorącej wody destyl. Obydwa roztwory zlewa się razem i po zmieszaniu dodaje się 2,5 gr. kwasu octowego lodowatego. Do 2 cm³ moczu, wzgl. jego rozcieńczenia dodaje się 1 cm³ w ten sposób przygotowanego odczynnika. Odczynnik ten jest b. czuły i wykazuje ślady chininy za pomocą wywoływania białego zmętnienia, które przy ogrzaniu próbówki znika, po ochłodzeniu się zaś mieszaniny — wraca. Metody ilościowego określania chininy — grawi-

metryczna Nischiego oraz miareczkowania Schmidta są złożone i żmudne. Händel ilościowo chininy nie określał.

Wkrótce byłem zmuszony wprowadzić do próby Händla niektóre modyfikacje. Dawka 1,0 gr. chininy nie przez wszystkich badanych była dobrze znoszona (szczególnie przez chorych ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego), przeto zastąpiłem tę dawkę przez 0,5 gr. chlorku chininy, tembardziej, że wyniki ostateczne zasadniczo się nie różniły (często dokonywaliśmy dwóch prób: z 1,0 i 0,5 gr. *chin. muriat.*). Badania moczu na chininę przeprowadziliśmy (wspólnie z koleg. Zwayerem, Zarnowerem, Stillere i in.) nie w pierwszych kilku porcjach moczu podług Händla, lecz w moczu, oddanym po 1, 2, 3, 4, 5, 6 godz. oraz po 12, 24, 36, i 48 godz., gdyż przekonał się, że chinina wydalana się z moczem i po 2-ch dniach. Wprowadziłem do omawianych badań również i ilościowe określanie wydalonej chininy. Dla ilościowego określania chininy nie korzystałem ze wspomnianych metod, lecz opracowałem własną, stwierdzając, że najmniejsze zmętnienie w podanej wyżej reakcji na chininę występuje przy zawartości 0,03 mlgr. chin. w 2 cm³ badanego płynu. Za pomocą sporządzania szeregu rozcieńczeń moczu i odpowiedniego obliczania, mogłem w każdym przyp. określić ilość chininy, aczkolwiek bez precyzji chemiczno-analitycznej, lecz z dokładnością, wystarczającą do celów klinicznych. — Próbę Händla przeprowadziłem na 30 chorych i kilku zdrowych osobnikach około 50 razy. Szczegółowe wyniki badań na większym materiale omówię wspólnie z A. Zwayerem na innym miejscu. Tu podaję pokrótce dotychczasowe wyniki.

Ilość wydalonej chininy (po zażyciu 0,5 gr. *chin. muriat.*) Z 3-ch zdrowych — jeden nie wydalil z moczem nic, drugi — 11,4 mlgr., 3. ci 37,2 mlgr. Najwięcej chininy wydalil więc z moczem 3-ci osobnik — młody kolega, cieszący się znakomitą stanem zdrowia. 8-iu chorych oddziawych ze schorzeniami wątroby wydalili: 1-y — nic, 2-gi — nic, 3-ci — 37,5 mlgr., 4-y — nic, 5-y — 20,4 mlgr., 6-y — około 40,0 mlgr., 7-y i 8-y — około 20,0 mlgr., Nie wydalili chininy, czyli wątroba ich całkowicie zneutralizowała chininę, chorzy: jeden z niezwykle mocną żółtaczką i rozpoznaniem — kamica żółciowa, powikłana zapaleniem woreczka żółciowego, drugi — z taką żółtaczką i ogromną wątrobą a rozpoznaniem — rak trzustki, trzeci — z marskością wątroby. Pozostali z rozmaitemi schorzeniami (*polyarthritis ac.*, *granuloma coeci*, *ulcus pylori*, *tbc. pulm.* i t. d.) albo nie wydalili chininy, albo oddali z moczem minimalne jej ilości, nie przekraczające 0,05 gr. chininy. Tylko jeden z nich (*ulcus ventr.*) z klinicznie zdrową wątrobą wydalil z moczem około 80,0 mlgr. chininy. Do prób wybierałem osobników ze zdrowymi nerkami

Widzimy więc, że na mocy ilości wydalonej chininy sędzić o stanie wątroby i jej odtruwającej sprawności nie możemy. Stwierdzamy, że wybitnie schorzała wątroba może znakomicie wykonywać funkcję odtruwania chininy, niekiedy lepiej, niż wątroba klinicznie zdrowa. Niejasno przedstawia się sprawa następująca: jeśli osobnik X po zażyciu 0,5 gr. *chin. muriat* wydalil z moczem, przypuśćmy, 20. mlgr. chininy, czyli, że tych 20 mlgr.

wątroba już nie zdołała zneutralizować, to po zażyciu 1,0 gr. chininy tenże osobnik nie wydalil z moczem 20 mlgr. + 0,5 gr. chininy, lecz inną ilość, nieco większą, niż 20 mlgr., ale nie pozostającą w określonym stosunku do ilości wprowadzonej do ustroju chininy. Sprawa ta wymaga wyjaśnienia. Narazie przedstawia się rzecz, zdaje się, w ten sposób, że po zażyciu doustnem chininy w granicach do 1,0 gr. *chin. muriat.* wątroba zobojętnia pewien odsetek chininy dla siebie swoisty. W każdym razie w żadnym z naszych przyp. nie zostało z moczem wydalone powyżej 80 mlgr. chininy, co, wobec 76,6 % chininy, zawartej w *chin. muriat.*, stanowi nie więcej, niż 21—22 % zażytej chininy, naogół zaś wydalona chinina stanowiła 5 — 10% wprowadzonej do ustroju.

Szybkość wydalania chininy. Cecha ta, według Händla, posiada znaczenie rozpoznawcze. 60% zbadanych przezemnie osobników, niezależnie od klinicznego stanu wątroby, zaczęło wydalac chininę z 1-ą porcją moczu już w godzinę po jej zażyciu, pozostali przeważnie z 2-ą porcją po 2-ch godzinach, jeden ze zdrową klinicznie wątrobą dopiero po 4-ch godz. — Trudno więc cokolwiek wnioskować o czynności odtruwającej wątroby na mocy szybkości wydalania chininy.

Długość czasu wydalania chininy przedstawiała się różnie, również niezależnie od stanu zdrowia badanych, specjalnie ich wątroby. Przeważnie obserwowałem wydalanie chininy do 12 godz. po jej zażyciu, niekiedy mocz zawierał chininę po 24 i 36 godz., dłużej tylko w pojedynczych przyp.

Typ wydalania chininy był niejednolity; zależności jego od stanu wątroby ustalić nie mogłem. Zwykle *maximum* wydalania występowało w 2-iej porcji moczu, czyli po 2-ch godz., niekiedy po 3-ch godz., później intensywność wydalania zmniejszała się. Niekiedy jednak obserwowało się, że po spadku stężenia wydalonej chininy, w następnych godzinach % zawartość chininy w moczu wzrastała się, aby później znowu spaść. Wreszcie w niektórych przypadkach, bez widocznych przyczyn typ wydalania był zupełnie nieprawidłowy. Np., chory Z. wydalil z pierwszą porcją moczu — 6 mlgr. chininy, z drugą — 4, 2 mlgr; z 3-cią nic, z 4-ą znów 6 mgl, z 5-ą znów nic i t. d.

Widzimy więc, że metoda Händla nie nadaje się do rozpoznania odchylen w sprawności odtruwającej wątroby. Wogóle wyniki próby Händla sprawiają wrażenie zupełnie przypadkowych. Wątroba i nerki w każdym poszczególnym przyp. indywidualnie neutralizują chininę częściowo przez syntezę, częściowo zaś przez wydalanie. Zachowywanie się wątroby w badanych przypadkach również należy uznać za indywidualne i naogół sprawne, gdyż objawów zatrucia chininą w żadnym przypadku, rozumie się, nie dało się stwierdzić. W niektórych tylko przypadkach, w zwyrodnieniu mięśnia sercowego, przy podaniu 1, 0 gr. chininy stwierdzało się objawy ujemnego wpływu chininy na serce. W jakim to związku znajdowało się ze sprawnością odtruwającą wątroby, trudno odpowiedzieć. Odpowiedzi na to, rozumie się, nie może dać i metoda Händla. Nawet i w zakresłonych przez Händla granicach metoda jego okazuje się nieodpowiadającą przeznaczeniu. Zresztą, to samo

można powiedzieć i o innych metodach badania odtruwającej czynności wątroby.

Jakie są przyczyny tego zjawiska? Przypuszczać należy, że główną przyczyną jest to, iż znaczniejsze upośledzenie omawianej czynności występuje tylko w daleko posuniętych, rozpaczliwych przypadkach schorzenia miększu wątroby. Wykrywanie tych przypadków z klinicznie rażąco niewydolnością wątroby (jak w *coma hepaticum* i t. p.) tą lub inną metodą mija się z celem badania czynnościowego. Na mocy dotychczasowych badań obcych i własnych pozwolę sobie wyrazić zdanie, że wątroba w większości przypadków uporczywie wyrównywa swą czynność odtruwającą aż do ostatka, nawet po znacznem osłabieniu, dochodzącem do zaniku, innych jej czynności. Należy przypuszczać, że tylko w specjalnych warunkach w nielicznych przypadkach występuje odrębne nieznaczne

upośledzenie czynności odtruwającej wątroby, niezależnie od jej stanu klinicznego i sprawności innych funkcji. Te przypadki winny być celem odpowiedniego badania czynnościowego. Dla stwierdzenia zaś nieznacznych odchyśleń w odtruwającej czynności wątroby, które w patologji ustroju odgrywać mogą tem nie mniej wielką rolę, omówione metody, poza innemi ich brakami, są widocznie zbyt mało precyzyjne. Tem się prawdopodobnie też tłumaczy, że dorobek nasz naukowy, oświetlający akcję odtruwającą wątroby, jest tak niewielki, jak na wstępie o tem wspomniano. W kierunku też precyzyjności metod badania winny iść dalsze nasze usiłowania. Skuteczne wyniki tych usiłowań są tembardziej ważne, że precyzyjne określanie odtruwającej czynności wątroby może wyjaśnić niejedną ciemną stronę patologji szczegółowej; specjalnie ważne zadania miałoby ono do wykonania w nauce o anafilaksji i zwalczaniu chorób zakaźnych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Anatoksyna błonicza.

Podala

Doc. Dr. Helena SPARROW (Warszawa)

(Dokończ. p. Nr. 7.)

Uodparnianie ludzi za pomocą anatoksyny.

Szczepienia ludzi anatoksyną błoniczą zostały wprowadzone we Francji przed pięciu laty w roku 1924. Z tego, co było poprzednio powiedziane o anatoksynie, wiemy, że preparat ten daje kompletną gwarancję nietoksyczności i może być bardzo łatwo zbadany pod względem swej wartości uodparniającej za pomocą odczynu flokulacji. Instytut Pasteura w Paryżu nie wypuszcza anatoksyny, zawierającej poniżej 8 jednostek antygennych w jednym cc.

We Francji dokonano już przeszło miliona szczepień i dotychczas nie stwierdzono żadnego groźnego wypadku, spowodowanego szczepieniem. Odczyny po zastrzykiwaniu anatoksyny w żadnym razie nie odpowiadają tym, jakie może dawać szczepionka toksyczna, są to odczyny wyłącznie białkowe.

Technika szczepień

Technika szczepień, opracowana przez Ramona, polega na trzech wstrzykiwaniach: 1) 0,5 cc anatoksyny, po 3 tygodniach 2) — 1 cc i po 2-tych tygodniach 3) 1,5 cc. Takie dawkowanie i w tym rytmie ma dawać najlepsze wyniki, które oceniamy przede wszystkim za pomocą odczynu

Schick'a, dokonywanego po 6 tygodniach — 2 miesiącach od początku szczepienia. Zależnie od grupy dzieci szczepionych odsetek ten waha się od 96 do 100 proc. i zawsze przekracza znacznie wyniki uodparniania szczepionką Behring'a.

Szkoła francuska proponuje połączenie szczepień przeciwbłoniczych ze szczepieniami przeciwdurowi i paradyfem. Taka szczepionka kombinowana daje podobno jeszcze lepsze wyniki nawet pod względem odsetka uodpornionych przeciw błonicy, jednak kosztem znacznie silniejszych odczynów poszczepiennych.

Używana jest również u nas anatoksyna płoniczo-błonicza (PB), która uodparnia jednocześnie przeciwko obu tym chorobom. Prócz dwu anatoksyn szczepionka BP zawiera jeszcze paciorkowce płonicze.

Odporność, którą daje anatoksyna, rozwija się prędko i jest zawsze trwała. Odczyn Schick'a zmieniony na ujemny pod wpływem szczepienia anatoksyną, pozostaje ujemny po roku, dwóch i czterech latach. Wyniki, otrzymane przez wielu badaczy w środowisku, gdzie grasuje epidemia, wykazują lepiej jeszcze, niż odczyn Schick'a całą wartość szczepienia anatoksyną. Szczepienie anatoksyną wywołuje odporność, która chroni od zakażenia a, zawdzięczając szybkości, z jaką powstaje, skutecznie hamuje rozwój epidemji błonicy.

Ponieważ błonica jest chorobą najniebezpieczniejszą dla dzieci małych, należy szczególną uwagę zwrócić na szczepienia dzieci najmłodszych, począwszy od drugiego roku życia (od 12 m. cy). Dla ułatwienia i udostępnienia szczepień Francuzi, tak samo, jak Amerykanie, proponują, aby w wieku, gdy większość dzieci jest wrażliwa na błonicę (od 1 do

7 lat), szczepić dzieci, nie badając poprzednio wrażliwości (bez odczynu Schicka). Natomiast dokonywanie odczynu Schicka po szczepieniu jest rzeczą bardzo ważną dla oceny uodpornienia i powinno być stosowane, w niektórych przynajmniej środowiskach, zwłaszcza w pierwszym okresie realizowania akcji szczepiennej. Jednak w szerokiej praktyce codziennej, zwłaszcza na prowincji, można się bez tego obejść, szczególnie, jeżeli szczepienia są trzykrotne.

Najtrudniej jest osiągnąć szczepienie dzieci małych do 3-ich lat, bo do tych dzieci, nieuczęszczających jeszcze do szkół, nie mamy dostępu. W tym celu należy zorganizować szczepienia w kroplach mleka, w żłobkach, przychodniach i szpitalach. Następnie należy przeniknąć do przedszkoli i wreszcie do szkół. Dzieci w wieku szkolnym od 7 lat szczepić należy tylko po zbadaniu odczynu Schicka, ponieważ większość ich jest odporna, a odczyny poszczepienne w tym wieku są silniejsze.

Miareczkowanie surowic osób, szczepionych anatoksyną.

Odczyn Schicka wypada ujemnie u osób, zawierających w krwiobieg *minimum* 1/50 — 1/30 jednostki antytoksynej w 1 cc. Stężenie antytoksyn po szczepieniu anatoksyną zależy w znacznej mierze od wrodzonych naturalnych zdolności ustroju, które zostają przez anatoksynę rozbudzone. Tak np. osoby z Schickiem ujemnym, czyli posiadające co najmniej 1/50—1/30 JA reagują na szczepienie szybko i silnie. Stężenie antytoksyn podnosi się u nich już w kilka dni po szczepieniu i dosięga z łatwością kilku, a nawet kilkudziesięciu jednostek w 1 cc krwi. W ustroju wrażliwym, z odcz. Schicka dodatnim proces ten odbywa się nieco powolniej, jednak stężenie antytoksyn podnosi się wyraźnie już po dwóch tygodniach, a po miesiącu zawsze prawie dosięga poziomu, który gwarantuje odporność na błonicę czyli 1/30 JA, a bardzo często nawet przekracza ten poziom wykazując 1/10 JA, a nawet 1 lub kilka jednostek.

Odczyn Schicka u szczepionych.

Jednokrotne szczepienie 0,5 cc już wywiera znaczny wpływ. Po dwóch, trzech tygodniach około połowy szczepionych staje się Schick minus czyli uodparnia się. Drugie szczepienie 1 cc anatoksyny następuje zwykle po dwóch, trzech tygodniach. W trzy tygodnie po drugim szczepieniu odsetek uodpornionych, niereagujących na odczyn Schicka, podnosi się już do 88 proc. Trzykrotne szczepienie presuwa stan odporności jeszcze dalej, bo już prawie do 100 proc.

Obserwacje epidemiologiczne, poczynione przez najrozmaitszych lekarzy w różnych skupieniach dzieci w szkołach, pensjonatach, przytułkach, szpitalach, są zebrane w monografii Ramona. *) Są one tak liczne, że nie sposób ich przytoczyć. Zawsze, bez wyjątku, podczas epidemii błonicy chorują nieszczepieni, u szczepionych bywa czasami angina z bakteriami błonicy, są to jednak zawsze przypadki lekkie, bez objawów zatrucia, które bardzo często zdrowieją bez zastosowania

surowicy. Prawdopodobnie bardzo często rozchodzi się tu o anginę zwykłą u nosicieli bakterij błonicy. Kilka przypadków takich analizuje szczegółowo w swych publikacjach Zöller.

Już dawno Niemcy mówili o tak zwanej fazie negatywnej i zwracali uwagę na to, że w toku szczepień w środowisku zakażonym przypadki błonicy wśród szczepionych są liczniejsze, niż wśród nieszczepionych. Taką statystykę daje Siegl. Wówczas, gdy wśród nieszczepionych zanotowano 6% przypadków błonicy, wśród szczepionych jeden raz było ich 14%, wśród szczepionych dwa razy tylko 2%. Chodziło tu o szczepionkę Behringa.

Podobne dane o szczepionych anatoksyną daje Nobel. Wśród 163 dzieci, szczepionych, w ciągu 60 dni, zachorowało na błonicę 13. Inaczej wyglądają liczby Fitz - Geralda *) (Toronto), który zaszczepił anatoksyną 40.000 dzieci. Z liczby 445 chorych na dyfteryt było 14 szczepionych 1 raz, 30 szczepionych dwa razy, i 1 szczepiony 3 razy.

Istnienie fazy negatywnej, która ma być przejściowym stanem nadwrażliwości w czasie którego organizm nie jest w stanie zwalczyć zakażenia nie znajduje żadnego potwierdzenia w bardzo szczegółowych badaniach szeregu autorów, dokonywanych zarówno na zwierzętach, jak i na ludziach. Miareczkowanie właściwości antytoksyjnych krwi nie wykazuje żadnego ich obniżania się w czasie szczepień; przeciwnie, jak już poprzednio mówiliśmy, zawartość antytoksyn stale wzrasta już nawet bezpośrednio po pierwszym szczepieniu.

Obserwacje epidemiologów francuskich też stanowczo przemawiają przeciwko istnieniu fazy negatywnej.

W środowiskach zakażonych przeprowadzenie szczepień anatoksyną bardzo szybko powstrzymuje rozwój epidemii. Postaci błonicy złośliwej, toksycznej znikają odrazu. Czasami zdarzają się jeszcze przez pewien czas przypadki błonicy, zawsze łagodne, które najczęściej zdrowieją nawet bez surowicy lub po minimalnych jej dawkach. Jednocześnie uwagę lekarzy zawsze zwracają przypadki błonicy u dzieci nowoprzybyłych do takiego środowiska, gdzie epidemia została powstrzymana szczepieniem, oraz zachorowania dzieci, których rodzice odmówili zgody na szczepienie.

Śmiertelnych przypadków błonicy wśród szczepionych anatoksyną w ciągu 5-ciu lat, od kiedy szczepienia te istnieją, ani razu nie było.

Odczyny poszczepienne.

Dzieci małe, w wieku poniżej 5-ciu lat, nie dają prawie żadnych odczynów poszczepiennych, ani miejscowych, ani ogólnych. Pod tym względem opinie lekarzy są zgodne. Wraz z wiekiem reakcja ustroju na ciała białkowe, zawarte w anatoksynie, staje się coraz silniejsza. W Ljonie wśród 2.700 szczepionych dzieci przedszkoli (ecole maternelle) było 5% odczynów umiarkowanych i 0,5% silnych.

Dzieci szkół od 7 do 19 lat reagują na anatoksynę tem silniej, im są starsze.

Odczyny miejscowe.

Pierwsze szczepienie daje odczyn miejscowy nieznaczny: u 18% zaczerwienienie, obrzęk, któ-

*) A. J. P. 1928, T. 42

.) A. J. P. 1928. 42, 1089.

ry znika po 48 godzinach. W 2 proc. są to odczyny silne, bardzo bolesne, duże zaczerwienienie i silny obrzęk wielkości dłoni, który znika dopiero po tygodniu; zwykle powstaje u dzieci z rzekomym odczynem Schicka, co świadczy o szczególnej wrażliwości na białka, zawarte w szczepionce.

Odczyny miejscowe po drugim szczepieniu występują jeszcze częściej, niż po pierwszym, bo u 40 proc. Stopień odczynów jest mniej więcej ten sam. Dzieci z odczynem rzekomym reagują zwykle tak samo, jak pierwszy raz.

Odczyny te po trzecim szczepieniu są zwykle słabsze, niż po pierwszym.

Odczyny ogólne.

Odczyny ogólne u dzieci starszych (od 7 lat) występują stale, lecz z różną siłą. Po pierwszym szczepieniu większość dzieci (68%) daje odczyn słaby 37—37,8°; 22% gorączkuje silniej, powyżej 37,5—38,5°; u 10% gorączka podnosi się powyżej 39°. Po trzech dniach wszystko wraca do normy.

Po drugim szczepieniu odczyny są naogół silniejsze, jednak, w stosunku do odczynów po pierwszym szczepieniu mogą być różne kombinacje: oba odczyny jednakowej siły, pierwszy silniejszy, drugi słabszy i naodwrot. Szczególnie silne odczyny zauważono u ozdowieńców po błonicy w okresie do 2-ich miesięcy po chorobie.

Po trzecim szczepieniu odczyny są naogół słabsze, niż po pierwszym i drugim. Zaznaczyć należy że odczyny poszczepienne u nas są o wiele słabsze niż opisane przez Ramona.

Należy pamiętać zawsze, że dzieci, szczepione anatoksyną, mogą chorować na rozmaite inne choroby, tak samo, jak i bez szczepienia. Wśród laików jednak zawsze przejawia się tendencja do obwiniania we wszystkim szczepionki. Lekarze powinni zawsze bardzo krytycznie analizować wszelkie zażalenia i zachorowania poszczepienne, pamiętając o tem, że *post hoc* nie znaczy *propter hoc*.

Zdrowski i Chalapina*), którzy posiadają ogromne doświadczenie, twierdzą, że dawkowanie anatoksyny, podane przez Ramona (0,5 i 1 cc), dobrze znoszą tylko dzieci małe do 3-ich lat. Dzieci starsze, a szczególnie dorośli, reagują na te dawki zbyt silnie, aby można było zachować takie dawkowanie. Odczyny te nie są bynajmniej groźne i są spowodowane przez uczulenie ustroju na składniki nieswoiste, zawarte w szczepionce. Zdrowski proponuje, aby dzieci starsze i osoby dorosłe szczepić niższymi dawkami — 0,2—0,3 cc i następnie 0,5 cc. W tych warunkach odczyny poszczepienne są znacznie słabsze. Praktyka jego wykazuje, że takie dawkowanie daje również wyniki zupełnie zadawalające; anatoksyna, użyta do szczepienia, zawierała 10 jednostek antygenowych w 1 cc, a więc szczepiono ogółem 8 jednostek antygenowych.

Zestawienie 1000 dzieci w wieku 7—13 lat (szczepienie I — 0,3 cc i II — 0,5 cc) wykazuje w 15% brak odczynu, w 78% odczyn słaby, w 7% — silny z temperaturą do 39°.

Zdrowski sprawdził wyniki szczepień u 1800 dzieci w wieku szkolnym, szczepionych dwa razy (0,3 i 0,5 cc) w trzy tygodnie — dwa miesiące

od pierwszego szczepienia. Odsetek uodpornionych (Schick ujemny) był 95—97%.

Serie anatoksyny, które dawały opóźnienie flokulacji, uodporniły mniejszy procent: 91—93%. Szczepienia jednokrotne dały u Zdrowskiego 88—93% Schicków ujemnych po trzech tygodniach — dwóch miesiącach.

Co się tyczy rytmu szczepienia, Zdrowski jest nieco innego zdania, niż Ramon. Nie widzi on takiego ścisłego związku wyników szczepienia z zachowaniem rytmu trzytygodniowego, którego wymaga Ramon. Zdrowski otrzymał również dobre wyniki, szczepiąc po raz drugi po 7, 10 lub 20 dniach.

Czas trwania odporności.

Czas trwania odporności był sprawdzony na dość znacznej liczbie dzieci zarówno za pomocą badania odczynów skórnych, jak miareczkowania antytoksyn we krwi. Tak nprz. dziecko szczepione, które miało 20 jednostek JA, po dwunastu miesiącach ma ich 5. Inne z 2 JA spadło do 1/10, jeszcze inne z 20 JA do 9, — a we trzy lata później do 4 JA.

Z całego szeregu przykładów, które podaje Ramon widać, że stężenie antytoksyn we krwi osób szczepionych obniża się wprawdzie z biegiem czasu, zawsze jednak pozostaje znacznie wyżej poziomu, który gwarantuje odporność czyli 1/30 JA. A więc odporność humoralna po szczepieniu anatoksyną trwa bardzo długo i przekracza wszelkie najlepsze wyniki, osiągnięte innymi metodami szczepień ochronnych.

Próby rewakynacji dzieci, szczepionych przed kilku laty, wykazują, że zdolność wytwarzania przeciwciał zachowuje się w ch ustroju i daje się łatwo na nowo zmobilizować. Na ponowne wprowadzenie nieznacznych ilości antygeny odpowiada ustrój taki odrazu, wyrzucając do krwiobiegu ogromne ilości przeciwciał. Ustrój taki reaguje tak samo na działanie swoistego antygeny w innej postaci, a mianowicie, w postaci zarazki, z którym osobnik szczepiony wielokrotnie w życiu się styka. W ten sposób przebywanie w środowisku zakażonym wzmacnia jeszcze odporność, nabytą przez szczepienie.

Badania odczynu Schicka są łatwiejsze, niż miareczkowanie antytoksyn. Z tego więc powodu są one liczniejsze i wskazują, że odczyn Schicka po szczepieniu pozostaje ujemny w ciągu szeregu lat 4—4 i pół lat, czyli tak długo, jak badania te trwają.

Szczepienia przeciw błonicy rozbudzają i przyspieszają rozwój przyrodzonych zdolności ustroju do wytwarzania antytoksyn. W warunkach naturalnych cecha ta u większości ludzi (80—84%) rozwija się bez szczepienia, lecz rozwój ten jest powolny i następuje z biegiem lat, wcześniej czy później w miarę dojrzewania ustroju.

Cecha raz nabyta przez szczepienie anatoksyną czy też drogą naturalną nie może zaniknąć.

Amerykanie, którzy posiadają pod tym względem najdłuższe doświadczenie, twierdzą, że szczepienie przeciw błonicy uodparnia na całe życie. W przeszło 90% odczyn Schicka, który stał się ujemnym, pozostaje takim na całe życie. U tych zaś jednostek, u których stężenie antytoksyn w krwiobiegu obniżając się przekroczy 1/30—1/50

*) C. f. B, 97, 1926, 125; Ibid, 101, 1927, 350.

J. A., skóra znów zaczyna reagować na toksyny. Jednostki te, jak widać z doświadczenia Mozer'a, bardzo szybko i łatwo pod wpływem jednokrotnego szczepienia odzyskują to stężenie antytoksyn, które gwarantuje niewrażliwość na zarazki błonicy.

Francuzi, idąc śladami Amerykanów, wprowadzają szczepienia przeciwbłonicze w szpitalach i sanatorjach. Lereboullet*) (hôpital des enfants malades) w ciągu 5 lat zaszczepił 17000 dzieci, które przeszły przez szpital. Wśród szczepionych trzy razy były tylko 4 przypadki anginy błonicy o łagodnym przebiegu.

Mozer**) w hôpital maritime w Berck dla dzieci z gruźlicą zewnętrzną wszystkie dzieci z odczynami Schick + szczepi trzykrotnie. Szczepienia nie dawały żadnych komplikacji, ani pogorszenia u dzieci gruźliczych. Szpital jest na 1000 łóżek. Ogółem zaszczepiono 3040 dzieci. W latach 1924—1925 przed wprowadzeniem szczepień było 103 przypadki błonicy i 8 zgonów, w latach 1928—1929 po wprowadzeniu szczepienia było 5 przypadków błonicy lekkiej i ani jednego zgonu. Wszystkiego u dzieci, szczepionych trzy razy, było 12 przypadków błonicy. Zaznaczyć tu należy, że dzieci chore uodparniają się gorzej, niż dzieci zdrowe.

Badając odczyn Schicka u 1000 dzieci, szczepionych przed 1—3 laty, Mozer znalazł odczyn dodatni u 4,5%. Dzieci te (41) dostały jeszcze raz anatoksynę i z nich 37 uodporniło się, 4 tylko pozostały z odczynem dodatnim. Zaznaczyć należy, że wyniki szczepień poprzednich nie były sprawdzane odczynem Schicka.

Francuska Akademia Medyczna w dniu 6 grudnia 1927 roku uchwaliła: „Ponieważ błonica w ciągu roku ostatniego wystąpiła ze szczególną

zjadliwością, powodując zwiększenie się śmiertelności w całym kraju, ponieważ uodparnianie za pomocą anatoksyny zostało już zastosowane w innych krajach i wykazało swą skuteczność i nieszkodliwość, Akademia Medyczna zwraca się do władz publicznych, aby metoda ta została systematycznie stosowana do uodparniania dzieci, a zwłaszcza dzieci szkół we wszystkich departamentach i miastach, gdzie istnieje nadzór lekarski.”

Na skutek tej uchwały minister higieny powołał komisję specjalną do zbadania tej sprawy i opracowania odpowiednich przepisów dla służby zdrowia. W wyniku tej interwencji szereg większych miast Francji zorganizował u siebie planową akcję szczepienną.

Projekt ustawy o obowiązkowych szczepieniach przeciwbłoniczych został już złożony w parlamencie francuskim przez posła Guernut.

Liczba dzieci, zaszczepionych anatoksyną, przekroczyła we Francji milion. Prócz Francji szczepią i inne kraje Europy i Ameryki. W Belgii od 1925 roku zaszczepiono przeszło 25.000 dzieci. Ogromnym materiałem rozporządza Rosja Sowiecka. Szczepi również Ameryka Południowa, a szczególnie Argentyna. W Kanadzie od 1925 roku zaszczepiono przeszło 500.000 dzieci.*)

Wreszcie wzrastająca groza błonicy zwróciła uwagę Sekcji Higieny Ligi Narodów. W lipcu 1929 roku odbył się w Paryżu pod przewodnictwem profesora Madsona zjazd, zwołany przez Sekcję Higieny, w którym wzięli udział przedstawiciele wszystkich państw. Na zjeździe tym postanowiono zająć się sprawą szczepień ochronnych przeciw błonicy zapomocą anatoksyny na drodze współpracy i porozumienia międzynarodowego.

*) La Presse médicale 1929, 519.

**) La Presse médicale 95, 1929, 1543.

*) Stany Zjednoczone Ameryki przechodzą obecnie też na szczepienie anatoksyną.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne

∞ Nauka polska, jej potrzeby, organizacja i rozwój. (Tom XI-ty. Warszawa, 1929).

Nie omylę się, twierdząc, że chyba mało komu wiadomo, iż od roku 1918-go istnieje wydawnictwo pod tytułem powyższym. Warto temu dziełu trochę czasu i miejsca poświęcić.

Kasa imienia Mianowskiego przed laty jedenastu podjęła trud redagowania i wydawania tego dzieła, które od owego czasu rozrosło się do nader poważnych rozmiarów. Komu tylko nauka polska jest droga, komu tylko losy tej nauki bliskie są i drogie, powinien się zapoznać z jedenastu tomami, które już dotychczas na świat wyszły. Nie mam bynajmniej zamiaru streszczać tu zawartości tego już dziś olbrzymiego dzieła. To przekraczałoby ramy referatu. W miarę jak ze skromnej „Kasy im. Mianowskiego“ powstawała instytucja, coraz bardziej obejmująca w swą opiekę zadania nauki polskiej, aż do powstania Instytutu popierania polskiej

twórczości naukowej, rozszerzały się też stopniowo zadania i cele wydawnictwa. „Nauka Polska“ w tomach jedenastu, dotąd wydanych, zawiera taką mnogość materiału poważnego, doniosłego pod względem teoretycznym i cennego w znaczeniu praktycznym, że dość byłoby rozejrzeć się choćby w nagłówkach pomieszczonych tu prac, aby pojąć, jak rozległe i poważnie „Nauka“ pojmuje swe postanowienie i jak należycie je spełnia.

Tom XI ty, który w tej chwili leży przedemną wydany przed kilkoma zaledwie tygodniami, może stanowić dla powyżej powiedzianych słów ilustrację bardzo wymowną.

Przedewszystkiem więc prace treści ogólnej, w tym tomie zawarte. „O zdolnościach cechujących badacza“ píše prof. Tadeusz Kotarbiński. Rozprawę, nadzwyczaj interesującą, ujętą treściwie a w wysokim stopniu pedagogicznie p. t. „Działacz i badacz“ podaje następnie prof. Franciszek Bujałk. „Kilka zagadnień z pogranicza socjologii i teorii nauki“ roztrząsa prof. Paweł Rybicki. Autor zastanawia się tu nad stosunkiem nauki do rozmaitych form życia społeczne-

o. P. Wojciech Przybyłowicz w dwóch „uwagach o stosunku państwa do nauki” dotyka już strony praktycznej zajmującego nas zagadnienia. Co zaś nas, jako lekarzy, bardzo blisko, bezpośrednio zająć powinno, to obszerny dość referat prof. St. Ciechanowskiego p. t. „Stan i potrzeby nauk lekarskich.” Ta praca mogłaby bez żadnych zmian figurować w każdym z naszych ogólnych pism lekarskich. Autor zdaje sobie dobrze sprawę, że nie brak w jego mozolnem zestawieniu pewnych luk. Niemniej winniśmy mu dużą wdzięczność za podjęty trud, albowiem prof. C. nie pominął żadnej sprawy ważniejszej i umiejętnie podkreślił wszelkie braki i niedostatki w obecnym stanie nauczania medycyny w Polsce. Mowa więc tu o instytucjach, obecnie już istniejących, ich zaletach i wadach; również o instytucjach pomocniczo-naukowych, dalej o terenach, mało lub wcale dotychczas nieopracowanych, wreszcie o wydawnictwach naukowych i wszelkich bolączkach, które wszakże wszyscy w tej dziedzinie tak dotkliwie odczuwamy. Mowy być nie może o tem, abym na tem miejscu przytoczył choć najtreściwiej wywody autora. Są one tak liczne, tak wszystkie wartości pierwszorzędnej, że należałoby całą pracę niemal *in extenso* przytoczyć. Każdy lekarz polski znajdzie w tej pracy jakiś szczególnie bolący go szczegół, jakąś strunę dźwięczącą na przypomnienie tego, co go specjalnie interesuje. Każdy z nas powinien ze skupioną uwagą przestudjować pracę prof. Ciechanowskiego, bo każdy głębiej myślący lekarz polski, po dziesięcioletniem istnieniu pięciu wydziałów lekarskich w Państwie, z pewnością zdaje sobie sprawę z tego, wiele na naszych wydziałach pozostaje jeszcze do zrobienia, jak dalecy jesteśmy nietylko od stanu doskonałości, lecz choćby od tego, co możnaby nazwać poprawnem funkcjonowaniem służby nauczania medycyny w Polsce ośrodzonej. Zachęcając kolegów do zapoznania się z pracą prof. Ciechanowskiego, dodam już tu, że wszystkie wydawnictwa „Kasy im. Mianowskiego” obliczone są najwyżej na pokrycie kosztów, że nikt, żaden nakładca nie czerpie z ich rozsprzedaży korzyści pieniężnych, że więc gruby tom Nauki polskiej tańszy z pewnością od najlichszej powieści, może stanowczo być nabyty przez lekarza, że nawet — pewny jestem — przy odbiorze większej liczby egzemplarzy w biurze Kasy oddany będzie za cenę wprost śmiesznie niską.

Pragnę wyczerpać jeszcze treść tomu XI-go i dodać, że dla interesujących się historią nauki jest tu dalej obszerna i na der zajmująca praca profesora Macieja Loreta p. t. „Polskie pielgrzymstwo naukowe w Rzymie od XVI do XVIII wieku” Jest to prawdziwie cenna karta z dziejów kultury i nauki w Polsce.

Na tej pracy kończy się właściwie część pierwsza niniejszego tomu, zaś w części drugiej — „Z życia nauki zagranicą” mamy olbrzymi materiał faktyczny, dotyczący organizacji nauk w rozmaitych krajach europejskich.

Ta druga część, dla pewnej kategorii czytelników bezwątpienia jeszcze może bardziej zajmująca od pierwszej, obejmuje Belgię, Niemcy, Szwajcarję, Włochy, Bułgarję, Łotwę. To zwłaszcza co tu podaje p. Bogdan Suchodolski o opiece nad nauką w Niemczech, jest wielce pouczające, godne głębokiego zastanowienia się i opracowania. Po raz pierwszy dowiadujemy się stąd — w literaturze naszej — jak olbrzymią jest praca Towarzystwa popierania Nauki niemieckiej, Towarzystwa, które powstało w roku 1920 r., w dobie ciężkiego kryzysu gospodarczego. Rozległe cele i organizacja tego Towarzystwa są tu przytoczone niemal dosłownie z wydawanych corocznie sprawozdań. Wyniki, jakie dotychczas osiągnięto, są prawdziwie imponujące. Dawniej, bo od roku 1911-go, istnieje Tow. popierania nauk im. cesarza Wilhelma, które rozkrzewiło się w całym państwie, a rozporządzając stosunkowo znacznymi środkami, wydaje owoc naukowe pierwszorzędnej wagi i doniosłości. I dla samego choćby tego sprawozdania pana Su-

chodolskiego warto tom XI-ty „Nauki polskiej” nabyć i szczegółowo z treścią tegoż się zapoznać.

Pomijam narazie Szwajcarję i Włochy. Lecz powstrzymać się nie mogę od podkreślenia, że dla mnie osobiście przynajmniej niespodzianką było to, co znalazłem w sprawozdaniu pana Christo Waka-relskiego o organizacji twórczości naukowej w Bułgarji i w referacie p. Władysława Lichtara o „funduszu kultury w Łotwie”. I te krótkie sprawozdania zasługują na uważne przeczytanie.

Mamy w omawianym tu tomie „Nauki polskiej” jeszcze kronikę polską, kronikę zagraniczną, wreszcie recenzje i t. d.

Sądzę że to, jakkolwiek może przydługie streszczenie zawartości księgi „jedenastej” Nauki polskiej nie będzie mi wzięte za złe. Raczej należałoby sobie powiedzieć, że źle się stało, iż dotychczas nasze piśmiennictwo naukowe tak mało zajmowało się wydawnictwem, które ośmielał się tu polecić każdemu lekarzowi. Czas jest, co prawda, błąd ten naprawić. Gdy bowiem przeglądam choćby tylko spis rzeczy poprzednio wydanych tomów dziesięciu, przekonywam się, że nic tu nie uległo przedawnieniu, nic się nie zestarzało, że wszystkie życzenia, od jedenastu lat wypowiedane w zakresie potrzeb nauki naszej, nie przestały być aktualne, że wszystkie w dalszym ciągu domagają się pilnego spełnienia. Zapominaliśmy o nauce, póki nas zajmowały i przejmowały sprawy pierwszorzędne, dotyczące życia, bytu państwa. Lecz w miarę coraz bardziej postępującej organizacji życia gospodarczego należy o nauce, jako czynniku kulturalnym, przypominać sobie i innym przy każdej sposobności. Za sposobność taką właśnie słusznie chyba uważam ukazanie się tomu XI-go „Nauki polskiej”.

M. F.

∞ Wszechświat. Pismo przyrodnicze. Organ polskiego T-wa Przyrodników im. Kopernika. Nr. 1. (Styczeń 1930).

W latach przedwojennych nie miałem cieszyć się uznaniem tygodnik przyrodniczy, pod tytułem powyższym wydawany. Był on „jednym z tych jasnych promyków nadziei, które krzepiły serca i zaprawiały wolę do wyzwającego czynu”. Grono przyrodników, grupujące się w T-wie im. Kopernika, postanowiło wskrzesić „Wszechświat”, i oto mamy przed sobą pierwszy zeszyt czasopisma, zakrojonego na dużą skalę, a mającego rocznie ukazywać się w jedenastu zeszytach. Zeszyt ten przedstawia się nietylko mile dla oka, ale imponująco treścią i opracowaniem. Można być zawczasu pewnym, że wkrótce redakcja pisma uzna teren swego działania za zbyt ciasny. Przy rozwoju współczesnym nauki trudno będzie dać obraz tego, co się w świecie dzieje, w jedenastu zeszytach. To co do ilości. O jakości materiału można tylko najpochlebniej się wyrazić.

W zeszycie niniejszym na czele mamy treściwy artykuł profesora K. Fajansa „o budowie atomów”. Znakomity uczone nasz a profesor monachijski, ma cenny dar wykładu jasnego, treściwego, pięknego. Powtarza się tu częsty dowód, że najlepiej, najprzystępniej, najpopularniej o najtrudniejszym choćby przedmiocie przemawia ten, kto sam twórczo przyczynił się do zgłębienia tego przedmiotu. W dalszym ciągu prof. Sosnowski dzieli się swemi wrażeniami ze zjazdu fizjologów w Bostonie. Jest tu dużo szczegółów interesujących nietylko przyrodnika, lecz i lekarza. Mamy dalej piękny i zajmujący wykład prof. M. T. Hubera o „zjawiskach wytrzymałościowych w przyrodzie i technice”. Wreszcie ostatnim z artykułów oryginalnych jest prof. J. Dembowskiego „Teoria rezonansu nerwowego”. Rzecz ta, w najwyższym stopniu interesująca biologów, dotyczy poglądu na istotę zjawisk nerwowych, wygłoszonego przez biologa niemieckiego Weissa.

W kronice naukowej znów mamy krótkie streszczenie zasług naukowych badacza niemieckiego, H. Spemann z dziedziny mechaniki rozwojowej. Embryjologia dzisiejsza w dużej

mierze liczy się z pracami eksperymentalnymi z zakresu, uprawianego przez Spemann'a. Kilkanaście innych notatek, doskonale zreferowanych, uzupełnia tę kronikę.

Ważny dział stanowią „komunikaty z laboratoriów”. Badacze nasi streszczają tu wyniki swych prac, które obszernie ogłoszone być mają w specjalnych czasopismach „archiwalnych”. Redakcji „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” pozwalamy sobie szczególną zwrócić uwagę na ten dział, znany nam już zresztą z niektórych czasopism zagranicznych. Następuje dział „Krytyki”, wreszcie zakończenie zeszytu stanowią notatki „z życia nauki”.

„Wszecławiat” wydany jest starannie, na pięknym papierze; korekta doskonała; językowi nic zarzucić nie można. Ozdobiony jest zeszyt niniejszy licznymi rycinami dobrze odbitymi i doskonale tekst uzupełniającymi (tylko wodospad Niagary wypadł wcale nie imponująco).

Redakcja spoczywa w rękach biologa Jana Dembowskiego, który ma zapewniony współudział fizyka Ludwika Wertensteina. Symbioza ta, bardzo szczęśliwie pomyślana, wróży pismu dobrą przyszłość.

M. F.

Patologia kliniczna i doświadczalna

RAAB. O nadmiernej wentylacji. (D. m. W. N. 34, 1929)

Mandowsky otrzymywał przy nadmiernym wydechu inne zmiany w zachowaniu się ciśnienia krwi, aniżeli autor w swoich doświadczeniach. Przypisać to należy warunkom, w jakich badania się odbywały. Mandowsky mówi o wydychaniu b. wzmożonym, podczas którego dochodziło nawet do objawów dusznicy bolesnej oraz znacznego podniecenia psychicznego. Obok wydalenia więc bezwodnika węglowego wchodziły w rachubę wzmożona praca mięśniowa oraz uraz psychiczny. Autor badania swe wykonywał w zupełnym spokoju i po 15—20 minutach głębokiego spokojnego wydychania nie otrzymywał żadnych objawów ubocznych. Dla otrzymania przekonujących wyników należy badanie nad wpływem wzmożonego wydychania na ciśnienie krwi przeprowadzać w zupełnym spokoju, zwłaszcza u chorych z ciśnieniem zmiennym. U chorych z niedomogą sercową autor nie przeprowadzał badań. Dzięki odmiennej technice otrzymywane wyniki przez obu autorów przedstawiały się następująco:

a) u osobników normalnych według Mandowskiego występował stale spadek ciśnienia; według Raaba — nie) znaczny spadek lub podniesienie;

b) u osobników z nadciśnieniem ustalonym według Mandowskiego jak w grupie poprzedniej; według Raaba — stale spadek ciśnienia w przeciwstawieniu do osobników normalnych;

c) u osobników z nadciśnieniem zmiennym stwierdzał Mandowsky podniesienie się ciśnienia, Raab zaś spadek ciśnienia.

Wanda Franzówna.

S. RYBINSKY. O znaczeniu układu siateczkowo-śródbłonkowego we włośnicy (Ukr. Med. Archiw t. IV, z 2).

Aby określić znaczenie układu siateczkowo-śródbłonkowego w patologii włośnicy, karmił autor myszy mięsem wieprzowem, sawierajacem włośnię, i badał je w ciągu 1—3 miesięcy. Układ siateczkowo-śródbłonkowy wykazał przyżyciowe barwienie się błękitem trypanowym. Mięśnie były badane w skrawkach bez następczego barwienia. Pierwsza komórka układu siateczkowo-śródbłonkowego ukazuje się na biegunie torebki włośnicy, a następnie widać, jak komórki te otaczają ze wszystkich stron torebkę. Dowodzi to, że zarówno ten twór, jak i sam pasorzyt są dla ustroju ciałami obcymi. Na biegunach torebki tworzą się stożki, składające się z komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego.

W komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego odkładają się sole wapnia. Wzdłuż zwyrodniałych włókien mięsnych układają się również takie komórki: komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego, otaczające torebkę włośnicy, pochodzą przeważnie z tkanki łącznej, otaczającej mięsień.

Henryk Landau.

E. FREUND. O wpływie schorzeń w zakresie pierścienia barkowego na oddychanie i kształt klatki piersiowej (Wien. Arch. f. inn. Med. t. XVIII).

W schorzeniach pierścienia barkowego przednie górne i tylne dolne odcinki klatki piersiowej są mniej ruchome po stronie chorej, aniżeli zdrowej. Zależy to zarówno od powłóczenia strony chorej, jak i od zastępczego intensywniejszego oddychania strony zdrowej. Jeśli schorzenie trwa dłużej, może przyjść do stałych zmian klatki piersiowej: klatka piersiowa ulega po stronie chorej spłaszczeniu, przestrzenie międzyżebrowe stają się węższe i mniej się od siebie oddalają przy głębokim oddychaniu, aniżeli po stronie zdrowej. Ze zmian, prowadzących do zaburzeń oddychania, wchodzi w rachubę przede wszystkim ciężkie zakażenia stawu. Nawet zmiany w dalej na obwodzie położonych stawach, wywołujące unieruchomienie stawu barkowego mogą spowodować zaburzenia oddychania. Podobny wpływ wywołują schorzenia torebki stawowej, stawu barkowo-obończykowego, złamania obojczyka, choroby mięśni, unieruchamiające staw. W przypadkach łagodnych natury zapalne zmiany mogą się cofnąć. Zmiany w oddychaniu są pochodzenia nerwowo-mięśniowego: wskutek bólów następuje oszczędzanie chorej strony i jej bezczynność. Silne przywiedzenie ramienia i wielotygodniowe opatrunki upośledzają mechanicznie oddychanie. Ważną rolę odgrywają procesy odruchowe w sensie Mackenziego.

Henryk Landau.

B. LIPSCHÜTZ. O wywoływaniu guzów za pomocą krwi zwierząt z guzami (Wien. kl. Woch. 50. 1929).

Krew myszy, którym dootrzewnowo zaszczerpiono mięsaki, zastrzyknięta podskórnie zdrowym myszom, spowodowała w 3 przypadkach (na ogólnej liczbie 19) powstanie w miejscu zastrzyknięcia nowotworów o budowie identycznej z nowotworem, służącym na punkt wyjścia, dających się dalej przeszczerpować. Ponieważ we krwi ludzi i zwierząt z nowotworami znajdowano komórki nowotworowe, obecność ich jest, prawdopodobnie, przyczyną nowotworów, wywołanych przez zastrzyknięcie krwi zwierząt z nowotworami. U ludzi nie stwierdzono dotąd ani jednego przypadku przeniesienia nowotworu przez zetknięcie się krwi chorego z nowotworem z uszkodzoną skórą innego osobnika, choć chirurgom zdarza się to stosunkowo często.

Henryk Landau.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

Josef ZIKOWSKY. O anginie Plaut-Vincenta. Przyczynek do sprawy anginy z reakcją limfatyczną. (Wiener Klin. Wochenschr. № 42, 1929).

Angina Plaut-Vincenta, wywołwana przez krętki i pałeczki wrzecionowate, występuje w 2-uch postaciach: I-sza-ang. P. V. *ulcerosa* klinicznie bez nasilonych objawów ogólnych, bez gorączki, zwykle jednostronna i II-ga-ang. P. V. *pseudomembranacea* z ciężkimi objawami ogólnymi, wysoką ciepłotą, zwykle dwustronna, nieraz ze znacznym powiększeniem śledziony i obrzmieniem gruczołów limfatycznych, wykazuje często charakterystyczny morfologiczny obraz krwi. Zarówno w jednej, jak i drugiej postaci obraz ten ma te same cechy, jednak w postaci drugiej wystę-

puje częściej i jest wyraźniejszy, charakteryzując się leukocytozą (do 16.000) oraz limfocytozą (nawet do 80%).

Na zasadzie obserwacji 13 przypadków anginy z reakcją limfatyczną i porównania ich z morfologicznym obrazem krwi w kile w różnych okresach i w *stomatitis ulcerosa auto*^r dochodzi do wniosków następujących:

1. Angina z reakcją limfatyczną, charakteryzująca się gorączką, obrzmieniem gruczołów limfatycznych, obrzmieniem śledziony i limfocytozą, jest fuzospirochlozą. (*a. pseudomembranacea* lub *pseudodiphtheritica*).

2. Wybitną analogię wykazuje *angina Plaut-Vincent ulcerosa, stomatitis ulcerosa, lues*

4. Zejście choroby jest zawsze pomyślne, cofanie się reakcji limfatycznej — b. powolne.

4. Związek z białaczką limfatyczną, do której ta choroba morfologicznie się zbliża, jest zupełnie nieprawdopodobny.

5. Przypadki chorobowe, opisane jako mononukleozy gorączki gruczolowe, anginy monocytowe, są po większej części fuzospirochlozami.

Artykuł powyżej streszczony, wywołał żywą dyskusję na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarzy w Wiedniu z d. 25.X r. b., w której brali udział Vogl, Schwarzwald, Silberstein, Lehnendorff, Bondi, Decastello, Holler, Jagić i Paschkis. Wszyscy zgodnie wypowiedzieli się przeciwko wnioskowi Zikowskiego, jakoby wszelkie mononukleozy i t. p. przypadki chorobowe były fuzospirochlozami. Zikowski obserwował jedynie ciężkie przypadki anginy Plaut-Vincenta; w rzeczywistości były to te przypadki mononukleozy, które powikłały się angina rzekomobłoniasta, i w którym to okresie trafiły pod jego opiekę. Błędem Zikowskiego było to, że jeden z objawów choroby którym była angina, wziął za podstawę do rozpoznania, a z innych współrzędnych objawów uczynił objawy niesłusznie rozpoznanego schorzenia głównego. Dla Schwarzwalda nie ulega wątpliwości, że istnieje odrębny zarazek limfotropowy, wywołujący t. zw. reakcję limfatyczną — obrzmienie gruczołów chłonnych i śledziony z całym charakterystycznym niejednokrotnie opisywanym zespołem klinicznym i określanym, jako mononukleozą gorączkową gruczolową Pfeiffera i t. p. W dalszych okresach tej choroby może występować zajęcie gardzieli, nawet w postaci anginy Plaut-Vincenta, której jednak nie można uważać za schorzenie główne. (wedł. Wien. kl. Woch. № 44).

M. Weintal.

J. ZIKOWSKY. Odpowiedź. (Wiener Klin. Wochschr. 1929. № 46).

W odpowiedzi na dyskusję powyższą Zikowski stwierdza, co następuje:

Dotychczas ogólnie uważano, że obraz morfologiczny krwi w anginie Plaut-Vincenta charakteryzuje się zwykłą leukocytozą, i jeszcze w styczniu r. b. pisał w ten sposób Schwarzwald, który obecnie nie zgadza się z wnioskami Zikowskiego. Zikowski natomiast pierwszy stwierdził, że charakterystyczną dla anginy P.-V. jest nie tylko leukocytoza, ale także limfocytoza. Jest rzeczą dla autora absolutnie pewną, że obserwowane przez niego przypadki anginy były schorzeniem pierwotnym, a nie objawem jakiejś choroby układu chłonnego, jak twierdzą oponenci. A jeśli tak, to nie ma powodu do twierdzenia, że między fuzospirochlozą jaką jest angina Plaut-Vincenta, a reakcją limfatyczną nie ma żadnego związku. Owszem, fuzospirochloza może być owym limfotropowym zarazkiem, wywołującym mononukleozę czy gorączkę gruczolową.

Badania nad tą sprawą są jeszcze w toku, i przyszłość pokaże, czy przypuszczenia autora są słuszne.

M. Weintal.

E. PRÁSEK i M. PRICA. Wiązanie dopełniacza w twardzieli. (Acta oto-laryngologica, t. XIII, z. 1).

Odczyn wiązania dopełniacza w twardzieli daje całkowicie swoiste wyniki. O ile stosuje się odpowiednie antygeny. to odczyn wypadła stałe dodatnio zarówno w przypadkach przewlekłych, jak i we wczesnych okresach twardzieli. Najbardziej nadaje się do odczynu antygen Bordet-Gengou, otrzymany z bakterji, rozpuszczonych w moczniku, oraz wodny wyciąg bakteryjny.

Autorom udało się przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza otrzymać dodatnie wyniki między innymi u członków pownej rodziny, z której jedynie u kilku obecne były objawy kliniczne twardzieli.

Na tej podstawie można przypuszczać, że rozpoznanie tego cierpienia na drodze serologicznej da się ustalić przed wystąpieniem objawów klinicznych

J. Tencer.

Choroby serca i naczyń.

∞ D. DANIEŁOPOŁU. L'angine de poitrine et l'angine abdominale. (Symptomatologia, etiologia, patogeniza, leczenie wewnętrzne i chirurgiczne). Str. 444. Wyd. Masson et Cie Paryż 1928.

Wielce w ostatnim dziesięcioleciu zasłużony i zaszczytnie znany na polu badań układu autonomicznego uczony rumuński zebrał odnośny materiał swój, dotyczący rozdziału dusznicy bolesnej klatki piersiowej i jamy brzusznej w dużej, blisko 500 str.-in 4^o zajmującej monografię. Wydawca Masson nie szczędził kosztów i luksusowo ozdobił cenną księgę 159 pięknymi rysunkami, zwykłymi i wielobarwnymi.

Za najbardziej oryginalny uważam obszerny rozdział o patogenizie, obejmujący całe 200 str. druku, za najbardziej krytyczny zaś dział leczniczy. Dodać wypada, że Danielopolu znakomicie wzbogacił, o czym od lat kilku wiadomo, nasze wiadomości z grubej anatomji patologicznej i subtelnej histologii serca i aorty oraz ich włókien, zwojów i torów nerwowych.

Pilny czytelnik znajdzie całą bibliografię i spis autorów.

Do szczegółowej oceny, która wypadłaby zbyt obszernie, książka, jednakowo interesująca internistę i neurologa, nie nadaje się.

H. Higier.

FAHR. O nadciśnieniu (D. m. W. № 35. 1929)

Według autora nadciśnienie, jako jednostka chorobowa, nie istnieje; jest ono jedynie objawem, zależnym od wielu czynników. Dużą rolę w powstaniu nadciśnienia stałego odgrywają sprawy chorobowe nerek. Przypadki, w których wzmożone ciśnienie opada lub wcale nie występuje, jak to ma miejsce w nerce sublimatowej, uzależnia autor od osłabienia mięśnia sercowego oraz od porażenia nerwów naczynioruchowych.

Wanda Franzówna.

G. MOSCHOWITZ. O przyczynach nadciśnienia w krążeniu dużym. (J. Am. Med. Ass. Tom 93, Nr. 5, 1929)

Patologia zna cały szereg spraw, które sprzyjają niejako powstawaniu nadciśnienia, jednakże żadna z tych spraw nie jest wyłączną.

Jak np. okres przekwitania uważany przez wielu za jedną z przyczyn nadciśnienia jest nią li tylko o tyle, że za-

zwyczaj współistnieje z szeregiem innych stanów chorobowych, sprzyjających powstawaniu nadciśnienia. Stwierdzono bowiem że klimakterjum sztuczne wywołane u osób młodych, przez, zniesienie czynności gruczołów rozrodczych — zazwyczaj nie łączy się z nadciśnieniem.

Ostatnio *Bardley* i *Baker* stwierdzili, że u osób z nadciśnieniem zawsze można znaleźć zmiany miażdżycowe w tętniczkach rdzenia przedłużonego i mostu. Fakt ten, wspólnie ze spostrzeżeniem *Starlinga* i *Anrepa*, że zmniejszenie dopływu krwi do mózgu wywołuje odruchowo wzmożenie ciśnienia w krążeniu dużym, nasuwa pewne wnioski co do etiologii nadciśnienia, tembardziej, że jakoby zmian miażdżycowych w tętniczkach mózgowia nie stwierdza się, o ile niema nadciśnienia. Teoria ta ma wiele prawdopodobieństwa.

Cały szereg momentów etiologicznych wchodzi poza to w grę: sprawy zwężenia koryta krwioobiegu dużego przez sprawy wrodzone, sprawy wydzielania wewnętrznego, schorzenia tętniczek i naczyń włosowatych, zaburzenia w czynności nadnerczy, wreszcie nawet czynniki psychorodne, oraz oporu obwodowego.

Nie należy się przeto dziwić, że dotychczas nie znaleziono jeszcze substancji, któraby wywoływała wyłącznie samo podniesienie ciśnienia obwodowego.

Z czynników wymienionych bardzo ważnym jest czynnik psychiczny. Występuje on już niekiedy w bardzo młodym wieku, wpływając wybitnie na ukształtowanie się fizyczne.

Dziedziczność nadciśnienia należy także rozumieć w ten sposób, że dziedziczy się wprawdzie pewne usposobienie, lecz jednocześnie wpływają czynniki takie, jak pewne wychowanie, tryb życia i t. p.

Związek nadciśnienia np. z zespołem *Basedowa* ma swe źródło także w czynnikach psychicznych, które wpływają wybitnie na powstanie i rozwój nadczynności tarczycy.

Nadciśnienie, rozwijające się w następstwie przebytego zapalenia kłębuszków nerkowych, nie jest prostym następstwem tej sprawy, lecz, raczej, ogólnego schorzenia naczyń włosowatych.

Nadmierne ciśnienie w krążeniu małym natomiast jest, zawsze pochodzenia mechanicznego.

Odrzucić natomiast należy tezę, że okres przekwitania jest czynnikiem wywołującym w powstawaniu nadciśnienia.

B. G.

P. MARTINI. Zespół objawów hipotonji i jego leczenie. (*Ther. der Gegenwart*, paźdz. 1929)

Dla wysokości normalnego ciśnienia krwi mają duże znaczenie momenty konstytucyjne, geograficzne, klimatyczne i rasowe. W Niemczech można przyjąć za dolną granicę normy 105 mm. Hg. dla mężczyzny, 100 mm. Hg. dla kobiety. Niskie ciśnienie jest niezbędnym objawem zespołu hipotonicznego, który jest jednak tylko częściowo przez nie uwarunkowany, pamiętać jednak należy, że jest ono tylko jednym choć bezwarunkowym objawem tego zespołu. Innymi objawami tego zespołu są: szybkie występowanie przemęczenia umysłowego, skłonność do zawrotów głowy i omdleń, bóle głowy, uczucie ściskania w okolicy serca, stan astmatoidny — duszność, występująca w wysokiej temperaturze powietrza, przy niskim ciśnieniu powietrza, przy parnej pogodzie, występowanie potów, wielomocz, fosfaturja, błyszczące oczy, drżenie powiek, zaburzenia żołądkowe (zwłaszcza opadnięcie trzew) i inne cechy konstytucji astenicznej. Prawdopodobną przyczyną niskiego ciśnienia jest nadmierna podatność ścian dużych i średnich tętnic oraz zmniejszenie oporów w najdrobniejszych naczyniach. Najważniejszym momentem jest nieprawidłowość konstytucyjna, za czem przemawiałyby charakter asteniczny i występowanie rodzinne. W powstawaniu

tego zespołu biorą, zapewne, duży udział gruczoły wydzielania wewnętrznego: nadnercza, tarczyca, przysadka mózgowa i gruczoły płciowe, ale dotąd brak pewnych dowodów tego. Póki etiologia zespołu hipotonicznego nie jest znana, nie może być, oczywiście, mowy o leczeniu przyczynowym. Organoterapia zawiodła pokładane w niej nadzieje. Ogólne wzmacnianie ustroju, długotrwały pobyt w górach lub na wsi usuwają dolegliwości, a czasem powodują podniesienie ciśnienia. Prymitywnym, ale często pożytecznym środkiem jest pobudzenie sen. Dobre usługi oddają zabiegi wodolecznicze. Nadużywanie tytoniu jest szkodliwe, umiarkowane palenie nie powinno ulegać zakazowi, kawa i Kola wpływają pomyślnie na ogólny stan pacjentów. Podawanie strychniny z ergotyną jest bezskuteczne. Ze środków, podnoszących ciśnienie, wchodzi w rachubę: adrenalina, efedryna i identyczna z nią syntetyczna efetonina. W razie zapaści robi się zastrzykiwania podskórne tych środków. Adrenalinę stosuje się z dobrym wynikiem w stanach astmatoidnych w postaci proszku do wciągania do nosa (*Suprarenini* 0,005, *Saccb. lact.* 4,0, *Ac. bor. pulv.* 1,0). Dobre usługi oddaje podawanie doustne efedryny i efetoniny: zaczynać należy od 25 mgr. ($\frac{1}{2}$ tabletki), a nawet 12,5 mgr., a dojść można do 50 mgr. na dawkę; najlepiej jest stosować małe, a częste dawki tych środków (10 razy dziennie po $\frac{1}{4}$ tabletki - 125 mgr.). Nie jest to leczenie przyczynowe, ale bardzo dobre objawowe, choć niektórzy chorzy nie reagują lub też źle reagują na efedrynę.

Henryk Landau

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

A. M. MASTER i E. T. OPPENHEIMER. Studium o otyłości. (*J. Am. Med. Ass.* Tom 92, № 20 / 1929).

W 67% przypadków otyłości stwierdzono wzmożone ciśnienie krwi. Przyspieszone tętno jest również częstym zjawiskiem. Zazwyczaj stopień nadciśnienia idzie w parze z wysoką wagą, i wraz ze spadkiem wagi opada.

Z wiekiem ciśnienie krwi u otyłych wzrasta, i jest proporcjonalne do długości istnienia otyłości.

Wytrzymałość na wysiłki u otyłych jest nawet u osobników młodych poniżej normy. Bardzo szybko zjawiają się duszność, zmęczenie a nawet sinica. Wraz ze spadkiem wagi objawy te stopniowo zanikają i wytrzymałość się zwiększa.

Poniżej lat 30, lekka otyłość jest raczej pożądana, osobnicy tacy mają raczej zwiększoną wydolność pracy.

Rentgenologicznie stwierdza się u otyłych t. zw. budowę steniczną czy hypersteniczną, uniesienie przepony i rozszerzone serce, z przerostą lewą komorą i zamglonym zarysem lewego brzegu naskutek przerostu tłuszczem osierdzia. Przy schudnięciu cechy te zanikają.

Elektrokardjogram otyłych wykazuje: niemiarywość t. zw. węzłową, przewagę lewej komory, odwrócenie fali P. i T. Cechy te zanikają przy schudnięciu.

U otyłych istnieje tedy zaburzenie krążenia, objawiające się w wyższym ciśnieniu, przyspieszeniu tętna, w charakterystycznych rentgeno — i elektrokardjogramach i wreszcie w zmniejszonej zdolności do pracy.

Nie trudno zrozumieć, dlaczego otyły osobnik jest nieodpowiednim materiałem do zabiegu chirurgicznego i dlaczego śmiertelność u otyłych z powodu zapalenia płuc, chorób nerek i serca jest znacznie większa.

Można też łatwo zrozumieć, dlaczego schudnięcie wpływa dodatnio na stan ogólny chorych na serce (wady zastawkowe, nadmierne ciśnienie, schorzenia naczyń wieńcowych).

B. Goldstein

STRAUSS. Związek pomiędzy cierpieniami pęcherzyka żółciowego a cukrzycą. (D. m. W. Nr. 35. 1929).

Cukrzycę, jako następstwo cierpień pęcherzyka żółciowego, spostrzegał autor rzadko — zaledwie w 1,5 %. Cierpienia pęcherzyka żółciowego u chorych cukrzyczych spostrzegał autor w 14,8%, przyczem 2 razy częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Liczby te są znacznie mniejsze od liczb, podawanych przez innych badaczy. Również w przebiegu stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego spostrzegał autor okresowe uszkodzenia trzustki. Autor proponuje podawanie insuliny w sprawach zapalnych pęcherzyka żółciowego w przebiegu nawet lekkiej cukrzycy, gdyż wtedy można stosować dietę węglowodanową, sprzyjającą leczeniu tego cierpienia.

Wanda Franzówna.

P. A. WADE. Wapń i cholesteryna w odniesieniu do aparatu tarczycznego. (Am. J. Med. Sc. Tom. 177, Nr. 6 1929).

Według autora podawanie tranu w ilościach od 20 do 50 cm. sz. w ciągu okresu od 14 do 30 dni przed zabiegiem przedłuża życie psom, u których usunięto tarczycę i przytarczycza. Tężyczka zjawia się później i jest słabsza co do nasilenia. Ilość wapnia spada po operacji podobnie, jak u zwierząt kontrolnych, a nawet poniżej tego poziomu.

Zwierzęta takie mogą żyć dość długo, o ile im podano dostateczną ilość tranu. Jednakże u takich zwierząt w każdej chwili może nastąpić śmierć wśród objawów tężyczki.

Zauważyć można wyraźny związek pomiędzy przemianą

wapnia a cholesteryny. Spadek ilości wapnia zbiega się ze zwiększeniem ilości cholesteryny i odwrotnie. Tak np. w czasie tężyczki doświadczalnej — wzrost ilości cholesteryny przypada na okres spadku ilości wapnia.

W chorobach tarczycy — poziom wapnia w surowicy krwi był wyraźnie niższy, aniżeli normalnie — zaś po zabiegu operacyjnym leczniczym nastąpiło powiększenie kalcemji, przyczem jednocześnie ilość cholesteryny, która przedtem była wysoka, opadła.

Podawanie mleczanu wapnia w przyp. choroby Basedowa pogarsza stan chorego.

Tężyczka wystąpiła w 1 przypadku w 3 dni po operacji. Anatomicznie gruczoły przytarczyczne, zdaje się, były nieknięte, zaś niski poziom Ca nie zmienił się po operacji. Ilość cholesteryny była również niska po zabiegu.

B. Goldstein.

Z. ZIMMERMANN. Wytrzeszcz po operacyjnym leczeniu chor. Basedowa. (Am. J. Med. Sc. T. 179, Nr. 1. 1929).

Autor podaje szereg przypadków choroby Basedowa, w których po operacyjnym leczeniu wystąpiły objawy wytrzeszczu w większym stopniu, aniżeli istniały przed zabiegiem. Objawy te nie poddawały się żadnemu leczeniu tarczycznemu, pomimo że metabolizm oraz wszystkie dane kliniczne przemawiały za zmniejszeniem się czynności tarczycy.

Istota tego zjawiska jest nieznana.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

S. Wolff ostrzega przed stosowaniem *vigantolu* przez osoby niepowołane (pielęgniarki, akuszerki): osesek, który dostawał 3 razy dziennie po 9 kropel *vigantolu* od 2-go do 6-go miesiąca życia, zdradzał bardzo niepokojące objawy osłabienia serca, które w zupełności ustąpiły dopiero po 4 tygodniach (D. m. W. 1930 Nr. 1).

—o—

Do krótkotrwałego usypiania w położnictwie stosuje W. Kuhl *chlorok etylu*. U pierwiastek w chwili rozpoczynającego się porodu daje się narkotyk kroplami; zupełne zwiótnienie tkanek daje się osiągnąć za pomocą zastrzyknięcia 0,01—0,015 morfiny podczas przerzynania się główki. U wieloródek w okresie ukazywania się główki w głębi stosuje się niewielkie ilości chloroku etylu. (Ztbl. f. Gynaek. 1930 Nr. 2).

—o—

Morawitz widział dobre wyniki leczenia *krwawiczki* (*baemophila*) przetworem *Nateina*, składającym się z witamin

A, B, C, D z dodatkiem 20 gr. fosforanu wapnia w cukrz mlecznym (Ther. d. Gegenw. 1930 Nr. 1).

—o—

Driels podaje również wynik dodatni zastosowanie *Nateiny* u dziecka 7 letniego, dotkniętego *krwawiczką*. (D. m. W. 1930 Nr. 1).

—o—

Według spostrzeżeń Schönera *świeże mleko naswietlane* zapobiega rozwinięciu się *krzywicy* wśród osesków, żyjących w złych warunkach społecznych (D. m. W. 1929 str. 1629).

—o—

H. Fecht stosował we wszelkich postaciach *gruźlicy płucnej Tanatoftizynę* — surowicę koni, uodpornionych wyciągami z gruźliczych (serowatych) narządów bydła rogatego. W 25% wszystkich przypadków F. otrzymał wyleczenie kliniczne (Z. f. Tbk. 1929. Z 54).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

XXXII posiedzenie naukowe z dnia 31 maja 1929 r.

Prezes — Grudziński Z. Sekretarz — Adelfang H. obecnych 40.

Porządek dzienny.

1. Projekt regulaminu posiedzeń Warszawskiego koła Radjologów.

2. Sabat B. O chorobie Albers-Schoenberga (ukaze się w druku) W dyskusji Mesz zaznacza, że przypadek jest klasyczny, obejmuje bowiem prawie wszystkie kości szkieletu. Zmiany zaś częściowe tylko są dość częste, i każdy rentgenolog w swej praktyce je spotyka.

Adelfang zapytuje, czy prelegent zajmował się patogenetą omawianej choroby, i czy nie są mu znane prace, łączące to schorzenie ze zmianami przysadki mózgowej, której wydzielina wywiera duży wpływ na procesy kostnienia.

3. Sabat B. O rentgenografii międzypośladowej kości ogonowej. O rentgenografii śródodbytniczej. (obie prace ukazały się w druku).

4. Grudziński Z. i Czubański S. *Przypadek wady rozwojowej miedniczek nerkowych i moczowodów.*

Wady rozwojowe w narządzie moczowym są zjawiskiem częstym. Według Schinza stwierdzić się one dają w 50% wszystkich badanych przypadków. Boström na 100 dokonanych obdukcji znalazł w 9 złożeń, dotyczące samych tylko moczowodów. Podobnie brzmią i inne statystyki.

Wady rozwojowe narządu moczowego podzielić można na nast. grupy:

- a). Złoczenia w położeniu, czyli t. zw. dystopje,
- b). Aplazje i hiperplazje.
- c). Nerka podkowiasta.
- d). Nerka torbielowata.

Przypadek referentów dotyczy grupy drugiej. Do grupy tej zaliczamy z jednej strony niedorozwój jednej nerki, (hypoplasia) lub zupełny brak jej (aplasia), z drugiej strony nerki dodatkowe jedno lub dwustronne. W powyższych wadach nerek biorą udział i moczowody w postaci zazwyczaj różnego rodzaju ich rozwidłań. W ten sposób niekiedy od jednej nerki odchodzą dwa moczowody o dwóch ujściach pęcherzowych, w innych znowu przypadkach mocz z dwóch nerek po połączeniu się moczowodów dostaje się przez jedno ujście do pęcherza. W przypadku omawianym mamy po obu stronach po dwie nerki, po dwa moczowody, lecz po jednym ujściu pęcherzowym wskutek łączenia się podwójnych moczowodów w jeden pojedynczy na wysokości kości krzyżowej. Nerki, leżące wyżej, są słabiej rozwinięte od niżej leżących, mają moczowody długie, wijące się; moczowody nerek dolnych są krótkie. Dla rozpoznania tej kategorii wad rozwojowych narządu moczowego niezbędną jest pyelografia; niekiedy dla uzupełnienia badania uciec się należało do sztucznej odmy brzusznej lub okołonerkowej.

Jakkolwiek aplazje i hiperplazje nerek i moczowodów w postaci silnie wyrażonej, nie należą do najczęstszych wad rozwojowych narządu moczowego (rak zupełny nerki po jednej stronie zdarza się podług Schinza w jednym przypadku na 2500 badań sekcyjnych). to jednak ze względu na wielkie ich znaczenie w patologii i w lecnictwie dokładna ich znajomość jest dla lekarza niezbędna.

W dyskusji Drozdowicz zapytuje, jaka jest technika wypełniania drugiego moczowodu płynem kontrastowym.

Mesz: Jak postąpić w przypadku, gdy jeden moczowód nie ma ujścia? Czubański odpowiada, że cewnik wprowadzony był tylko na kilka centymetrów do moczowodu. Referent demonstruje cewnik ze skalą i odpowiednim przyrządem za pomocą którego można w każdej chwili stwierdzić, na jakiej głębokości znajduje się cewnik.

- a). *Przypadek „ropnia wątroby“*
- b). *Przypadek przerzutów raka sutka do płuc.*
- c). *Przypadek zmian stawowych kolanowych w wrodzonym rdzeniu.*
- d). *Przypadek zapalenia szpiku kostnego kości udowej.*
- e). *Przypadek zmian kręgowych kośćca u dziecka.*

6. Sprawy bieżące.

Odczytano list do Zw. Zaw. L. Rzplitej Polskiej, z propozycją urządzenia sekcji radiologicznej przy Związku.

Kol. Elektorowicz zawiadamia, że strzeszenia odczytów, zgłoszonych na zjazd lek. i przyr. polskich, należy nadsyłać do 1 sierpnia r. b. Przyjęto większość 1 głosu regulamin posiedzeń Koła.

H. Adelfang.

XXXIII posiedzenie naukowe z dnia 24 czerwca 1929 r.

Przewodniczący:
W. Zawadowski.

sekretarz:
H. Adelfang.

Porządek dzienny.

1. Zawadowski W. i Żołędziowski Z. *Z doświadczeń radioterapeutycznych w okulistyce*, (ukazuje się w druku). W dyskusji Melanowski uważa, że wyniki leczenia gruczolcy zamkniętej oka zapomocą pirquetacji są zwykle dość pewne i pewniejsze, niż leczenie promieniami R. Natomiast należałoby opracować technikę leczenia promieniami R. owrzodzeń powiek, spojówek i t. d., t. j. tzw. gruczolcy otwartej, w której leczenie tuberkuliną nie daje wyników. Być może, że pewną pomoc okaże tu także i leczenie naświetlaniami lampą uwiolową wg. Birch-Hirschfelda, z którym rozpoczynamy obecnie szereg doświadczeń w klinice.

Bruner podkreśla, że w gruczolcy skóry już dawno kombinują leczenie promieniami miejscowe z ogólnem. Pozostaje tylko otwarta sprawa, czy należy stosować naświetlanie ogólne lampami kwarcowymi, czy też lampami lukowymi. B. stosuje w swojej pracowni szpitalnej naświetlanie ogólne lampami kwarcowymi, przyczem stara się zawsze otrzymać u chorych rumień na skórze. Finzenoterapia czyli leczenie miejscowe daje w doświadczeniach B. bardzo dobre wyniki w przypadkach wilka spojówki powiekowej oraz w przypadkach *xanthoma palpebrarum*. B. leczył gruczolce schorzenia skóry powiek promieniami granicznymi Buckyego, chcąc uniknąć działania szkodliwego promieni na gałkę oczną. W jednym przypadku gruczolcy rozplywnej owrzodzenie zajmowało część policzka wraz z powieką. Owrzodzenie zagoiło się bardzo szybko. Co się tyczy uszkodzeń gałki ocznej, B. przytacza przypadek, w którym po naświetlaniu figówki (*sy-cosis vulgaris*) wystąpił odczyn pęcherzowy z następstwami owrzodzenia. U chorego tego, widocznie wskutek nieosłonięcia oczu, wystąpiły również objawy owrzodzenia spojówki oraz skóry powiek. W 5 lat po naświetlaniu chory został dotknięty uszkodzeniem późnem pod postacią obustronnej zaćmy popromiennej, zupełnie bez zmian w rogówce i tęczówce.

Kryński: Radioterapię w okulistyce obserwowałem na klinice prof. Axenfelda w przeciągu 3 lat. Wyniki naogół pomyślne. Zastrzeżenie jednak miałbym co do bezkarnego stosowania małych i średnich dawek. Na obfitym materiale kliniki freiburskiej stwierdzono, że przy stosowaniu 1/5 HED. I średniem filtrowaniu w dużym odsetku przypadków występuje wrażliwość na światło już drugiego, trzeciego dnia po naświetlaniu, by następnie minąć i wrócić po 4-5 tygodniach. Wrażliwość ta staje się niekiedy bardzo uciążliwa. W niewielkim odsetku przypadków występują zmiany stałe spojówki i rogówki. Przewidzieć, kiedy zmiany te wystąpią, nie daje się. Jest tylko faktem dowiedzonym, że współistnienie zmian chorobowych skórnych uczula gałkę oczną na działanie promieni X, i w tych przypadkach wskazana jest ostrożność.

Adelfang naświetlał 5 przypadków gruczolcy gałki ocznej i stosował dawki bardzo małe 120—150 R. F. przy filtrze 3 Al. co czwarty dzień. Chorzy otrzymali wszystkiego 5 seansów, czyli w sumie ok. 1/2 HED. Wyniki były bardzo zachęcające.

2. Adelfang H. *O cholecystografii* (ukazuje się w druku).

W dyskusji Grynkraut: Węglowodany nie mają widać innego efektu na pęcherzyk niż tłuszcze, gdyż pęcherzyk wypełnia się równie dobrze w obydwu przypadkach. Zagęszczenie żółci w pęcherzyku nie pozwala na wpuszczenie nowych ilości, zawierających tetrajodfenoltaleinę, która jedynie może dać cień. Otóż mała ilość barwnika mało, a duża lepiej barwi pęcherzyk. Gdy wejście jest mniejsze, cień jest mniejszy. Otrzymanie dobrych wyników dowodzi, że regime nie gra roli, a ma znaczenie dojście tetraiodu do pęcherzyka. (autoreferat).

Lubelczyk: Od czasu zjawienia się preparatu Mercka Jodtetraginost stosuje cholecystografię doustną. W 10 przypadkach cholecystografii sposobem doustnym otrzymałem w 10 przypadkach zarys pęcherzyka, natomiast w jednym nie dostałem obrazu, gdyż chora zapominała zjeść podwieczorek, zawierający dużo tłuszczów. Dlatego też wydaje mi się dziwnem, iż kol. Adelfang otrzymuje zarys pęcherzyka bez podawania tłuszczów, które przyczyniają się do opróżnienia pęcherzyka.

Nie mogę się zgodzić z twierdzeniem kol. Grynkrauta, iż kamień nerkowy, wzgl. moczowodu jest przeszkodą do otrzymania obrazu pęcherzyka, gdyż osobiście mam rentgenogramy z zarysem pęcherzyka i kamieniem nerki.

Drozdowicz: przypuszcza, że wyniki, otrzymane przez kol. Adelfanga, należy tłumaczyć jedynie drogą negowania działania diety węglowodanowej, jako wstrzymującej opróżnienie pęcherzyka. W każdym razie niezbędne jest sprawdzenie doświadczeń tej metody.

Adelfang w odpowiedzi kol. Grynkrautowi zaznacza, że utożsamienie wpływu węglowodanów i tłuszczów na wydzielanie z pęcherzyka żółciowego jest sprzeczne z danymi chemii fizjologicznej. Skoncentrowanie żółci w pęcherzyku nie oznacza jeszcze pełnego pęcherzyka, żółć bowiem zagęszcza się i pozostawia jeszcze dużo wolnego miejsca dla przyplywającej z wątroby żółci. Wpływ zaś węglowodanów, jak i innych pokarmów, na wydzielanie żółci z wątroby jest dość znany choćby z prac kol. Cytronberga.

„Dziwne” wydają mi się wyniki kol. L u b e l c z y k a, które dochodzą prawie do 100% i przewyższają nawet wyniki S a n d s t r o e n a. Szkoda, że kol. L u b e l c z y k nie przedstawił nam dotychczas swoich wyników na posiedzeniach koła. Twierdzenie d-ra D r o z d o w i c z a, że metodę należy sprawdzić, uważam za zupełnie słuszną. Tylko tą drogą daje się zwykle sprawdzać wyniki prac naukowych.

3. Z a w a d o w s k i W. *Wrażenia z pobytu w szpitalach i zakładach radiologicznych Anglii.*

4. R e z n i k o w H. *Pokaz przesłany ochronnej własnego pomysłu.*

H. A d e l f a n g

Z tow. lekarskich zagranicznych.

Nowe przypadki *uczulenia na ipekakuanę* cytowali na posiedz. styczniowym tow. szpit. paryskich (Pr. med. 1930 № 9) Gautier i Joltrain w szpitalu Cochin w Paryżu. U jednej chorej wziewanie minimalnej ilości proszku ipekakuanowego, z którym chora ta dawała szczególnie silny odczyn skórny, spowodowało wprost dramatyczny obraz. Nietylko wystąpił gwałtowny napad astmy, ale jednocześnie zjawily się objawy duszenia się i utrata przytomności. Dopiero półgodzinne sztuczne oddychanie z pociąganiem rytmicznym języka i licznymi zastrzykowaniami ewatminy, kofeiny i eteru uratowały chorą od niechybnej śmierci. Chora zresztą od tego czasu uwolniła się od astmy. Pasteur Vallery-Radot zwraca w dyskusji uwagę na to, że termin *odczulenie* nie jest słuszny, gdyż leczeniem swoistem osiągamy przyzwyczajenie, a nie odczulenie, skoro odczyn skórny trwa i po przyzwyczajeniu chorych do danego środka.

Skuteczność leczenia skombinowanego za pomocą *Lugolia i insuliny* w przypadku choroby Basedowe demonstrował

Mouriquand na posiedzeniu styczniowym tow. lek. szpit. w Lugdunie (Pr. med. 1930 № 10). Szło o chorą, która poza typowym Basedowem z lekkim wytrzeszczem i niewielkim przerostem gruczołu tarczowego, miała cukromocz i wzmożoną przemianę podstawową (46, t. j. o 28% więcej). Podawanie Lugola po 5 kropel dziennie z początku z wznastającą stopniowo dawką spowodowało wyraźną poprawę. (przem. podstaw. 37,5). W dalszym jednak ciągu ani sam Lugol, ani insulina nie dawały żadnego efektu. Dopiero jednoczesne podawanie Lugola i insuliny tak nadzwyczajnie poprawiło stan chorej, że można ją było poddać operacji.

Insulinę leczyli owróżdzenie żółdka i dwunastnicy Cade i Barral (tow. lek. szpit. w Lugdunie—Pr. med. Nr. 10) w 25 przypadkach. Zupełna poprawa nastąpiła u 5 chorych już po 3-m, a nawet 1-em zastrzyknięciu, u sześciu insulina spowodowała ulgę, zaś wraz z glukozą zupełne zniknięcie dolegliwości (20–80 gr. pół godziny przed zastrzyknięciem); u 4-ech nie było poprawy i u 3-ech podczas operacji znaleziono zapalenie okołożółdkowe, wreszcie u 4-ech nie można było przeprowadzić kuracji całkowitej. Wstrzykiwano po 15 jednostek dziennie w ciągu 20–25 dni.

Wreszcie na tem samem posiedzeniu G a t é i B a r r a l wypowiadali swe uwagi o *leczeniu insuliną owróżdzeń goleni* na podstawie 19 przypadków, niekiedy kombinując insulinę z glukozą i otrzymując naogół dobre wyniki.

O *działaniu soli magnezu na powstawanie guzów smołowych* mówił M a r r i l l a z na posiedzeniu lutym akademii lekarskiej w Paryżu (Pr. med. № 12). Doświadczenia na królikach dowodzą, że chlorek magnezu opóźnia, a nawet hamuje rozwój nowotworów smołowych, nie pozwalając na przyjmowanie przebiegu złośliwego. Daje się to jednak zauważyć tylko u zwierząt normalnych, gdy tymczasem u albinosów to działanie dodatnie magnezu nie przejawia się. Do wyleczenia zmian typowych nigdy nie udało się doprowadzić.

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).

(Dokończ. p. Nr. 7.)

II

Materiał Komisji wojskowo lekarskich daje jednak olbrzymią liczbę niezbitych stwierdzeń przypadków symulacji, z których podamy tu tylko najbardziej charakterystyczne, gdyż cały tom nie wyczerpałby ciekawej kazuistyki wszystkich lekarzy.

Będąc członkiem Komisji lekarskiej wojskowej od r. 1915-1918, zbadałem około 80 000 poborowych i żołnierzy wojska rosyjskiego; Komisja urzędowała przy różnych szpitalach wojskowych, a podejrzewani o symulację ulegali ścisłej kontroli i obserwacji lekarzy specjalistów.

Przypadek 1-szy. Były student Wyższych Kursów Handlowych w Petersburgu, lat 28, na oddziale wewnętrznym Piotrogrodzkiego Aleksandrowskiego szpitala wojskowego skarży się na bóle klatki piersiowej, kaszel i klucie pod łopatką t^o 36,2°-37,5°. Kilka zdjęć rentgenowskich, dokonanych w Wojsk. Akademii Medycznej przez wybitnego rentgenologa, wykazuje powiększenie gruczołów węzkowych, miejscami zwapniałych, naciekzenia i zaciemnienie szczytów płuc. Badanie bakterjo-

logiczne, dokonane przez profesora S. w laboratorium szpitala wykazało w płwocinie obecność laseczników K o c h a po 2-3 w polu widzenia. Krew, mocz, kał bez szczególnych zmian. Badanie kliniczne: przy wysłuchiowaniu zanotowano przygluszoną wydech /pacjent nie mógł podczas badania oddychać pełną piersią/, opukiwanie dało stłumienie nieznaczne pr. szczytu płuc. Pacjent przedstawił kilka orzeczeń prof. medycyny potwierdzających powyższe. I. Rozpoznanie: gruźlica płuc. II. Rozpoznanie: symulacja gruźlicy.

Badany przedłożył rentgenogramy innego pacjenta chorego na gruźlicę, płwocinę do badania zabierał od swego sąsiada gruźlika, a gdy padło podejrzenie—przed przybyciem do laboratorium brał ją do ust, za 3-cim razem przed splunięciem na zapytanie profesora nie mógł otworzyć ust i w ten sposób wykrył swą symulację. Ciepłotę ciała do 37,5° wywoływał sztucznie, a zanotowane w historii choroby wyniki badania klinicznego płuc (*de facto* zmian w płucach nie było), ordynator wpisał pod wpływem sugestji na zasadzie wyników badania rentgenologicznego i bakteriologicznego, dokonanych przez swoich nauczycieli. Na prośbę ojca—znanego dygnitarza w P. i ze względu na tak okropną infekcję, na którą mógł ew. zachorować symulant, nie zastosowano represji sądowych, i student został, jako zdrowy, wcielony do armii na linii frontu.

Przypadek 2.- Żołnierz, lat 32, skarży się na bóle w okolicy nerek. W moczu stale duży odsetek białka, osad bakterie. I. Rozpoznanie: przewł. zapalenie nerek. VIII. Rozpoznanie: symulacja zapał. nerek. Udający tę chorobę posiadał gumową gruszkę, zawsze pełną moczu, pochodzącego od chorego na zapalenie nerek, lub zawierającego białko płynu. Przed badaniem nadzwyczaj zżęcznie wlewał zawartość gruszki przy oddawaniu moczu pod dozorem lekarza, przy 8-mem

nagłem badaniu w nocy pacjent swój przyrząd zostawił pod poduszką, a w moczu zmian nie stwierdzono.

Przypadek 3. - Żołnierz 1.38. - I. Rozpoznanie Komijsyne: - symulacja przepukliny pachwinowej prawostronnej, nie posiadającej przy badaniu przez kanał pachwinowy i przy kaszaniu cech przepukliny. Pod wpływem nagrzewania wyraźnie wystający dosyć twardy guz zaczął się zmniejszać, przechodząc w miękką płynną konsystencję, gdyż guz powstał z powodu umyślnego zatrzyknięcia parafiny. Kanał pachwinowy również był sztucznie rozszerzany, lecz bez skutku.

Przypadek 4. - Rolnik 35 1. z owalną raną lew. goleń, rozmiarów 50 gr. monety. 1/2 cm. głęboką, o zupełnie równych brzegach; gładkie, świecące, równe dno ropiejące; wokoło owrzodzenia naciek skóry ciemno-brunatnego koloru; z kilku otworów skóry przy naciskaniu wydziela się ciemny płyn. III. Rozpoznanie symulacja wrzodu goleni, wywołana zastrzyknięciem żrących i drażniących olejków (*ol. crotonis*).

Przypadek 5. - Oficer 1.41 - rozpoznanie I: rwa kulszowa z charakterystycznymi objawami i ściśle umiejscowionymi bólami. Rozpoznanie na 19 dzień: symulacja zap. nerwu kulszowego według podręcznika chorób nerwowych Strümpella, z którego udający stale studiował tę chorobę, apo stwierdzeniu powyższego przyznał się lekarzowi i natychmiast „wyzdrowiał”.

Przypadek 6. - Ślusarz 1.29 ze skargami na głuchotę jednego ucha po niedawno przebytem ropnem zapaleniu ucha środkowego. Rozpoznanie II: symulacja przedziurawienia błony bębenkowej ucha wskutek nieudatnie dokonanego uszkodzenia, ślady oparzenia płynami żrącymi.

Przypadek 7. - Ogrodnik 1.36 z objawami wrzodu żołądka i stałymi wymiotami 1—2 godz. po spożyciu wszelkich pokarmów, nie wyłączając mleka. Rentgen, badanie soku żołądkowego, moczu i krwi poważniejszych odchyśleń od normy nie wykazują. Rozp. I: — wymioty na tle nerwicy żołądka? Rozpoznanie w dniu 20-tym: symulacja wrzodu żołądka — przez wkładanie dwóch palców do gardła, które zręcznie i niewidzialnie dokonywane było i przy lekarzu a stwierdzone przez obsługę szpitala.

Przypadek 8. - St. szeregowiec były kupiec 1.32 — skargi na bóle w stawach kończyn dolnych, upośledzające ruchy bez obiektywnych zmian przy normalnej temperaturze ciała. Kuleje na lewą nogę. Rozpoznanie I: przewł. gościec stawowy. — Rozp. VIII: symulacja gościa, wykryta przypadkowo (stwierdzono zupełnie swobodne chodzenie w ustępie szpitala).

Przypadek 9. — Felczer 37 l. — skargi na bóle w prawym podbrzuszu z wyraźnym zaznaczeniem bolesności w punkcie Mac Burneya, t^0 37,5° — 39,0°. Bóle ustępują pod działaniem ciepła; wymioty, zaparcie stolca język obłożony. Rozpoznanie I: *Appendicitis acuta*, nadająca się do operacji, na którą pacjent nie zgodził się. Rozpoznanie XIV: symulacja zap. wyrostka robaczk. Wobec udawanych objawów i stwierdzonego nagrzewania ciepłomierza o bańkę z ciepłą wodą, o którą chory stale się dopominał (nagrzewał ciepłomierz również w herbacie), przytem t^0 ciała nie była skoordynowana z tętnem, wykryto symulację. Rozpoznanie to było dokonane już po decyzji Komisji o zwolnieniu felczera na 6 mies. urlop.

Przypadek 10. Rzeźnik 37 l. (wachmistrz) na komisji Lek. zaciśnął pięść pr. ręki, uskarżając się na bóle w łokciu i ramieniu wskutek zagojonej blizny skóry po lekkiej ranie postrzałowej skóry. Widoczne napięcie mięśni przy usiłowaniu lekarza rozgięcia palców; zastraszonego dyscyplinarką — badany po 2 godz. przyznał się do symulacji i sam otworzył pięść swobodnie.

Przypadek 11. — Rolnik 29 l. poborowy, brak

4-ch palców lewej stopy, ze świeżo zagojoną blizną — zwolniony od służby przyznał się po roku lekarzowi cywilnemu, który go w Komisji zwolnił, że palce sobie umyślnie uciął sieczkarnią — miesiąc przed powołaniem do wojska.

Przypadek 12. — Chorąży — b. nauczyciel udawał psychicznie chorego. Uwolniony na 6 mies. nagle „poprawił” się; ten sam chory w innym szpitalu symulował kontrakturę prawego kolana po stłuczeniu: podczas snu ruchy swobodne i bezbolesne stawu kolanowego zostały ustalone, w rezultacie czego symulant został skierowany do Szkoły Wojsk.

Mógłbym przytoczyć całą serię dalszych przeze mnie spotykanych przypadków symulacji, naprz., w praktyce sądowej, zwłaszcza więźniów, połykających gwoździe, łyżki, i niezliczone przypadki symulacji nietrzymania moczu, wypadnięcia kiszki stolcowej, padaczki, krótkowzroczności, powiększenia gruczołów, głuchoty, jąkania, niemocy, chorób skórnych, obrzęków i t. d.

Każdy lekarz Komisji wojskowo-lekarskich czy Kasy Chorych jest świadkiem codziennych lżejszych albo cięższych symulacji stałych, okresowych, całkowitych lub częściowych.

Setki tysięcy ubezpieczonych, udających chorobę, również wyrządzają ogromną szkodę państwu a krzywdę społeczeństwu, a w rozumieniu prawnika te symulacje stanowią ciężkie przestępstwa, jako wprowadzające w błąd lekarza, pracodawcę i Kasy Chorych celem uzyskania zwolnienia od pracy i nienależnych zasiłków pieniężnych za samowolne nieróbstwo nieraz całymi miesiącami.

Na tle tych drobnych, ale bardziej może szkodzących państwu symulacji można stwierdzić nadzwyczaj rozbieżne orzecznictwo lekarzy przy określaniu terminów niezdolności do pracy (a dotyczy się to również istotnie chorych). Tak np. badając pacjenta tego samego dnia, lekarz X zwalnia go z powodu skarg na bóle głowy w związku z t. zw. przepracowaniem na 2 dni, lekarz Y, na dwa tygodnie, a komisja lekarska uznaje go za zupełnie zdolnego do pracy, atoli żadna decyzja nie była miarodajna, bo pacjent okazał się umyślowo nie normalny, nie zdradzając żadnych pod tym względem wyraźnych objawów w dniu badania. Tymczasem udających ból głowy, nerwowość, przemęczenie, nerwicę serca i t. d. a korzystających niesłusznie z dłuższych urlopów kosztem pracy i składkę pieniężnych swych współpracowników — jest kolosalna liczba. Wydawanie urlopów zdrowotnych na zasadzie zmyślonych skarg subiektywnych jest tak szeroko stosowane, jak bujna może być czasem fantazja i umiejętność opowiadania symulanta o swych nieistniejących cierpieniach. Często mała dolegliwość, jakiś odcisk na palcu dla jednego stanowi obłożną chorobę, inny przy tych samych zmianach odbywa pieszo dalekie podróże; takie zwolnienia od pracy z powodu małej przepukliny, różnych bólów w krzyżu, katarów nosa, żołądka, reumatyzmów, bólów nerkowych, pęcherzowych, wątrobowych bez żadnego symptomokompleksu — zależą od „dobrego” serca lekarza, dającego dwudniowe, czy dwumiesięczne urlopy — rzekomo ciężko chorym.

Bezwzględnie lekarz musi stać na straży zdrowia pracujących rzesz i pod żadnym warunkiem nie wolno mu zmuszać słabego chorego do pracy; lecz nie powinien też tolerować oszustwa,

kłamstwa, lenistwa swych zdrowych klientów i pobawiać warsztaty olbrzymich kadr pracowników, pobierających za swą symulację, czasem nawet długotrwałe wsparcie! Skleroza niezawsze daje powód do zwolnienia, a wyolbrzymianie swej niedołężności przez pacjenta nie może tu być wskazaniem do wypoczynku. Zabandażowane dwa palce ręki, wskutek lekkiego oparzenia czynią niezdolnym na kilka dni konduktora tramwajowego, zawodowego pianistę i t. d., natomiast stróż nocny może pełnić swój obowiązek bez zarzutu i bez narażenia poparzonych w tym stopniu 2 palców. W podobnych przypadkach pacjenci powinni bez sarkania przyjąć słuszną decyzję lekarza: Chory winien się leczyć, ale jednocześnie pracować bez szkody dla siebie i przedsiębiorstwa.

Jest bardzo dużo łagodzących okoliczności dla tej idiosynkrazji pracy, kiedy zamiast zapału i chęci do twórczej pracy — stwierdzamy jakby ucieczkę z warsztatów, fabryk i urzędów niedostatecznie opłacanych pracowników. Ale gdy zauważymy, że na 100 pacjentów kasowych lekarz stwierdza 30% żądających niesłusznie urlopu zdrowotnego, to z tem złem winien on walczyć właśnie w imię podniesienia ekonomicznego i gospodarczego stanu swego kraju.

Jeżeli, jak wnioskujemy, symulacja w szerokim tego słowa znaczeniu jest plagą społeczną, powodującą kolosalne szkody dla państwa, to jakim kierunkowi należy wszcząć akcję przeciwdziałania?

Nie ulega żadnej wątpliwości, że przede wszystkim wychowanie społeczeństwa odgrywa tu pierwszorzędą rolę; przyzwyczajenie do pracy w imię dobra ogólnego, poświęcenie interesów egoistycznych dla dobra państwa, wykształcenie młodzieży w duchu obowiązkowości i poczucia odpowiedzialności, propagowanie haseł moralnych i pojęć etycznych — oto ideowa strona tej walki.

Dla przestępców, oczywiście, kary będą jedynym środkiem odstraszającym, zmniejszającym liczbę wyzyskujących przywilej choroby i chętnych do symulacji recydywistów. Wymiar kary od 1 dnia do 5 lat domu karnego, wzgl. ściganie dyscyplinarne w lżejszych występach symulacji jest dostatecznie surowym środkiem represji, lecz artykuły te mają mało zastosowania praktycznego wobec, jak wskazaliśmy, trudności rozpoznawczych symulacji, tembardziej, gdy lekarz nie może być sędzią wyrokiem, nie posiadając często namacalnych dowodów winy, a w razie popełnienia błęd — ponoszącym ciężkie konsekwencje swego orzecznictwa. Należy jednak udoskonalić przepisy i instrukcje, któreby uniemożliwiały symulację

w dostosowaniu do poszczególnych paragrafów.

Dla ułatwienia lekarzom orjentowania się w bogatej kazuistyce symulacji należy ją ogłaszać periodycznie w prasie lekarskiej z podaniem sposobów rozpoznawania, celem późniejszego wydania encyklopedji, zawierającej niemal wszystkie przypadki symulacji, wykryte badaniem klinicznym, korzystając z dotychczasowego w tym zakresie piśmiennictwa (Heller, Frölich, Kowalewski, Voisin, Orłow, Gowsiejew, Derblich i inni).

Na wydziałach lekarskich pożądane byłoby wprowadzenie nauki o symulacji chorób, gdyż kończący studia lekarskie spotyka się nie tylko z naturalnem zachorowaniem człowieka, ale, niestety, w bardzo licznych przypadkach, zmuszony jest orzekać i rozpoznawać udawanie choroby, a nie posiadając do tego dostatecznego przygotowania naukowego, jest ponadto karnie odpowiedzialny za swe błędy. Tymczasem na rozpoznanie symulacji jest dużo sposobów, opartych na zasadach nauki i doświadczenia, które ułatwiłyby lekarzowi to zadanie (Burchard, Rümpler, Eichhorst, Kasper, Gräfe, Talko, Skrzeczka i w in.).

W przypadkach poważniejszych i trudnych pod względem rozpoznania różniczkowego — orzecznictwo należeć musi do szpitalnych Komisji lekarskich, a celem ułatwienia określania czasowej niezdolności do pracy dla Komisji lekarskich, lekarzy urzędowych, kasowych i in., winna być opracowana tabela chorób, czyniących człowieka niezdolnym do pracy z podaniem przypuszczalnych terminów krótkotrwałych i dłuższych urlopów.

Tabela ta nie może mieć ścisłego z literą przepisu zastosowania i powinna uwzględniać indywidualne przypadki, atoli lekarz mógłby zawsze w razie potrzeby lub odmowy urlopu zdrowotnego powołać się na jawne przekroczenia obowiązujących go i pacjenta artykułów, podpadających pod pojęcie symulacji, a przewidujących podane w tabeli kary.

Na podobieństwo przepisów o zdatności do służby wojskowej, kolejowej, przepisów, określających procentową niezdolność do pracy, tabela zwolnień winna być ujęta możliwie szczegółowo, uwzględniając wszelkie, najczęściej spotykane stany choroby obłożnej, jak również zachorzeń przewlekłych, nie przeszkadzających pracy w każdym poszczególnym zawodzie.

Tą drogą, jeżeli nie uda się zwalczyć, to w każdym razie znacznie zmniejszy się odsetek niemiłych lekarzowi, a szkodzących społeczeństwu klientów.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przebieg ostrych chorób zakaźnych w r. 1929.

Podał

Dr. Henryk PALESTER (Warszawa).

Naczelnik wydziału chorób zakaźnych Depart. zdrowia Minist. Spr. Wewn.

(Dokończ. p. Nr. 7)

Ogólna liczba zachorowań na płonicę w r. 1929 — wynosi 20.921. Zapadalność na 100000

mieszkańców — 77,8. Ogólna liczba zgonów — 1163. Śmiertelność w stosunku do liczby zachorowań — 5,6%.

W porównaniu z r. 1928-ym liczba zachorowań znacznie zmniejszyła się, a mianowicie o 7977 przypadków. Spadek nasilenia płonicy datuje się od r. 1927.

W r. 1926 było 37.963 przypadki zachorowań.
 " " 1927 " 36.300 " "
 " " 1928 " 28.898 " "
 " " 1929 " 20.921 " "

Również i przebieg płonicy jest łagodniejszy i daje mniejszą śmiertelność, jak to wynika z poniższego zestawienia:

W r. 1926 śmiertelność wynosiła 9,6 %

" " 1927 " " 9,1 "
 " " 1928 " " 7,5 "
 " " 1929 " " 5,6 "

Nasilenie płonicy w r. 1929 rozpoczęło się od 2-ej połowy stycznia, do największego wzrostu doszło w końcu października — a to tygodniowo 833 przypadków zachorowań (w r. 1928 — 1000 przypadków), poczem zaczęło stopniowo opadać

Zapadalność na płonicę według Województw.

Województwo	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Zapad. na 100000 m.
1. m. Warszawa	2126	116	227,1
2. Stanisławow.	2311	403	172,6
3. Poznańskie	2280	61	115,8
4. Poleskie	905	33	102,9
5. Nowogrodz.	753	28	94,1
6. Łódzkie	1989	79	88,3
7. Kieleckie	1954	33	77
8. Pomorskie	715	23	76,5
9. Tarnopolskie	1091	93	76,4
10. Lwowskie	1951	156	71,6
11. Krakowskie	1255	52	63
12. Śląskie	671	11	59,6
13. Wileńskie	512	13	50,9
14. Warszawskie	850	26	40,2
15. Wołyńskie	501	7	35,1
16. Białostockie	409	8	31,4
17. Lubelskie	648	21	31
Razem:	20921	1163	77,8

Pierwsze miejsce co do nasilenia płonicy na terenie Rzeczypospolitej zajmuje m. Warszawa, co obserwuje się i w latach ubiegłych.

2-gie miejsce zajmuje Woj. Stanisławowski. Największą epidemię w tem Województwie miał powiat Tłumacki. W ciągu r. 1929 zarejestrowano w tym powiecie 994 przypadki zachorowań, co wynosi 40,8% ogólnej liczby zachorowań w całym Województwie. Epidemja z miejszem nasileniem trwa nadal i w roku bieżącym. Epidemja ta ma przebieg bardzo ciężki, daje bowiem śmiertelność, wynoszącą 23,3% (200 zgonów na 944 zachorowań) przy przeciętnej śmiertelności na terenie całej Rzeczypospolitej — 5, 6. Epidemja zwalczana jest drogą szczepień zapobiegawczych, stosowanych w szerokich rozmiarach. Niestety, szczepienia te stoso-

wane są w trakcie największego rozwoju lokalnej pandemii i nie dają pożądanego efektu, uodpornienie poszczepienne występuje bowiem dopiero po upływie kilku tygodni. Departament Służby Zdrowia przyznał Woj. Stanisławowskiemu kredyt w wysokości 2,000 złotych na stłumienie epidemii w powiecie Tłumackim.

3-ie miejsce co do nasilenia epidemii płonicy zajmuje Woj. Poznańskie. Zaznaczyć tu należy, że, gdy w innych Województwach w 1929 r. występuje zmniejszenie się nasilenia płonicy w porównaniu z r. 1928 to w Woj. Poznańskim i Pomorskiem występuje wzmożenie się nasilenia płonicy.

W Woj. Poznańskim w r. 1928 było 1593 przyp. zach., w r. 1929 — 2280 przyp.

W Woj. Pomorskiem w r. 1928 było 550 przyp. zach., w r. 1929 — 715 przyp.

Akcja szczepień zapobiegawczych w obu tych Województwach zupełnie niema miejsca. Dalej idą Woj. Poleskie i Nowogródzkie. Fala epidemii płonicy nawiedziła Województwa wschodnie: Nowogródzkie, Poleskie i Wołyńskie dopiero w r. 1927, t. j. w tym okresie, kiedy nasilenie płonicy na terenie całej Rzeczypospolitej zaczęło się zmniejszać. W latach poprzednich Województwa te zajmowały jedno z ostatnich miejsc co do nasilenia płonicy. W r. 1927 wyżej wymienione Województwa zajmowały 2-gie miejsce po m. Warszawie co do nasilenia płonicy. Epidemja ta w latach następnych znacznie zmniejsza się, trwa jednak, z wyjątkiem Woj. Wołyńskiego, i w r. 1929.

W Woj. Poleskiem w r. 1927 było 2306 przyp. zach., w r. 1928 — 2029, w r. 1929 — 905.

W Woj. Nowogródzkim w r. 1927 było 1342 przyp. zach., w r. 1928 — 1319, w r. 1929 — 753.

W Woj. Wołyńskim w r. 1927 było 3562 przyp. zach., w r. 1928 — 2161, w r. 1929 — 501.

W porównaniu z r. 1928 znacznie zmniejszyło się także nasilenie płonicy w woj. Lwowskim i Krakowskim.

W Woj. Lwowskim w r. 1928 było 3322 przyp. zach., w r. 1929 — 1951 przyp.

W Woj. Krakowskim w r. 1928 było 2191 przyp. zach., w r. 1929 — 1255 przyp.

O wpływie szczepień zapobiegawczych na przebieg epidemii płonicy świadczyć może do pewnego stopnia zestawienie liczby dokonanych szczepień z liczbą zachorowań. Otóż w okresie pięcioletnim, od 1924 do 1928 roku łącznie, najwięcej szczepień w poszczególnych latach dokonywano w Woj. Warszawskim i w Lubelskim. Województwa te zajmują obecnie jedno z ostatnich miejsc co do nasilenia płonicy. Objaw ten wymaga jednak dalszej obserwacji, przedwczesnem byłoby na podstawie, bądź co bądź, niedostatecznego jeszcze materiału wysnuwać jakieś pewne wnioski. Należy tylko dążyć do tego, aby akcja szczepień przeciwploniczych rozwijała się nadal w tych Województwach.

Szczepienia zapobiegawcze przeciwko płonicy.

W roku 1924	zaszczepiono	13142	osoby
" " 1925	"	117669	"
" " 1926	"	197077	"

W roku 1927	zaszczepiono	256503	"
" 1928	"	211309	"
Za rok 1929 brak danych, ale Państwowy Zakład Higieny wydał w r. 1929			
szczepionki płoniczej		224128	gr.
" BP		103240	"
Razem		327368	gr.

Jeżeli liczyć przeciętnie po 2,5 gr. szczepionki na osobę, Państwowy Zakład Higieny wydał szczepionki płoniczej na 130947 osób.

Nasilenie błonicy na terenie Rzeczypospolitej, zwłaszcza w ostatnich latach, ogromnie wzrosło.

W r. 1920	zarejestrowano	3,178	przyp. zach.
" 1921	"	4,130	" "
" 1922	"	4,228	" "
" 1923	"	3,694	" "
" 1924	"	4,838	" "
" 1925	"	5,888	" "
" 1926	"	6,826	" "
" 1927	"	8,640	" "
" 1928	"	10,460	" "
" 1929	"	11,972	" "

Zjawisko to obserwuje się również w całej Europie.

Zapadalność na błonicę na 100,000 mieszkańców w r. 1929 wynosiła 44,5.

Śmiertelność (733 zgony) w stosunku do liczby zachorowań wynosiła 6,1 proc.

Zapadalność na błonicę według województw.

Województwo	Liczba zachor.	Liczba zgon.	Zapad. na 100,000 m.
1. m. Warszawa	1,302	50	139,1
2. woj. Śląskie	883	70	78,4
3. " Łódzkie	1,752	132	77,8
4. " Poznańskie	1,443	73	73,3
5. " Krakowskie	974	79	48,9
6. " Poleskie	411	11	46,7
7. " Pomorskie	399	31	42,7
8. " Wileńskie	377	16	37,5
9. " Warszawskie	787	24	37,2
10. " Nowogródzkie	298	5	37,2
11. " Kieleckie	873	27	34,3
12. " Białostockie	366	12	28,1
13. " Lwowskie	737	116	27
14. " Lubelskie	502	12	24
15. " Tarnopolskie	322	20	22,5
16. " Wołyńskie	300	12	21
17. " Stanisławow.	246	43	18,4
Razem	11,972	733	44,5

Największe nasilenie błonicy (zapadalność 139,1) wypada na miasto Warszawę.

Następne miejsca zajmują województwa: Śląskie (zapadalność 78,4) Łódzkie (zapadalność 77,8) i Poznańskie (zapadalność 73,3).

Z powyższego wynika, że błonica najbardziej szerzy się w najwięcej uprzemysłowionych województwach, gdzie jest największe skupienie ludności.

Następną grupę co do nasilenia błonicy tworzą województwa Poleskie i Pomorskie (zapadalność w granicach — 48,9 — 42,7).

Dalszą grupę tworzą województwa: Wileńskie, Warszawskie, Nowogródzkie i Kieleckie (zapadalność 37,5 — 34,3).

Wreszcie ostatnią grupę—województwa: Białostockie, Lwowskie, Lubelskie, Tarnopolskie, Wołyńskie i Stanisławowskie (zapadalność 28,1—18,4).

Szczepienia zapobiegawcze przeciwko błonicy.

W anatoksynie błoniczej posiadamy zupełnie pewny środek ochronny przed zachorowaniem na błonicę. Departament Służby Zdrowia jeszcze w roku 1925 okólnikiem L. ZZ. 5606/25 z dnia 5 października usilnie zalecał stosowanie szczepień zapobiegawczych przeciwko błonicy. Akcja ta jednak nigdzie nie przyjęła większych rozmiarów.

W 1929 roku Państwowy Zakład Higieny w Warszawie wydał:

Szczepionkę B. P.	103,240	gr.
Anatoksyny błoniczej tylko	3,515	"
Razem	106,755	gr.

Licząc przeciętnie po 2,5 ctm.³ szczepionki na osobę, wypadnie, iż Państwowy Zakład Higieny wydał szczepionki na 42, 702 dzieci.

Brak szerszego zastosowania szczepień przeciwbłoniczych tłumaczyć należy do pewnego stopnia tem, że wobec surowicy przeciwbłoniczej choroba ta na ogół nie była traktowana jako ważna.

Wrost jednak stały nasilenia błonicy i stosunkowo duża śmiertelność, a następnie stwierdzenie, że i surowica w wielu przypadkach zawodzi, skłoniły Departament Służby Zdrowia do przedsięwzięcia wszelkich środków celem przełamania tej niezrozumiałej obojętności dla szczepień zapobiegawczych przeciwko błonicy. Rezultaty ostatniego okólnika Nr. 276 (ZZ. 6782) 29) z dnia 4 grudnia 1929 r. widoczne już są w chwili obecnej. W m. Warszawie i w m. Łodzi już rozpoczęła się na szeroką skalę akcja masowych szczepień przeciwbłoniczych, a z poszczególnych powiatów i miast stale napływają zapotrzebowania na szczepionkę przeciwbłoniczą. W zrozumieniu tej akcji zajęły się nią magistraty, a Kasy Chorych wspierają w Warszawie i Łodzi finansowo wydatnie tę akcję.

Nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zgłoszono w roku 1929 — 869 przypadków, w tem 259 zgonów, t. j. 29,7 proc. W roku 1928 było tylko 715 przypadków i 223 zgony. Najwięcej przypadków zgłoszono w mieście Warszawie, bo 83, w tem 13 zgonów, tudzież w województwie Lwowskim, gdzie było 98 przypadków i 25 zgonów. W tem ostatnim województwie była mała epidemia w powiatach Rawa-Ruska i Sokal i w mieście Lwowie. Mam jednakże wrażenie, że w ogólnej liczbie zgłoszonych przypadków jest bardzo wiele przypadków, które nie dotyczą nagminnego zapalenia opon

mózgowo-rdzeniowych, bo diagnozy, szczególnie z powiatów i pomniejszych szpitali, są przeważnie kliniczne, i że w ogólnej liczbie podane są przypadki różnych zapaleń opon, a nawet i na tle gruźliczem.

Specjalnych zarządzeń co do ujednostajnienia rozpoznania pod tym względem nie wydawano.

Odry zgłoszono w roku 1929 — 25,479 przypadków i 247 zgonów, a więc znacznie mniej, niż w 1928 roku, w którym było 37,063 przypadki i 493 zgony.

Śmiertelność w bieżącym roku wynosi 0,97 proc., waha się jednak w granicach od 2,06 proc. w województwie Lwowskim do 0,23 proc. w województwie Lubelskim. W każdym razie należy jednak stwierdzić, że śmiertelność z tej choroby jest w bardzo wielu przypadkach mylnie rejestrowana, i podawana jako różne choroby płucne, które są następstwem odry i śmierć powodują.

Róż y było w roku 1929 — 4,328 przypadków — 236 przypadków mniej, niż w roku ubiegłym. Przypadków śmierci było 222, t. j. 5,1 procent.

Najwięcej przypadków było w mieście Warszawie, bo aż 1,340 i 71 zgonów, najmniej w województwie Tarnopolskim, bo tylko 45, w tem 3 zgony.

Krz t u s c a zgłoszono 9,082 przypadki zachorowania, w tem 488 śmierci, t. j. 5,37 proc.

W roku 1928 zgłoszono więcej, bo 11,865 przypadków krztuśca i 666 przypadków śmierci.

Najwięcej przypadków zgłoszono w województwie Lwowskim, bo 2,600 przypadków, t. j. 96 na 100,000 ludności, najmniej w województwie Pomorskim, bo tylko 56 przypadków, t. j. 5,9 na 100,000 ludności.

Tak ogromne wahania co do liczby zachorowań tłumaczyć można lekceważeniem tej choroby i niedostatecznym zgłaszaniem przypadków zachorowań.

Niedokładności takie co do zgłaszania krztuśca dotyczą w jeszcze większej mierze zgłaszania przypadków śmierci z tej choroby, gdyż podczas gdy w województwie Lwowskim zmarło 304 chorych, t. j. 11,6 proc., to w województwie Pomorskim na 56 chorych, a w województwie Wileńskim nawet na 920 przypadków zachorowań nie zgłoszono ani jednego przypadku zgonu.

Liczba przypadków zimnicy okazuje znaczny spadek. W roku bieżącym zgłoszono 315 przypadków i 1 zgon, gdy w roku 1928 było jeszcze 745 przypadków i 3 zgony.

Najwięcej przypadków zgłoszono w województwie Poleskim, bo 195, t. j. 61,9 proc. wszystkich chorych,

W innych województwach były tylko nieliczne przypadki, t. j. w województwie Kieleckim 20, w Wołyńskim — 17, Krakowskim i Warszawskim po 16, reszta zaś województw wykazuje pojedyncze przypadki, zaś w województwach: Tarnopolskim, Stanisławowskim i Poznańskim — ani jednego.

Przypadków zakażeń połogowych zgłoszono w 1929 roku — 1,309 z 365 przypadkami śmierci, t. j. 27,9 proc.

W roku 1928 zgłoszono tylko 1,189 przypadków z 438 zgonami.

Jak i w latach ubiegłych, duże miasta tudzież gęsto zaludnione ośrodki przemysłowe dają wysoki odsetek zakażeń połogowych, ponieważ są one ośrodkami poronień sztucznych, i tak wykazują:

wojew. Łódzkie	286	zachorowań	49	zgonów
m. Warszawa	178	"	37	"
woj. Śląskie	140	"	32	"
" Poznańskie	136	"	41	"

Najmniej wykazują wojew. Poleskie — 13 przypadków, 3 zgony i Tarnopolskie — 12 przypadków, 5 zgonów. Śmiertelność w rozmaitych województwach waha się bardzo znacznie i tak:

w woj. Krakowskim	wynosi ona	78,9	proc.
" " Lwowskim	"	57,1	"
" " Nowogródzkim	"	39,5	"
" " Kieleckim	"	33,3	"
" " Poznańskim	"	30,1	"
w m. Warszawie	"	20,8	"
" woj. Warszawskim	tylko	7,3	"

Na węglik zgłoszono w r. 1929 58 przypadków, w tem 4 zgony, t. j. 6,9 proc.

Epidemicznie choroba ta nie wystąpiła nigdzie, a zdarzały się tylko przypadki sporadyczne.

Nosacizny zgłoszono tylko w województwie Lwowskim 1 przypadek i 1 zgon.

Włośnicy było w roku 1929 — 118 przypadków bez zgonów, t. j. w mieście Warszawie 50 przypadków, w woj. Warszawskim 22, w woj. Poznańskim 23 przypadki, zaś w województwie Lubelskim 21 przypadków.

11 województw nie wykazało ani jednego przypadku.

Ze zgłoszonych 118 przypadków Departament Służby Zdrowia otrzymał wyczerpujące sprawozdania co do 112 przypadków. Badanie krwi na eozynofile dało u 78 chorych wynik dodatni. Natomiast każdego chorego wybadano na okoliczność gdzie kupował wędliny, względnie mięso wieprzowe, i u podanych przez chorych rzeźników przeprowadzono rewizję, pobierając u nich próby. W próbach tych tylko w nielicznych przypadkach stwierdzono trychiny, a właścicieli sklepów pociągnięto do odpowiedzialności karno-sądowej.

W roku 1929 zarejestrowano przez lekarzy powiatowych na terenie całej Rzeczypospolitej 1763 przypadki pokąsań przez zwierzęta — podejrzane o wściekliznę, ale leczonych przeciw wodowstrętowi było znacznie więcej, gdyż wobec leczenia szczepionką karbolizowaną w miejscu siedziby nie wszystkie przypadki leczone doszły do wiadomości władz.

Zgonów na wodowstręt było 25 przypadków. Z żądanych przez Departament Służby Zdrowia sprawozdań w każdym poszczególnym przypadku zgonu na wodowstręt otrzymano dotychczas 16.

Z zestawienia tych sprawozdań wynika:

1. Przypadków nie leczonych było 10, z tych w 6 przypadkach pokąsany nie podejrzewał wścieklizny u zwierzęcia i dlatego nie zgłosił pokąsania; w 1 przypadku winę niezgłoszenia ponoszą dwaj właściciele psa, którzy na żądanie Departamentu Służby Zdrowia zostali administracyjnie ukarani grzywną; w 1 przypadku rodzice pokąsanego dziecka nie

zgodzili się na szczepienie ochronne; w 1 przypadku dziesiątego dnia po ukąszeniu zgłosiło się 10 osób, z których 8 poddano szczepieniom, dwoje zaś dzieci bez znaków obrażeń, w tem dziecko, które następnie zmarło na wodowstręt, wskutek zaopiniowania lekarza powiatowego uwolniono od szczepienia; wreszcie w 1 przypadku chory rzekomo nigdy nie był pokąsany, badanie mózgu zmarłego ciążek Negriego nie wykazało, zaszczepione jednak mózgiem zmarłego 2 króliki padły po 14-18 dniach wśród typowych objawów wścieklizny porażennej (wynik badania otrzymał Wydział Zdrowia Magistratu m. Lwowa).

2. Przypadków, leczonych niecałkowicie, było 2. W 1 przypadku miało miejsce pokąsanie

w twarz, szczepienie rozpoczęto później, gdyż 13 dnia po pokąsaniu, a zachorowanie wystąpiło w końcu szczepień. W 2 przypadku już po trzech szczepieniach pokąsany nie zgodził się na dalsze szczepienie.

3. Przypadków leczonych całkowicie było 4. W 1 przypadku miało miejsce pokąsanie w głowę, szczepienie rozpoczęto w kilka dni po pokąsaniu; w 1 przypadku było pokąsanie w okolicy stawu skokowego, przyczem rana była głęboka, drążąca aż do warstwy mięsnej; wreszcie w 1 przypadku nastąpił zgon z wodowstrętu, pomimo iż szczepienie rozpoczęto niezwłocznie, na 2 dzień po pokąsaniu, i miały miejsce tylko zderzenia naskórka na nodze i przedramieniu.

Wiadomości bieżące.

--Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie wydawania świadectw zdrowia na użytek P. K. O.

Ponieważ Poczta Kasa Oszczędności zwróciła się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą o poparcie jej działalności ubezpieczeniowej przez zezwolenie lekarzom powiatowym przeprowadzania badań lekarskich klientów P. K. O., Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zezwala, aby lekarze powiatowi przeprowadzali badania klientów P. K. O., oczywiście w godzinach pozaurzędowych, i w ten sposób, aby to nie przeszkadzało w wykonywaniu czynności urzędowych.

Za każde takie badanie P. K. O. płaćć będzie lekarzom powiatowym po 10 złotych.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński

—Komunikat. Z okazji obchodu Stulecia Niepodległości Belgii i w związku z Wystawą Międzynarodową w Liège odbędzie się w dniach 14—18 września 1930 r. także

V. Kongres Międzynarodowy Przyrodolecznictwa (Physiothérapie).

Na zaproszenie Generalnego Sekretarjatu Kongresu utworzył się wzorem innych narodowości Polski Komitet Narodowy. Celem Komitetu jest reprezentowanie naszych interesów w stosunku do Generalnego Sekretarjatu Kongresu, utrzymywanie z nim kontaktu, przyjmowanie referatów i wykładów zgłoszonych z Polski, informowanie kolegów i zorganizowanie ich wyjazdu do Liège.

W skład komitetu wchodzi: Prof. I. Wierzejewski — Poznań, jako prezes, jako członkowie: Dr. T. Alkiewicz — Poznań, Prof. St. Borowiecki — Poznań, Dr. Chodźko — Warszawa, Doc. J. J. Dębicki — Lwów, Dr. J. Drac — Warszawa, Doc. Elektorowicz — Warszawa, Doc. Filiński — Warszawa, Doc. A. Gruca — Lwów, Doc. Jagielski — Poznań, Prof. W. Jezierski — Poznań, Prof. A. Jurasz — Poznań, Prof. L. Korczyński — Kraków, Prof. B. Kowalski — Poznań, Prof. E. Loth — Warszawa, Dr. E. Łabendziński — Poznań, Prof. K. Mayer — Poznań, Dr. E. Meisels — Lwów, Dr. N. Mész —

Warszawa, Dr. W. Missiuro — Warszawa, Prof. W. Orłowski — Warszawa, Dr. F. Raszeja — Poznań, Prof. Rutkowski — Kraków, Dr. B. Sabat — Warszawa, Doc. Sabatowski — Lwów, Doc. A. Wojciechowski — Warszawa, Dr. Janina Zniniewicz — Poznań.

Adres Sekretarjatu Polsk. Kom. Nar.: Poznań, Klinika Ortopedyczna, ul. Gąsiorowskich 7. (Dr. Raszeja).

Kongres Przyrodolecznictwa obejmuje następujące sekcje: 1) gimnastyka lecznicza (kinesiterapia) oraz wychowanie fizyczne, 2) radiologia (Roentgeno- i Curietapia), 3) wodolecznictwo, klimatologia, termoterapia 4) elektrologia, 5) leczenie światłem (aktynologia).

Wykłady i referaty, przeznaczone dla Kongresu, muszą być pisane na maszynie i złożone w Polskim Komitecie Narodowym najpóźniej do 1 kwietnia 1930 r.

Udział w kongresie należy zgłaszać do Sekretarjatu Generalnego: Dr. Dubois — Trèpigne, 25. rue Louvrex Liège, przy równoczesnem uwiadomieniu Pol. Kom. Nar. i przesłać 150 franków belg. (30 Belgas) do skarbnika Kongresu, D-ra Keyser, Bruxelles, compte chèque—postal Nr. 2430.65 (Opłatę za uczestnictwo można przesłać z Polski tylko za pośrednictwem banków). Dla zapewnienia uczestnikom zjazdu zawczasu mieszkań, żniżek kolejowych i t. d. niezbędne jest jaknajwcześniejsze zgłaszanie się według następującego wzoru:

V. Congrès International de Physiothérapie à Liège 14 au 18 Septembre 1930.

Le soussigné
Titres et l'adresse complète
Déclare adhérer au Congrès de Physiothérapie de Liège 1930 et adresse ce jour sa cotisation, soit 30. Belgas, au Docteur de Keyser. Compte Chèque—Postal Nr. 2430.65 à Bruxelles. Il déclare s'inscrire pour la communication suivante :

Signature

à renvoyer : au Docteur
Dubois—Trèpigne, 25.
Rue Louvrex, Liège.

Uczestnicy Kongresu korzystać będą ze zniżki w wyso-

kości 35% na kolejach belgijskich i 50% na kolejach francuskich. O zniżkę na kolejach polskich komitet czyni starania.

Bezpośrednio po ukończeniu Kongresu rozpoczyna się w Liège obrady II. Zjazdu Ligi Międzynarodowej walki z Reumatyzmem (18—21. IX. 30). Uczestnicy Kongresu Przyrodolecznictwa dopuszczeni będą do obrad Ligi Międzynarodowej bez opłaty specjalnej.

Bliższych informacji udziela sekretariat Polsk. Kom. Nar. Dalsze komunikaty w sprawie Kongresu będą ogłaszane w miarę potrzeby.

— Nr 3-ci dwutygodnika „Dziecko i Matka” zawiera: „Ojciec w rodzinie” M. Benisławskiej, „Kilka słów o nauczaniu mowy” M. Moszyńskiej, „Formy towarzyskie” D-ra St. Pfanhauser. „Rola niemowlęcia w karmieniu naturalnem” Dr. Z. Michejdzy, „Mierzenie temperatury” M. Herniczówny, „Czy trzeba operować wrzody u dzieci” D-ra A. Klęska.

Zwraca uwagę nowy dział „Ważne drobiazgi” przynoszący w każdym numerze kilkanaście krótkich artykułków zawierających pożyteczne wskazówki w dziedzinie wychowania i pielęgnacji.

Numer uzupełniają: wiersz L. Krzemienieckiej „Dwa światy”, nowela psychologiczna F. Kruszewskiej „Pan Marcinowski”. Dział dyskusyjny „Matki między sobą”, szereg modeli ubranek i czapeczek z formami kroju oraz wyczerpująca poradnia dla matek zawarta w odpowiedziach redakcji.

ZMARLI:

Wiktoryn Kosmowski, nestor pedjatrów warszawskich — w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

17. II. Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie.

1. D. Sienkier. a) Dwa przypadki krwimoczu niezwyczajnego pochodzenia. b) O nowym objawie kamicy nerkowej. 2. B. Szerszyński i W. Czernocki. Przyp. rzadkiego łagodnego guza żołądka (Schwannoma). 3. M. Lubelski: a) Przyp. kamienia w kielichu nerkowym. b) Przyp. kamienia w moczowodzie. c) Przyp. podotoczkowego wycięcia nerki. 4. A. Wertheim. Torbiel trzustki. 5. S. Tokarski. Promienica szyi. 6. H. Noszczyk. Guz jajowodu. 7. L. Jokiel. Zeszycie rzepki. 8. K. Dębicki. Mięsak kości na podstawie ankiety Tow. Chir. Amerykańskiego.

18. II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. J. Węgiorko. Leczenie djetetyczno-insulinowe cukrzycy. 2. L. Zembrzusi. Nauczanie historii medycyny w Polsce. Szkic historyczny.

19. II. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

St. Kramsztyk i L. Pietkiewicz. O swoim leczeniu krztuśca.

19. II. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

1. J. Grundzachi i M. Hurwicz. Przypadek ropnia podwątrobowego. 2. Pokazy. 3. H. Adelfang. O badaniu rentgenologicznym schorzeń wyrostka robaczkowego. 4. A. J. Goldman. Wartości kliniczne badania rentgenologicznego w przewlekłych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego na zasadzie materiału własnego.

TRĘŚĆ: J. GLASS. O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologii i terapii (Dok.). M. SZOUR. Badania doświadczalne nad czynnością odtruwającą wątroby. H. SPARROW. Anatoksyna błonnicza (Str. zbior. Dok.). Streszczenia pojedyncze i oceny książek. Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. K. KORONKIEWICZ. Symulacje chorób w świetle badań urzędowo-lekarskich (Dok.). H. PALESTER. Przebieg ostrych chorób zakaźnych w r. 1929 (Dok.). Wiadomości bieżące Zmarli. Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. GLASS. Sur le chlore dans l'organisme et sur son rôle en pathologie et thérapie (fin). M. SZOUR. Etudes expérimentales sur la fonction désempoisonnante du foie. H. SPARROW. L'anatoxine diphtérique (Rev. gén. fin). K. KORONKIEWICZ. Simulations de maladies d'après les recherches médicales officielles (fin). H. PALESTER. Maladies contagieuses aiguës en 1929 (fin).

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.

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.