

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: *Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.*

Rok IX

WARSZAWA, 15 WRZEŚNIA 1932 R.

Nr. 37

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

*Z oddziału wewnętrznego Szpitala Dzieciątka Jezus
(Ordynator: dr. Józef Skłodowski).*

O Jod - Basedowie *).

Podał

Henryk PUSZET (Warszawa).

Jod nawet w małych dawkach u ludzi więcej nań wrażliwych, prowadzić może do zatrucia w postaci t. zw. jodzicy.

Cechują ją wykwity skórne, nieżyty błon śluzowych, niestrawność, bóle głowy. Jodzica często pogarsza stan chorych, szczególnie w istniejących już zaburzeniach trawienia, krążenia krwi i wentylacji płuc. Naogół poważniejszych następstw jodzica za sobą nie pociąga i po odstawieniu leku szybko ustępuje. Ponieważ jod wydala się głównie przez nerki, przy niedomodze nerek do jodzicy dochodzi łatwiej, przebiega ciężiej i trudniej ustępuje; lepiej też wtedy jodu nie stosować.

Znacznie rzadziej spostrzegany, ale ważniejszy jest wpływ szkodliwy jodu na czynność tarczycy.

Już *C o i n d e t*, który przed 100 laty pierwszy zaczął stosować nalewkę jodową celem leczenia wola, zauważył, że nie wszyscy ludzie znoszą ją dobrze, że u niektórych występują zaburzenia chorobowe, polegające na szybkim chudnięciu, osłabieniu, wymiotach i bieguncie, drżeniu, kołataniu serca i przyspieszeniu tętna, silnych potach. Przypisywano to początkowo wprost zatruciu jodem. *Rilliet* (1849) dopatrywał się w tem specjalnej wrażliwości na jod i dla odróżnienia od zwykłej jodzicy nazwał jodzicą ustrojową (*joûisme constitutionnel*). Z czasem przekonano się, że powyższe zaburzenia rozwijają się u nosicieli wola, u których wole zmniejsza się szybko i wydatnie pod wpływem używanego jodu i że są niczem innym jak tyreotoksykozą — patologicznie wzmożoną czynnością gruczołu tarczowego (*Libert, Revillaud, Kocher*). Dla tej postaci *B a s e d o w a* *K o c h e r* wprowadził naz-

wę *J o d - B a s e d o w*. Późniejsze doświadczenie kliniczne wykazało, że obecność wola i jego zmniejszanie się nie jest warunkiem koniecznym dla wystąpienia tyreotoksykozy pod wpływem jodu. Spostrzegano *J o d - B a s e d o w a* u ludzi, u których najdokładniejsze badanie kliniczne nie wykrywa powiększenia tarczycy (*G o l d f l a m, K r e h l*).

Przypadki tyreotoksykozy, wywołanej jodem, nie są wyjątkowe; według *K o c h e r a* są one częstą i ważną postacią choroby *B a s e d o w a*. *W a g n e r - J a u r e g g*, wybitny znawca tego przedmiotu, uważa nawet, że większość przypadków tego cierpienia wywołana jest jodem, przynajmniej w Szwajcarii. Nie przesądzając słuszności tego poglądu w odniesieniu do naszego kraju, wydaje się jednak, że i u nas jod odgrywa poważniejszą rolę w powstawaniu *B a s e d o w a*, niż to się ogólnie przypuszcza.

Rozpoznajemy jednak tyreotoksykozy jodowe rzadko; składa się na to wiele przyczyn.

W Polsce, z wyjątkiem niektórych okolic Podkarpacia oraz Gdańska, wole występuje tylko sporadycznie i wrażliwość na jod jest znacznie mniejsza niż w krajach, dotkniętych wolem nagminnym. Tem się tłumaczy, że *J o d - B a s e d o w* jest u nas naogół rzadki; nieporównanie rzadszy niż np. w Szwajcarii. W piśmiennictwie polskim znaleźliśmy tylko dwie prace poświęcone chorobie *J o d - B a s e d o w a*. Pisali o tem przed 20 laty: *G o l d f l a m*, przytaczając dwa własne spostrzeżenia, oraz *P u ł a w s k i*, podając tylko jedno spostrzeżenie. Poza tem inni wspominają tylko o widzianych przez siebie pojedynczych przypadkach.

Prawdopodobnie jednak wiele przypadków pozostaje nierozpoznanych. Aby rozpoznać *J o d - B a s e d o w a*, należy przede wszystkim pamiętać o jodzie, jako możliwej przyczynie cierpienia, co niezawsze się zdarza, i w każdym przypadku tyreotoksykozy drogą szczegółowych wywiadów ustalić, czy nie był używany poprzednio jod w tej lub w innej postaci dla jakiegokolwiek bądź celu. Nietylko bowiem przyjmowanie jodu do wewnątrz, ale i płukania, pędzlowanie, kąpiele mogą u ludzi skłonnych do tyreotoksykozy, wywołać to cierpienie.

Znane są również przypadki *J o d - B a s e d o w a* u ludzi, którym zastrzyknięto jod dla celów rozpoznawczych np. do

*) W pracy niniejszej poruszam zagadnienie *J o d - B a s e d o w a* ze stanowiska klinicznego. Strona teoretyczna tego zagadnienia omówiona jest przez kol. *K a p ł a n a* w pracy jego „O jodzie”. *Patrz Warsz. Czas. Lek.* 1932 Nr. 36.

kanalu kręgowego. O podobnym przypadku wspominał na jednym z posiedzeń Koła Internistów docent E l e k t r o w i c z. (Medycyna 1931 — 23).

Wykrycie i ocena związku przyczynowego pomiędzy jodem a tyreotoksykozą są przytem o tyle trudne, że często objawy chorobowe ujawniają się nie odrazu, lecz po dłuższym nawet po kilkutygodniowym okresie wylęgania, w którym chory czuć się może zupełnie dobrze.

Pozatem rozpoznanie tego rodzaju tyreotoksykozy niezawsze jest łatwe. Nie różniąc się w zasadzie od właściwej choroby B a s e d o w a, klinicznie przebiegają one mniej typowo, są zwykle uboższe w objawy neurowegetatywne, zwłaszcza często brak wytrzeszczu.

W lżejszych przypadkach mogą one polegać na zmianie usposobienia w kierunku nadmiernej pobudliwości u ludzi dotąd spokojnych i zrównoważonych i rozpoznawane są jako neurastenja. Niekiedy przebiegają ze stanem podgorączkowym i chudnięciem i uważane być mogą za początkowe okresy gruźlicy płuc, przewlekłe zapalenie wśierdza i t. p., tembardziej, gdy istnieją niewielkie zmiany w płucach lub szmery sercowe; rozpoznanie jest wtedy bardzo trudne i możliwe dopiero przy bliższej obserwacji.

Najczęściej na plan pierwszy w obrazie chorobowym wysuwa się szybkie chudnięcie, objawy dyspeptyczne, ogólne wyczerpanie, co budzić może podejrzenie nawet nowotworu, jednak łaknienie jest zwykle zachowane, nawet wzmożone. Prawie zawsze, szczególnie u ludzi starszych, stwierdza się zmiany ze strony narządu krążenia — przyspieszoną i niemiarną akcję serca, duszność, aż do niedomogi krążenia włącznie. W podobnie nietypowych przypadkach decydować może o rozpoznaniu niekiedy tylko stwierdzenie wybitnie wzmożonej przemiany podstawowej.

Trudności rozpoznawcze potęgują się, gdy tyreotoksykoza przebiega bez widocznego wola na szyi, naprz. gdy wole jest ukryte wewnątrz klatki piersiowej lub gdy wogóle tarczycza nie jest powiększona.

Spostrzeżenia własne.

I. 1. T., lat 42, urzędnik kolejowy, zgłosił się na nasz oddział w lipcu 1930 r. W młodości przechodził ostry gościec stawowy, po którym pozostała mu wada serca. Uważał się zawsze pozatem za zdrowego, był tęgą, ważył przeciętnie 110 kg., z przyzwyczajenia pił piwo w dużych ilościach. W 1927 r. miał silny napad duszności, podobny — w kwietniu 1930 r. Na zlecenie lekarza celem schudnięcia zażył wtedy 3 pudełka lipodjyny w ciągu 3-ch tygodni. Wkrótce potem zaczął istotnie chudnąć. Skutek jednak przeszedł daleko oczekiwania: w ciągu 2 miesięcy stracił na wadze 14 kg. i nie przestaje nadal chudnąć. Jednocześnie nastąpiła kolosalna zmiana w stanie ogólnym. Stał się bardzo nerwowym i drażliwym. Wystąpił szereg dolegliwości: częste wymioty, uporczywa biegunka, silne poty, stałe uczucie gorąca i braku powietrza, kołatanie serca, bezsenność. Zmuszony był przerwać pracę.

Przy badaniu zwraca uwagę wybitne podniecenie i niepokój, chory ustawicznie się kręci, przeskakuje w rozmowie z tematu na temat, kilkakrotnie wybuch płaczem. Przedmiotowo: dobrze zbudowany, wysokiego wzrostu, tęgą, tkanka podskórna nieco luźna, skóra różowa, wilgotna, obręzków nie stwierdza się. Ciężota 37,3, — oddech przyspieszony — 26', tętno — 128' miarowe, chybkie. Ciśnienie krwi *mx.* 17, *mn.* 7,5. Serce — powiększone poprzecznie, uderzenie koniuszkowe dwa palce poza linią sutkową lewą — rozlane, wstrząsające. Osłuchowo tony wszędzie głośnie, zwłaszcza ton pierwszy, na koniuszku i na mostku wyraźny szmer skurczowy. Płuca

bez zmian. Wątroba wystaje dwa palce z pod łuku żebrowego, twarda. Szyja krótka, tarczycza — niewidoczna i niewyczuwalna. Wytrzeszczu niema, M o e b i u s (—), S t e l w a a g (—), słabo zaznaczony objaw G r a e f e g o. Wyraźne drobne drżenie języka i palców. Odruchy ścięgnowe nieco wzmożone. W moczu brak składników patologicznych. We krwi: ilość hemoglobiny, liczba ciałek czerwonych, białych — normalna. Wzór morfologiczny: N. — 43%, L. — 48%, M. i P. — 5%, E. — 1%, Białko — 8.28%, mocznika — 0.5 gr., kwasu moczowego — 0.08 gr., glikemja po podaniu 50 gr. glukozy przy badaniu co godzinę: 0.10 — 0.14, — 0.11 — 0.9 — 0.9. Odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny.

Nasuwało się odrazu podejrzenie ciężkiej tyreotoksykozy. Badanie podstawowej przemiany dało przy dwukrotnym sprawdzaniu 75.5% i 82% powyżej normy. Pozatem prześwietlenie chorego wykryło poza rękojeścią mostka cień wielkości pięści, który mógł odpowiadać wolu zamostkowemu (*struma substernalis*). Wybitne przyspieszenie tętna, duszność, rozstrzeń serca, powiększenie wątroby — wskazywały na niedomogę krążenia. Wysiłki nasze załagodzenia objawów tyreotoksykicznych i wzmocnienia serca nie osiągnęły żadnego rezultatu. Odwrotnie, stan chorego stale się pogarszał. Była chwila, kiedy zdawało się nam, że jesteśmy już na dobrej drodze. Chory się nieco uspokoił, zaczął lepiej sypiać, ustąpiły wymioty, zmniejszyła się biegunka, tętno zwolniło się do 93', nieustanny dotąd spadek wagi zatrzymał się, i chory nawet przybrał na wadze parę kilogramów. Poprawa była tylko przejściowa i nieistotna. Badanie przemiany podstawowej dało jeszcze wyższe cyfry = + 99% i + 110%. Przybytek wagi, jak się szybko wyjaśniło, zależał od utajonych obręzków, które wkrótce pokazały się na krzyżu i nogach. Mimo zwolnienia tętna, stwierdzone poprzednio już badaniem elektrokardiograficznem migotanie przedsionków nadal się utrzymywało. Wkrótce też częstość tętna wróciła do poprzedniej wysokości. Wobec bezskuteczności leczenia zachowawczego i postępu cierpienia stało się jasne, że jedynie operacyjne usunięcie wola mogło dać nadzieję wyleczenia, względnie poprawę. Operacja niewątpliwie była związana z dużym ryzykiem, tembardziej, że umiejscowienie tarczycy wewnątrz klatki piersiowej nasuwało większe trudności techniczne. Do operacji jednak nie doszło z powodu braku zgody pacjenta.

Tymczasem chudnięcie i wyniszczenie chorego postępowało nieubłagane; późniejsze badania przemiany podstawowej dawały stale wysokie cyfry: + 77%, + 85%, + 70%, + 68%. Waga ze 110 kg. pomimo stałego narastania obręzków obniżyła się do 59.5 kg. Dopiero w tym okresie wystąpiły wszystkie klasyczne objawy oczne, można było również przy dokładnem badaniu wymacać szczyty bocznych płatów tarczycy o powierzchni nierównej, groszkowanej o dość twardej konsystencji. Na plan pierwszy w obrazie klinicznym wysunęła się ostatecznie niedomoga krążenia z przesiekami do jamy brzusznej i jam opłucnowych. Niespełna w rok od chwili wystąpienia pierwszych objawów chorobowych chory zmarł po parodniowej głębokiej śpiączce w stanie krańcowego wychudzenia i charłactwa.

Badanie pośmiertne zwłok potwierdziło dane kliniczne, wykazując znaczną rozstrzeń serca i objawy ogólnego zastoj. Pozatem wykryło niewielkie blizny na zastawkach aorty, jako zejście gośćcowego zapalenia bez wyraźnego zwężenia ujścia. Wole wagi 120 g., z utaniem mikroskopowem typowem dla choroby B a s e d o w a (*struma parenchymatosa praecipue micro, partim macro-follicularis*).

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę z wielu względów:

1) Rozpoznanie choroby B a s e d o w a w pierwszej chwili nasuwało pewne wątpliwości: pacjent był wyjątkowo tęgą, z objawów ocznych jedynie

G r a e f e był ledwo zaznaczony, tarczycy na szyi wogóle nie można się było domagać. Tylko przy dokładnym badaniu zwracała uwagę sieć rozszerzonych drobnych żył podskórnych na rękojęści mostka oraz przytłumienie w tej okolicy, wykraczające na dwa palce w lewo i w prawo od linii mostkowej. Odpowiadało to umiejscowieniu wola za mostkiem. Jest bardzo prawdopodobne, że wole ukryte w klatce piersiowej, istniało tu już od szeregu lat i że słyszalny na mostku szmer skurczowy zależał głównie od jego obecności.

2) Wystąpienie objawów chorobowych wkrótce po zażyciu jodu (ogółem 18 gr. lipojodyny = 7.38 gr. jodu) dowodzi, że mieliśmy tu do czynienia z przypadkiem J. Basedowa. Czy jod sam przez się wywołał zbasedowacenie wola, czy też zażywanie jodu zbiegło się przypadkowo z samorzutnym uczynnieniem się dotąd dobrotliwego wola i tylko nasiliło objawy toksyczne, trudno stanowczo ocenić. Rola szkodliwa jodu w danym przypadku w każdym razie nie ulega wątpliwości. Podkreślić należy, że mimo odstawienia jodu objawy chorobowe nie cofnęły się i nie złagodniały, a że przeciwnie rozwinęła się wyjątkowo złośliwa tyreotoksykoza.

3) Choroba B a s e d o w a sama przez się znacznie obciąża krążenie, rzadko jednak prowadzi do niedomogi. Zwykle stwierdzamy wtedy jeszcze inne przyczyny, uszkadzające lub obciążające narząd krążenia. Na wystąpienie niedomogi serca w naszym przypadku wpłynęły: przebyty gościec, nadciśnienie krwi, znaczna tusza, nadużywanie piwa. Być może, że na serce wpływała ujemnie, na drodze mechanicznej, również i obecność wola za mostkiem. Ciężka tyreotoksykoza jodowa była jednak główną przyczyną niedomogi i zdecydowała o zejściu niepomyślnym.

4) Leczenie zachowawcze nie wywarło prawie żadnego wpływu na przebieg cierpienia. Poza uspokojeniem psychicznym chorego, leżeniem, uregulowaniem diety, środkami ogólnie wzmacniającymi, stosowaliśmy niemal wszystkie metody leczenia zachowawczego. Chory otrzymywał brom, luminal, walerjanę, chininę, chinidynę, ergotaminę, fluor, jod w małych dawkach, wielokrotne naświetlanie promieniami R o e n t g e n a na okolicę wola. Chinina ani chinidyna nie wpłynęły na migotanie przedsionków. Po ergotaminie, podawanej podskórnie trzy razy dziennie przez 3 dni w ilości po 0.5 cm.³, chory poczuł się gorzej. Wystąpiły mroczone przed oczami, bóle w krzyżu i nogach, na goleniach zjawiały się smugowate zasinienia. Ergotaminy więcej nie stosowaliśmy. Po fluorze doustnie — żadnego skutku. To samo po naświetlaniach prom. R o e n t g e n a. Jedynie przy podawaniu w małych dawkach jodu, do którego *volens volens*, pomimo etjologii jodowej zatrucia, wróciliśmy, uspokoiły się nieco dolegliwości żołądkowo - kiskowe, i chory poczuł się nieco lepiej. Pomimo zmiany dawkowania jodu utrzymać jednak poprawy nie zdołaliśmy. Nie dała się również opanować wzrastająca niedomoga krążenia, ani za pomocą dużych dawek naparstnicy lub związków pokrewnych, ani środków moczopędnych do salirganu włącznie. Brak zgody pacjenta uniemożliwił, jak już wspominałem, strumektomję. Chociaż połączone z dużym ryzykiem, wykonana w porę operacja mogła niewątpliwie nie tylko ocalić chorego, lecz może również doprowadzić do zupełnego zdrowia.

2. B., Inżynier lat 45, z rodziny hipertoniców, usposobienia żywego, dość nerwowego, latem 1929 r. zwrócił się do neurologa z powodu ogólnego przemęczenia, bólów głowy, bez-

senności. Po wyżyciu kilku flakoników zaleconego mu bromu z jodem dolegliwości ustąpiły i wkrótce potem wyjechał na urlop w góry.

W czasie pobytu tam zaczął niedomagać, łatwo się męczył, stał się bardziej niż zwykle nerwowo, unosił się z błahych powodów, przestał sypiać, mimo dobrego apetytu zmizerniał, tracił na wadze, dołączyła się biegunka i poty. Przypisując to górom, powrócił do Warszawy. Z powodu biegunki leczył się u gastrologa, inni lekarze rozpoznawali cierpienie mięśnia sercowego. Mimo jednak zmiany miejsca pobytu i leczenia, stan chorego przez szereg tygodni nie ulegał poprawie. W tym czasie zgłosił się do mnie.

W porównaniu ze stanem, w jakim znałem go poprzednio, był uderzająco zmieniony. Zestarzał się, znacznie schudł, był wysoce wrażliwy i niespokojny, oczy miał błyszczące, skórę wilgotną, spoconą, drżenie rąk, tętno 120' — w spoczynku.

Wytrzeszczu nie było, tarczyca nie powiększona, również prześwietlenie nie wykazało wola za mostkiem.

Po 2 miesięcznym leczeniu, przy djeście przeważnie węglowodanowej i tłuszczowej i bromie nastąpiła nieznaczna poprawa, całkowity powrót do zdrowia dopiero po naświetlaniu tarczycy promieniami R o e n t g e n a.

3. N. N., mężatka lat 38, 2 dzieci, zawsze zdrowa. W wieku lat 25, będąc w Ciechocinku, pobierała w celu schudnięcia jodynę. Straciła wtedy 10 kg. na wadze, czuła się jednak dłuższy czas potem bardzo źle.

Ostatnio przy zupełnie dobrym samopoczuciu w tym samym celu, zwłaszcza ze względu na „grube nogi“, za poradą lekarza przyjmowała tabletki jodowe. Wkrótce potem wystąpiło znaczne osłabienie, „drganie nerwów“, niepokój, „zamieranie serca“; wyraźnie schudła. W parę tygodni potem stwierdziłmy wybitny niepokój nerwowy, spieszenie się, niemiarową i przyspieszoną akcję serca, nogi do kolan sinawe, nieco oosłonięte. Tarczyca niepowiększona.

Przy wypoczynku, bromie, środkach tonizujących objawy te w ciągu 2 miesięcy stopniowo ustąpiły. W rok później zgłosiła się w stanie zupełnie dobrym.

W obu ostatnich przypadkach, spostrzeganych tylko amublatoryjnie, w odróżnieniu od przypadku 1-szego, tyreotoksykoza ma charakter bardziej poronny i znacznie łagodniejszy.

W przypadku 2-gim objawy chorobowe wystąpiły dopiero w parę tygodni po przerwaniu leczenia jodem; cechy tyreotoksykozy wybitne, przebieg dość uciążliwy i uparty, całkowity powrót do zdrowia dopiero po naświetlaniu tarczycy promieniami R o e n t g e n a.

W przypadku 3-cim wpływ szkodliwy jodu był niewątpliwym, jakkolwiek objawy tyreotoksyczne poza złym samopoczuciem, objawami sercowymi, niepokojem, chudnięciem były ledwo zaznaczone. Poprawa po zwykłym leczeniu zachowawczym.

Sprawa Jod - Basedowa zasługuje dzisiaj na nieco większą uwagę:

1. Jod jest nadal środkiem chętnie i często przepisywanym przez lekarzy w przeróżnych cierpieniach we wszystkich specjalnościach. Znalazł on również szerokie zastosowanie w dagnostyce rentgenologicznej narządów wewnętrznych (myelografia, cholecystografia, bronchografia i t. p.).

Zdaniem niektórych klinicystów zwłaszcza wiedeńskich, wrażliwość na jod po wojnie znacznie wzrosła i tyreotoksykozy jodowe nawet po minimalnych dawkach są obecnie częstsze.

2. W ostatnich latach stwierdzono w Polsce, jak wogóle w Europie środkowej wzmaganie się wola.

Stoi to prawdopodobnie w związku z pogorszeniem warunków bytu podczas i po wojnie: gorsze odżywianie, ciasnota mieszkań i większa nerwowość. Wzrost przypadków dotyczących przedewszystkiem młodzieży w wieku szkolnym. W związku z tem Min. Oświaty w roku 1927 wydało nawet okólnik do lekarzy szkolnych, w którym wskazuje na szkodliwe skutki wola i zaleca używanie tabletek jodowych.

Również w przychodniach spotykamy coraz więcej wola u ludzi młodych.

3. Przeżywamy obecnie okres rehabilitacji jodu jako środka leczniczego w wolu i chorobie *B a s e d o w a*. Ciężkie, niekiedy śmiertelne przypadki tyreotoksykozy, nierzadko obserwowane po jodzie, zniechęciły poprzednio lekarzy do jego stosowania i został on całkowicie zarzucony. Przekonano się jednak, że główną przyczyną szkodliwych następstw było używanie zbyt dużych dawek jodu, i że w ilościach minimalnych daje on znakomite wyniki. Mimo to niebezpieczeństwo zaszkożenia nie zostało jednak usunięte.

Z wyżej wymienionych powodów wolno przypuścić, że przypadki zaszkożenia jodem i u nas mogą być częstsze.

Badanie kliniczne chorego nie daje nam pewnego oparcia, na którego podstawie moglibyśmy przewidzieć w konkretnym przypadku, jak jod będzie znoszony. Dotyczy to nie tylko ludzi z wolem lub objawami tyreotoksycznymi ale również z tarczycą napozór zdrową, jak w moich spostrzeżeniach. Natomiast długoletnie doświadczenie z jodem ustaliło szereg momentów, wpływających na tolerancję jodu, i znajomość ich chronić nas może w pewnym stopniu od możliwości zaszkożenia choremu. Warto je omówić:

1. Wiadomo, że w cierpieniach zapalno - infekcyjnych, poza rzadkimi wyjątkami, jod jest znoszony dobrze. Tłumaczy się to tem, że patologicznie zmienione tkanki zatrzymują duże ilości jodu. Odnosi się to specjalnie do kły, gdzie, według *F r e u n d a* proteiny krwi wiążą również dużo jodu.

Rzadko obserwujemy wpływ jodu w cierpieniach o nastawieniu wagotonicznem, jak np. w dychawicy oskrzelowej.

W chorobach naczyniowych—miażdżycy i nadciśnieniu jod działa różnie, często źle.

Wpływ jodu na miażdżycę jest wogóle wątpliwy. Chorzy z miażdżycą często skarżą się po jodzie, przyczem niezawsze umiemy na podstawie objawów klinicznych stwierdzić, czy idzie o jodnicę zwykłą, o wpływ ujemny jodu na tarczycę, czy też o inny nieznanym mechanizm działania. Nerka marska w okresie niedomogi jest stanowczem przeciwwskazaniem dla jodu.

2. Wiek. Dzieci znoszą jod dobrze. Jednak i u nich obserwowano w Szwajcarii wystąpienie pod wpływem jodu tyreotoksykozy. Najmłodszy znany w piśmiennictwie przypadek tyreotoksykozy jodowej przytacza *d e Q u e r v a i n*. Dotyczy on 9-letniej dziewczynki, u której wystąpiły typowe objawy po 14-dniowym zażywaniu jodu w ilości około 66 mgr. dziennie. Za obsołutnie nieszkodliwą dawkę dzienną jodu dla dzieci w wieku szkolnym niektórzy uważają dopiero mniejszą od 1 mgr. (*K l i n g e r*). Wrażliwość na jod wzrasta z wiekiem.

3) Płeć należy brać pod uwagę o tyle, że wole i tyreotoksykozy są u kobiet znacznie częstsze. Czynność jajników odbija się, jak wiadomo, na stanie ana-

tomicznym i czynnościowym tarczycy (wole w okresie dojrzewania płciowego, wole pokwitania, powiększanie się tarczycy w czasie perjodu, po ciąży). Stwierdzono również zwiększenie się poziomu jodu we krwi w czasie perjodu, w końcu ciąży i w położu. Wtedy lepiej jodu nie podawać (*Z o n d e k*).

Dawniej sądzono, że jod może wpływać ujemnie na czynność gruczołów płciowych, obserwowano bowiem niekiedy zanik piersi u kobiet.

Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że wprawdzie można wywołać jodem zmiany histologiczne w janiakach i przejściową sterylizację, jednak dopiero przy dawkach tak wielkich, jakie nie są stosowane w celach leczniczych.

4) We wrażliwości na jod odgrywają dużą rolę różnice geograficzne.

Tam, gdzie wole występuje nagminnie, nietolerancję jodu spostrzega się częściej zarówno w górach, gdzie jodu jest naogół za mało, jak w stopniu może większym w okolicach nadmorskich, obfitujących w jod.

5) Wole niejadowite.

Wymienione tutaj momenty mają znaczenie specjalnie przy wolu. Pozatem należy brać pod uwagę charakter wola. Dobre wyniki daje jod w wolu rozlanem (miażdżowem, niekiedy również w koloidowem).

W wolu guzowatym przeważnie niema skutku, zwłaszcza tu często występuje tyreotoksykoza. Oglądaniem i obmacywaniem nie zawsze umiemy jednak klinicznie odróżnić jednego gatunku wola od drugiego. Możemy się kierować czasem trwania wola: im wole jest starsze, tem większe prawdopodobieństwo, że zawiera ono guzki gruczolakowate i zareaguje w sposób niepożądany.

Nie należy się specjalnie obawiać jodu, a) przy świeżo powstałym wolu, b) gdy przebiega ono z wyraźnie obniżoną przemianą podstawową, c) i wogóle u dzieci poniżej lat 10-ciu.

Pozatem praktycznie należy liczyć się w każdym przypadku wola z możliwością wywołania tyreotoksykozy i jodu unikać. W razie konieczności zmniejszenia wola (ucisk na narządy sąsiednie, wole bardzo duże) decydować się raczej na operację. Jeżeli zaś chcemy leczyć jodem, to bardzo ostrożnie, minimalnemi dawkami i przy stałej kontroli wagi, tętna, przemiany podstawowej i t. p. Za odpowiednią tu dawkę uważa *Z o n d e k* — *sol. kali jodati* 0,004 — 200,0 dwie tyżeczki dziennie, t. j. $\frac{1}{8}$ mgr. jodu *pro die*.

4. Panna, lat 27, dość tęga, latem ubiegłego roku zauważyła guzkowate powiększenie się tarczycy i w związku z tem pobierała przez parę tygodni 1%-wy roztwór *L u g o l a* w ilości od 8 — 15 kropli dziennie. Tarczycza nie zmniejszyła się, ale pacjentce ubyło po 2-ach miesiącach 6 kg. na wadze, a po następnych 2-ch miesiącach jeszcze 2 kg., chociaż jodu więcej nie przyjmowała. Subiektywnie czuła się przytem dobrze, również przy badaniu przedmiotowem nie stwierdzono innych objawów tyreotoksycznych. Z czasem odzyskała z powrotem 2.5 kg. wagi.

W tym przypadku wystarczyło około 10 mgr. jodu dziennie, by wywołać znaczne schudnięcie. Gdyby nie zapobiegnięto wczas przyjmowaniu jodu, doszłoby prawdopodobnie do dalszego rozwoju tyreotoksykozy.

W krajach z endemją wola i towarzyszącem temu często matolactwem i głuchoniemotą, a ubogich w jod, walczy się od szeregu lat z dużym pożytkiem z tą klęską społeczną za pomocą małego dodatku jodu do

solu kuchennej. W używanej w Szwajcarii soli jodowanej dodatek ten wynosi zaledwie 40 gamma jodu (gamma równa się 1/1000 mgr.) na 10 gr. soli kuchennej, t. j. tyle, ile przeciętnie otrzymuje człowiek wraz z pożywieniem w miejscowościach wolnych od wola. Równolegle jednak zauważono wzrost przypadków Jod - Basedowa. Tak naprz. Z i m m e r m a n n z pod Monachjum w 88 obserwowanych przez siebie tyreotoksykozach — w 59 przypadkach ustalił w wywiadach używanie jodu, w tem w 23 przypadkach jedynie soli jodowanej. Dowodzi to, że nawet tak znikome ilości jodu mogą niekiedy wywołać tyreotoksykozę.

Jak wiadomo, nadmiar jodu w miejscowościach nadmorskich nie broni przed wystąpieniem wola i występuje ono tu często nagminnie. Badania L i e k a z Gdańska wykazały, że dzienna przemiana jodu jest tam bardzo wysoka. Dobowa ilość jodu w moczu dochodzi do 400—600 gamm (norma około 100 gamm), poziom jego we krwi jest dwa razy wyższy, również tarczyca zawiera jodu znacznie więcej niż normalnie. Wole tamtejsze różni się od alpejskiego. Nie występuje u noworodków, nie daje kretynizmu, jest zawsze rozlane, bogate w kolloid, często też przechodzi w wole toksyczne. Tu jod nie jest specyfikiem przeciwko wolu. Przeciwnie wola gdańskie są bardzo wrażliwe na jod: leczenie i zapobieganie jodem jest tu całkiem przeciwwskazane (F e l d m a n).

W piśmiennictwie polskim brak jest danych, jak reaguje na jod wole podkarpackie, które jest niemal nagminne. Na Podkarpaciu mamy dużo solanek z mniejszą lub większą domieszką jodków (najwięcej w Rabce) i słusznie powiada D e n g e l, że powstawanie tam wola trudno tłumaczyć brakiem jodu w przyrodzie, a tem samem w ustroju ludzkim. Stosowanie tam jodu jest chyba niecelowe.

6) Tyreotoksykozy.

Do niedawna stosowanie jodu w chorobie B a s e d o w a było uważane za błąd lekarski. Pogląd ten był oparty raczej na spostrzeżeniach, że u niektórych ludzi występują po jodzie objawy tyreotoksyczne, niż na doświadczeniu w samej chorobie B a s e d o w a. Jednak już przed 70-ciu laty były opisywane pojedyncze przypadki tego cierpienia, poprawiające się po jodzie. A więc T r o u s s e a u w roku 1863, zapisując choremu na B a s e d o w a przez pomyłkę nalewkę jodową zamiast walerjany, przekonał się ku swemu zdziwieniu o znacznej poprawie. Naogół istniało uprzedzenie do tego środka, często obserwowano pogorszenie i leczenie to naogół nie przyjęło się. Zostało ono całkowicie potępione w początkach bieżącego stulecia pod wpływem prac T. K o c h e r a nad Jod-Basedowem.

Zwrot do jodu datuje się od roku 1920, kiedy N e i s s e r opublikował wybitnie dodatnie wyniki w 7-iu przypadkach przy podawaniu małych dawek jodku potasu. Za dawkę optymalną uważał on 50 — 70 mgr. jodu dziennie, może się ona jednak zmieniać u tego samego pacjenta w różnym czasie, zależnie od stanu pobudzenia tarczycy. Od tego czasu leczenie małymi dawkami jodu choroby B a s e d o w a znajduje coraz więcej zwolenników. Powstaje jednak pytanie, czy stosowane obecnie małe dawki jodu zabezpieczają nas od możliwości zaszkodzenia choremu i pogorszenia tyreotoksykozy.

Poglądy na to nie są dotąd uzgodnione.

Według P l u m m e r a i B o t h b y działa-

nie korzystne jodu w chorobie B a s e d o w a jest tylko przejściowe. Pod wpływem jodu szybko następuje znaczna poprawa, choremu przybywa na wadze, tętno się zwalnia, przemiana podstawowa się obniża i t. d. Przy dalszym jednak podawaniu jodu przestaje on działać i staje się szkodliwym; również przerwanie podawania jodu pociąga za sobą znaczne pogorszenie, dlatego po osiągnięciu poprawy, co zwykle następuje po 2-ch tygodniach, leczenie jodem musi być bezwarunkowo zakończone strumektomją. Leczenie więc jodem powinno być ograniczone wyłącznie do przypadków, które mają być operowane. P l u m m e r s t o s u j e w t y m c e l u 2 — 6 razy dziennie po 10 kropli 5% roztworu L u g o l a (*Jodi puri* 0.5, *Kali jodati* 0.2, *Aq. destill.* 10.0), t. j. 70—200 mgr. jodu *pro die*. Pozatem amerykanie wyłączają wogóle od leczenia jodem gruczolaka toksycznego (*adenoma toxicum*), gdzie jod ma być źle znoszony i tylko pogarsza stan chorych.

P l u m m e r, a za nim wielu innych, odróżniają pierwotną chorobę B a s e d o w a od gruczolaka toksycznego (*adenoma toxicum*).

Chorobę B a s e d o w a pierwotną charakteryzują — młody wiek, szybki rozwój, wytrzeszcz, rozlane i tętniące wole, przyspieszenie i pobudliwość tętna.

Gruczolak toksyczny: wiek starszy, dawno istniejące, guzowate wole, zaburzenia sercowe i chudnięcie.

Patogeneza ich ma być odmienna i stąd odmienne oddziaływanie na jod. Choroba B a s e d o w a ma zależeć od wydzielania przez tarczycę wadliwej prawdopodobnie niedostatecznie jodowanej tyroksyny z powodu zubożenia tarczycy w jod (*dysthyreoidismus*), i dlatego jod działa korzystnie. W gruczolaku toksycznym — objawy chorobowe wywołane są nadczynnością tarczycy (*hyperthyreoidismus*), t. j. nadmiernym wydzielaniem normalnej wydzieliny; jod może tu powiększyć chorobę.

Podział ten nie jest uznawany przez wielu klinicystów. Zdaniem ich choroba B a s e d o w a we wszystkich swych postaciach jest tylko nadczynnością, a odmienny przebieg zależy od mniejszego lub większego udziału układu roślinnego i odczynu obwodu w tem cierpieniu. Przemawia za tem fakt, że usunięcie gruczolaka nie daje dobrych wyników a jedynie usunięcie możliwie dużej części tarczycy, która tem samem w całości jest przyczyną cierpienia. Brak jest również zasadniczej różnicy zarówno w obrazach histologicznych tarczycy, jak i w objawach klinicznych w sposobie oddziaływania na jod.

Wbrew poglądom szkoły amerykańskiej szereg badaczy donosi o dobrych wynikach leczenia przewlekłego zachowawczego, bez konieczności operowania w każdym przypadku (L a b b é, D a u t r e b a n d e, Z o n d e k, u nas T o m a n e k, L a n d a u, własne moje spostrzeżenia). Przy umiejętnym indywidualnym dawkowaniu pod kontrolą przemiany podstawowej, można osiągnąć w ten sposób wybitną poprawę a nawet zupełne wyleczenie (Z o n d e k). Pogorszenie się cierpienia w trakcie leczenia jodem przypisują (L a b b é, D a u t r e b a n d e) raczej bezzilności jodu (wtenczas zwykle i inne leczenie zawodzi), a nie szkodliwemu jego wpływowi. Radzą wtenczas zwiększać dawkę jodu lub zmieniać sposób podawania: D a u t r e b a n d e otrzymuje lepsze wyniki przy wielokrotnym zażywaniu jodu w ciągu dnia (do 20 razy dziennie), niż przy zwykłym trzykrotnym, przy tej samej dawce dziennie. Wyniki lecznicze są te same w chorobie B a s e d o w a, co w wyodrębnianym przez Amerykanów gruczolaku toksycznym, chociaż ostatni istotnie jest częściej odporny na działanie jodu.

Dawkowanie jednak jodu u poszczególnych badaczy waha się w dość szerokich granicach. D a u t r e b a n d e posługuje się 10% L u g o l e m (*Jodi puri* 1.0, *Kali jodat.* 2.0, *Aq. destill.* 10.0) nie przekraczając 30 kropli dziennie (do 400 mgr. *pro die*). Z o n d e k natomiast podaje 1% roztwór (*Jodi puri* 0.1, *Kali jodat.* 0.2, *Aq. destill.* 10.0). Zaczyna od 5 — 8 kropli trzy razy dziennie przez 8 — 10 dni aż do otrzymania poprawy, później przez 14 dni po 2—3 krople 3 razy dziennie i dalej przez 5 — 8 tygodni i dłużej po jednej kropli trzy razy dziennie. Dawka więc początkowa najwyższa wynosi zaledwie 20 — 30 mgr. na dobę. Różnica w dawkowaniu w porównaniu z D a u t r e b a n d e ogromna! Być może, że odmiennie wyniki, otrzymywane przez różnych autorów, i odmienny sposób stosowania jodu zależy w dużym stopniu od rozmaitego reagowania tyreotoksyz w różnych krajach.

W piśmiennictwie polskim nie mamy większego zestawienia wyników leczenia jodem w chorobie B a s e d o w a. L a n d a u i T o m a n e k otrzymywali dobre wyniki w pierwotnej chorobie B a s e d o w a; w gruczolaku toksycznym T o m a n e k uważa za celowe podawanie jodu, ale tylko celem przygotowania chorego do strumektomji. L a n d a u wypowiada się wogóle przeciwko stosowaniu tu jodu.

Metoda leczenia choroby B a s e d o w a na drodze zachowawczej małymi dawkami jodu, jako zbyt świeża nie pozwala jeszcze na ostateczne wnioski co do jej bezpieczeństwa. Powinna ona być nadal próbowana, ale pod warunkiem s t a ł e j kontroli chorego, głównie przemiany podstawowej, najlepiej w zakładach zamkniętych.

7. Dawkowanie i postać jodu.

Naogół jod nawet w ilościach dużych jest znoszony dobrze. Można go stosować do 10 i więcej gramów na dobę, można zastrzykiwać dożylnie bez wywołania jakichkolwiek objawów ujemnych. Lecz z drugiej strony wrażliwość na jod, zwłaszcza o ile idzie o działanie tyreotoksyczne, może być uderzająco duża. Znane są przypadki tyreotoksykozy po zażyciu ogółem 10 — 20 mgr. jodu, przy dziennej dawce, wynoszącej drobny ułamek 1 mgr., przy stosowaniu zewnętrznym jodu i t. p. Są to jednak przypadki rzadkie, spostrzegane w wolu endemicznym. Natomiast przy dużych dawkach jodu możliwość zaszkodzenia musi już poważniej być brana pod uwagę.

Jest kwestja, czy wogóle stosowanie jodu w dawkach dużych jest wskazane. W porównaniu z nikłą przemianą jodu u człowieka, zwykle stosowane dawki muszą być uważane za olbrzymie. Już przed 20 laty G o l d f l a m wyraża wątpliwość „czy zachwalane zalety i wyższość metody stosowania dużych dawek są rzeczywiste”. Kwestja ta zasługuje na rozważanie nie tylko w stosunku do cierpień tarczycy, w których szkodliwość większych dawek jodu była wielokrotnie stwierdzoną, ale również przy przepisrywaniu go w innych cierpieniach, przede wszystkim u ludzi starszych, gdzie jest on chętnie zalecany a często źle znoszony.

Postać stosowanego jodu ma znaczenie podrzędne. Jod działa w ustroju jako jon, niezależnie od tego, czy zostaje wprowadzony w postaci zjonizowanej (jodki alkaliczne), czy też w postaci związków organicznych. Wyższość tych ostatnich, zwłaszcza związków tłuszczowych, ma polegać między innymi na tem, że, dzięki powolnemu wchłanianiu się, rozkładaniu się i wydzielaniu jodu unika się znacznych wahań stężenia

jodu w ustroju, przez co działanie jodu jest bardziej równomierne i łagodne. Nie broni to jednak przed zatruciem zarówno, jeżeli idzie o zwykłą jodnicę, jak i wpływ ujemny na tarczycę. Świadczy o tem przypadek pierwszy, w którym tyreotoksykoza o przebiegu wyjątkowo złośliwym wywołana była związkiem tłuszczowym mianowicie lipojodyną. Ostatecznie bowiem o działaniu przetworu jodowego decyduje przedewszystkiem ilość zawartego w nim jodu.

Wprowadzenie wolno wchłaniającego się związku jodu pozajelitowo w większej ilości stwarza magazyn tego leku, z którego może on się wydzielać przez bardzo długi okres czasu. W e l a n d e r (cytowany przez G o l d f l a m a) stwierdził jod w moczu jeszcze w 15 miesięcy po ostatnim zastrzyknięciu jodipiny. Ze potrzeba nieraz lat, aby się jodipina wessała całkowicie, łatwo się o tem przekonać, prześwietlając chorych, którym dla tych czy innych celów została wprowadzona np. do kanału kręgowego lub opłucny. Jakże może to mieć niekiedy znaczenie, dowodem jest cytowany wyżej przypadek tyreotoksykozy, obserwowany przez docenta E l e k t o r o w i c z a, wywołany i podtrzymywany obecnością jodu w kanale kręgowym.

Spożywanie naturalnego organicznego jodu w pokarmach (tłuste ryby morskie, flondry, turboty, kabljany, sztokfisz, tran) jest często zupełnie wystarczającą metodą leczenia jodem. Zaszkodzenie jodem w ten sposób jest mało prawdopodobne. Wielu zaleca go dla zapobiegania i leczenia wola, w miażdżycy i t. p.

F i s c h e r z Łodzi otrzymywał dobre wyniki również w chorobie B a s e d o w a przy stosowaniu wyłącznie tranu.

Jeszcze kilka słów o rokowaniu i leczeniu Jod-Basedowa. Rokowanie nie zawsze jest złe. Zależy ono od szeregu momentów, jak odporność ustroju, stan układu wegetatywnego, wiek, stan narządu krążenia. Dużo zależy od stopnia dowozu jodu do ustroju. Przy intensywnym i długotrwałym pobieraniu jodu rokowanie zwykle jest gorsze. Jod - Basedow może przebiegać łagodnie i ustąpić po odstawieniu jodu. Kiedy indziej przebiega ciężko, mimo przerwania jodu, nie daje się opłacać i postępuje nieubłagane naprzód ze wszystkimi fatalnymi następstwami. Sprawa chorobowa może już po krótkim czasie — po paru tygodniach — wśród objawów silnego zatrucia i ciężkich zaburzeń sercowo-naczyniowych doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Przypadki Jod - Basedowa obejmują więc całą skalę zaburzeń od najłżejszych do najcięższych o przebiegu błyskawicznym i niepomysłnym. Zgodnie ze spostrzeżeniami G o l d f l a m a, przypadek 2-gi i 3-ci wskazują, że u ludzi bez wola cierpienie to daje rokowanie lepsze.

W leczeniu obowiązują te same zasady co i w zwykłej chorobie B a s e d o w a. Co się tyczy specjalnie jodu, to niektórzy (L i e b e s n y) przestrzegają przed nagłym przerywaniem jego podawania, gdyż to może wywołać jeszcze gorsze skutki. W opisanym przez nas pierwszym przypadku Jod - Basedowa widzieliśmy po małych dawkach jodu wyraźną, chociaż tylko przejściową poprawę. W cięższych przynajmniej przypadkach samo odstawienie jodu i odpoczynek fizyczny i nerwowy często wystarcza, by objawy tyreotoksykozy ustąpiły (przypadek 3-ci). W ciężkich przypadkach potrzebne jest wcześnie naświetlanie promieniami R o e n t g e n a (S c h l e s i n g e r); w przypadku 2-gim dopiero po naświetlaniu nastąpił powrót

do zdrowia, w przypadku jednak pierwszym wielokrotne naświetlanie pozostało bez wpływu. W przypadkach postępujących i niepoddających się leczeniu zachowawczemu właściwą metodą postępowania jest tylko możliwie wczesne usunięcie tarczycy. Wskazania operacyjne dzięki poprawie techniki są teraz znacznie szersze niż poprzednio. Stan serca nawet poważny (migotanie przedsionków, nie dająca się opanować niedomoga krążenia) nie są stałowczeni przeciwwskazaniami do zabiegu operacyjnego; przyczyną zaburzeń sercowych może być wyłącznie tyreotoksykoza i po usunięciu tarczycy mogą one ustąpić zupełnie i szybko (Santy, Gallavardin, Kaspar).

PIŚMIENICTWO.

Bircher. Schw. Med. Woch. 1929, 6. Dautreb a n d e L. Physiopathologie de la thyroide. Paryż. Mas-

son 1931. Dengel L. Pol. Prz. Chir. 1926. Fischer. Münch. Med. Woch. 1931 — 49. Flück W. Schweiz. Med. Woch. 1928, 1. Feldman. Schw. Med. Woch. 1927. Gallavardin. Pr. med. 1928. Goldflam S. Neurol. Polska 1910. Jagi. Mediz. Seminar. Wiedeń, Springer 1926. Krehl L. Münch. med. Woch. 1916. Kaspar. Wien. kl. Woch. 1929 — 15. Kramsztyk St. Ther. Nova. 1931, 1. Kocher T. Arch. f. kl. Chir. 1910 — 92. Labbé. Ann. d. Med. 1929, 1. Landau A. Warsz. Czas. Lek. 1926, 5 i 6. Leyko. Med. Dośw. i Społ. 1925. Licke. Gdańsk, 1930. Lund G. Kl. Woch. 1930, 19. Maciąg A. Pol. Arch. Med. Wewn. T. IX, Z. 3 Puławski A. O chorobach Basedowa. Odczyty Klin. Gaz. Lek. 1913, T. 20. Santy. Pr. med. 1928, 1. Wagner-Jauregg. Wien. klin. Woch. 1931. Zondek H. Kl. Woch. 1930 — 14. Zimmermann. Münch. med. Woch. 1931, 2.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Ambulatorjum Warszawskiej Kasy Chorych

Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gościca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul“.¹⁾

Podał

Mieczysław GOLDBAUM (Warszawa).

W NNr. 20, 21, 22 i 23 Warsz. Czasopisma Lek. z r. 1929²⁾ podałem wyniki, osiągnięte przeze mnie za pomocą szczepionki Paula w 151 przypadkach cierpień gościcowych, dny i nerwobólów. Obecnie przystępuję do ogłoszenia dalszych moich spostrzeżeń, opartych na materiale większym, złożonym z 371 przypadków, co, łącznie z poprzednimi, stanowi ogólną liczbę 522 przypadków. Jest to liczba, bezwątpienia, wystarczająca w zupełności, ażeby na jej podstawie można było o tej nowej metodzie leczenia wypowiedzieć sąd, nie ulegający żadnej wątpliwości.

Z ogłoszeniem niniejszej pracy wstrzymałem się rozmyślnie przez lat blisko dwa, chciałem bowiem przeczekać próbę ognia czasu dla zorientowania się w sprawie nawrotów, była to bowiem jedna z najbardziej niepokojących kwestyj, utrudniających zupełnie pewną ocenę wartości leczniczej danej metody pod względem jej trwałości. Obecnie, po latach 4½ od chwili wprowadzenia przeze mnie środka tego do kraju, sprawa ta została należycie i ostatecznie rozstrzygnięta.

Kutiwakcyna Paula doczekała się już, od chwili pojawienia się jej w Wiedniu i rozpoczęcia jej stosowania na bardzo rozległą skalę przez samego jej wynalazcę, wcale pokąźnego piśmiennictwa. Istnieje już zagranicą, wraz z naszymi, około 40-u publikacji, jednogłośnie podnoszących znakomite działanie lecznicze tej szczepionki, natomiast nie znam żadnej, oceniającej ją ujemnie, bądź pod względem bezskuteczności, bądź szkodliwości jej działania. Świat lekarski podzielił się zatem jakby na dwa obozy. Jeden, niezadowolony, rzecz prosta, z dotychczasowego arsenału metod lecz-

niczych cierpień gościcowych, — arsenału równie bogatego, jak bezskutecznego, — chwycił się tej nowej metody szczepiennej, z upragnieniem oczekując od niej zbawienia na to mnóstwo dolegliwości i utrapień, będących smutnym losem reumatyków i artretyków, skazanych z czasem na zupełne niekiedy inwalidztwo. Drugi obóz natomiast brnie w szablonie; zadawała się dotychczasowymi paljatywami w postaci środków wewnętrznych, — których mamy przecież wielką obfitość, — smarowań i wcierań, zastrzyknięć, kąpiei i naświetlań, — i, nie osiągając nigdy na c z a s d ł u ż s z y jako tako wybitnej poprawy, zaciąga się do szeregu sceptyków — teoretyków kutiwakcyny, nie próbuje i „nie wierzy“. Trzeciego obozu, któryby chciał się przekonać i stosować, lecz zawiódł się na działaniu tej szczepionki, niema. Kto ją raz wypróbował, staje się bezwzględnie jej zwolennikiem.

Dziedziną zastosowań tej szczepionki jest cały obszar przewlekłych cierpień gościcowych, — wielo- lub jednostawowych, — bądź pierwotnych, o pochodzeniu nieznanem, bądź wtórnych, na tle ostrych chorób zakaźnych lub rzeżączki, kiły, gruźlicy, dalej myalgje, t. j. gościec mięśniowy, cierpienia nerwów, jako newralgie, dna przewlekła, bądź ostre jej napady, *arthritis deformans*, wreszcie — last not least — ostry lub podostry gościec stawowy, w którym kutiwakcyna powinna — narówni z przewlekłymi postaciami gościca — znaleźć jaknajprędzej szerokie rozpowszechnienie. Przybyła ostatnio jeszcze jedna dziedzina, w której kutiwakcyna zaczyna święcić trjumfy, mianowicie: *rhinitis vasomotorica*. Aurel Réthi, znany laryngolog z Budapesztu ogłosił wyniki dodatnie leczenia tą szczepionką w 27 przypadkach tego cierpienia (23 zupełnych wyleczeń i 4 prawie wyleczone, z pozostałością tylko minimalnych objawów). W e i l e r z Wiednia leczył w ten sposób 46 przypadków *rhinitis vasomotorica*, z których 34 zostało zupełnie wyleczonych, w 11 przypadkach nastąpiła znaczna poprawa (tylko od czasu do czasu kichanie), a w jednym tylko przypadku nie było żadnego skutku (prawdopodobnie w związku z zajęciem pacjentki, szczególnie sprzyjającym cierpieniom alergicznym, była bowiem kuśnierką). Sam spostrzegałem również jeden przypadek tego cierpienia, który ogłoszę oddzielnie.

Z kolei zatrzymać się wypada przez chwilę na najważniejszych danych, jakich nam dostarcza piśmien-

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. 16.XII.1930 r. wraz z pokazem chorych.

²⁾ Według odczytu, wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. 5.III.1929 r. wraz z pokazem chorych.

nictwo krajowe i zagraniczne. P a u l, oczywiście, rozporządza największym materiałem i podaje nam statystykę, opartą na ogólnej liczbie 1951 przypadków (1927 r.). Liczba ta przez ostatnie lat 5 wzrosła niewątpliwie kilkakrotnie. Ogólna liczba szczepień, dokonanych przezeń w poszczególnych przypadkach, wynosiła 3 — 5. Wyleczeń było 48%, znacznych popraw 45%, bez poprawy tylko 7%.

S k u t e t z k y opisuje wyniki szczepień w 52 przypadkach, z których w 17 przypadkach było wyleczenie, w 24 poprawa, 11 zaś pozostało bez skutku. Zaznaczyć warto, że przypadki gościa P o n c e t a (5) dały autorowi doskonałe wyniki. We wszystkich tych przypadkach ustały bóle, — oporne przedtem zarówno na leki wewnętrzne, jak i na termoterapię, — na stałe: w 2-ch przypadkach już po 1-em, wzgl. 2-em szczepieniu. Taki przebieg leczenia sprawy, jakoby swoistej, nasuwa autorowi myśl, że szczepionka P a u l a posiada może obok nieswoistego działania bodźcowego również i swoiste, pozostające w związku z zawartością tuberkulomycyny. Mnie się zdaje, że to przypuszczenie nie ma żadnej podstawy, ponieważ t. zw. gościec P o n c e t a nie jest bynajmniej, jako cierpienie gruźlicze, dowiedziony, lecz co najwyżej prawdopodobny (G u d z e n t).

Jaskrawy również przykład znakomitego działania kutiwakcyny przy przewlekłej dnie stawowej daje następujący przypadek autora.

Pacjentka, leczona przez całe lata bezskutecznie kąpielami, wodami mineralnymi, djatermją, lekami wewnętrznymi, zastrzykiwaniami mleka i yatren-kazeiny oraz szczepieniami P o n n d o r f a, była trapiąca tak silnymi bólami, że od 1/2 roku nie mogła już wcale wychodzić na ulicę. Po 5-iu szczepieniach, dokonanych w ciągu 20-u tygodni (autor trzymał się jeszcze (w 1928 r.) pierwotnych terminów szczepień P a u l a), bóle ustąpiły zupełnie i chora odzyskała swobodę ruchów. We wnioskach wypowiada się autor w sposób następujący: „kutiwakcyna jest leczeniem bodźcowym, zupełnie nieszkodliwym przy przestrzeganiu podanych przeciwwskazań, szczególnie skutecznym w przewlekłych cierpieniach stawowych na tle gościa, dny i gruźlicy. Szczepionka ta jest często skuteczna w przypadkach, w których wszystkie dotychczasowe metody zawiodą i ze względu na jej łagodne odczyny musi być uważana jako postęp w dziedzinie leczenia bodźcowego”.

K a b i s c h podaje wyniki szczepień w 40 przyp. gościa i dny (wyleczeń 8, popraw 27, bez skutku 5) i w 16-u przyp. rwy kulszowej i wogóle neralgij (wyleczeń 2, popraw 11, bez skutku 3).

C m u n t wyprowadza swoje wnioski z 598 przypadków, skontrolowanych przez dyrektora II klin. uniwersyteckiej, P e l n a r a, i prof. P r u s i k a. Wyleczeń było 14%, popraw 52%, bez skutku 24%. W pozostałych przypadkach stan był zmienny, nieustalony.

W tejże klinice prof. P e l n a r a badał S c h u l z zmiany w uzębieniu, jako ewent. przyczynę cierpień gośćcowych i wpływ szczepień kutiwakcyny pod tym względem. Z badań tych wynika, że amerykańsko-angielska teoria o „focal infection”, acz realna, jest jednakże przesadzona. S c h u l z poczytuje kutiwakcynę za d j a g n o s t y c z n y ś r o d e k p o m o c n i c z y, stwierdzający ukryte ogniska okołowierchołkowe w zębach, nawet w takich przypadkach, w których badanie radiologiczne dawało wynik ujemny,

H i l d e b r a n d leczy gościec od dłuższego czasu kutiwakcyną i ma takich przypadków przeszło 200. Nie podając statystyki liczbowej, określa on swoje wyniki w sposób następujący. Gościec stawowy przewlekły, gościec w połączeniu z dną i *arthritis urica* dają wyniki szczepień dobre lub nawet bardzo dobre, czego nie można powiedzieć o *arthritis deformans*. Zapalenia nerwów i najrozmaitsze nerwobóle l e c z ą się doskonale. Rwa kulszowa ustaje zupełnie lub ulega poprawie już po 4 — 10 szczepieniach. Dwa przypadki obwodowych porażań *n. facialis* wyleczone zostały po 4-ch, wzgl. 5-iu szczepieniach. Wdzięczne pole przedstawia rozległa dziedzina myalgij (gościec mięśniowy).

S c h r o t t e n b a c h wyprowadza swoje wnioski ze 100 przeszło przypadków przewlekłej myalgii, leczonych kutiwakcyną, i donosi, że przy ścisłym postawieniu wskazania szczepionka ta nie zawiodła w żadnym przypadku. Uważa on zatem wprowadzenie tej szczepionki za istotne zbawienie dla tych, w niektórych okolicach tak rozpowszechnionych, przypadków rozległej myalgii przewlekłej, które przedtem lata całe wędrowały od lekarza do lekarza, od jednej miejscowości kąpielowej do drugiej, nie znajdując nigdzie ulgi w swoich cierpieniach. Przypadki takie z powodu braku trafnego rozpoznania były często poczytywane za neurastenję lub histerję.

A y g u e b è r e opiera się w swoim opisie na przeszło 44 przypadkach gościa, z których w 16-u nastąpiło wyleczenie. Ale i w pozostałych przypadkach, niemożliwych do wyleczenia, bóle ustąpiły zupełnie, stan ogólny znacznie się poprawił, nastąpił przyrost wagi, sprawność duchowa i cielesna zupełnie wróciła do normy.

F e r r i è r e otrzymał: 1) w przewlekłym gościcu mięśniowym i lekkim gościcu stawowym, bez zniekształceń stawów, oraz w myoarthralgii około 74% poprawy, twierdzi jednak, że niektóre z tych przypadków były całkowicie wyleczone. Liczba szczepień wahała się w granicach od 3-ch do 10-ciu.

2) Liczba popraw w przewlekłym gościcu z lekkiem zniekształceniami stawów lub okołostawowymi wynosiła około 50%, liczba szczepień 6 do 18.

3) W przewlekłym zniekształcającym lub ankylozującym gościcu szczepień było 12 — 20 i bóle ustępowały, poprawa czynnościowa jednak była tylko przemijająca lub wcale jej nie było.

4) Nerwobóle, jak rwa kulszowa i inne, dawały około 60% popraw, przy 3 — 10 szczepieniach w każdym poszczególnym przypadku.

E n g l ä n d e r stosował kutiwakcynę w 107 przypadkach i otrzymywał zarówno wyleczenia, jak i poprawy. Znaczną poprawę opisuje on nawet u 65-letniego chorego na *dysbasia intermittens angiosclerotica* (chromanie przestankowe), który od 2ch lat się skarżył na parestezje w kończynach dolnych, silne bóle przy chodzeniu, zmuszające go do nagłego przystawania.

R o c c o leczył około 402 przypadków wyłącznie kutiwakcyną. Autor robił szczepień najmniej 6, w zastarzałych przypadkach nawet 15 — 20, ewent. w 2-ch serjach, i otrzymywał wyniki wspaniałe nie tylko w przypadkach przewlekłych, lecz również w ostrych rwy kulszowej i innych nerwobólach, oraz w zapaleniach stawów (*omarthrit*) i w *lumbago*.

O e s e r trzyma się zasady „łagodnego, przestrajającego” leczenia i oddał pierwszeństwo kutiwakcynacji: P a u l a, która oddaje mu wielkie usługi.

W naszym piśmiennictwie sprawie leczenia gość-

ca kutiwakcyką poświęcili swe prace Krasuski, Peker i Czyżewska, Włodawerówna, Goldbaum, Chmielewski, Cianciara, Mester, Pancerzyński i Krzewiński.

Krasuski leczył na oddziale szpitalnym 53 przypadki gościa stawowego przewlekłego kutiwakcyką i w 42-ch przyp. miał wyniki znakomite. W pozostałych 11 przyp. poprawa była nieznaczna. Rwa kulszowa i neuralgia n. *trigemini* ulegała również poprawie. Autor miał również dobre wyniki w *asthma bronchiale*.

Peker i Czyżewska leczyli przypadków 18. Otrzymywali wyniki bardzo dodatnie. Gościec podostry lub przewlekły dawały wynik dodatni stosunkowo prędko. Natomiast przypadki stawowe wskutek nieprawidłowej przemiany materji, łącznie z gościem, były trudniejsze i bardzo często trzeba było przeprowadzać leczenie skombinowane.

Włodawerówna leczyła 12 przypadków. W 2-ch przyp. *polyarthritidis subcutae* stosowane były salicyl, atofan, atofanyl i mleko bezskutecznie. W narkozie wyjęto 13 pni zębowych, podminowanych ropą. Kilka dni później zastosowano autoszczepionkę z ropy dziąseł bezskutecznie. 5 szczepień kutiwakcyką dało stopniowo poprawę. Temperatura spadła do normy, bóle i obrzmienia ustały. Przybyło 4 kg. wagi. W 5-ciu przyp. *polyarthr. chron.* po kilku szczepieniach poprawa. Paru chorych otrzymywało jednocześnie lekkie masaże. W 4-ch przyp. *arthr. deformans* też znaczna poprawa. Przypadek *ischias* na tle dny od kilku lat; bóle pomimo masażów prawie bez przerwy. 3 szczepienia dały zupełne wyleczenie. Autorka, zachęcona takimi rezultatami, radzi próbować kutiwakcyką nawet w przypadkach rozpaczliwych, gdzie wszelkie inne leczenie zawiodło.

Chmielewski powołuje się na 100 przyp., leczonych przezeń w ambulatorjum Kasy Chorych. Osiągnął wyleczenie w 11%, znaczną poprawę w 47%, nieznaczną poprawę w 25% i zupełne niepowodzenie w 17%.

Cianciara podaje wyniki, osiągnięte za pomocą kutiwakcyką w szpitalu wojskowym i w Kasie Chorych. Najskuteczniej działała szczepionka w *ischias* i myalgjach; wszystkie przypadki zostały wyleczone. W *polyarthr. rheum. chron.* (51 przyp.) 16% wyleczeń, 60 — 62% popraw, 22% bezskut. Dna (14 przyp.) 1 wylecz., 2 popr. i 11 bezskut. Autor zaznacza, że wyniki pomyślne otrzymywał jedynie w przypadkach niewątpliwie infekcyjnego pochodzenia; przypadki o charakterze czysto dnawym nie ulegały poprawie prawie wcale; przypadki mieszane dawały poprawę.

Mester*) przytacza wyniki szczepień po blisko 1½ rocznej obserwacji swych pacjentów.

Ostry gościec stawowy leczy autor w szpitalu dżemi dawkami salicylu lub pyramidonu, zawsze, jak twierdzi, z bardzo dobrym skutkiem. W podostrym gościu stawowym również salicyl lub pyramidon dawały dobre wyniki. W 2-u przypadkach, gdzie chory nie nosił leków *per os*, kutiwakcyką okazała się skuteczną. W 12-u przypadkach różnych myalgij kutiwakcyką dała 9 wyleczeń i 3 poprawy. Wyleczenia trwają już rok. W 4-ch przypadkach *lumbago* były 2 wyleczenia, 1 poprawa, 1 bez skutku. Z 9-u przypadków

ischias było 8 wyleczeń. W dnie, podobnie jak Cianciara, autor nie otrzymał żadnych wyników, podczas gdy Cmunt i Goldbaum mieli około 10% wyleczeń i 65% do 80% popraw. Z 5 przyp. rzezączkowych przewlekłych zapaleń stawów w 3-ch nastąpiła znaczna poprawa od kutiwakcyką. Dobre wyniki Mestera z kutiwakcyką w przewlekłych postaciach rzezączkowych cierpień stawowych są, o ile się zdaje, dotąd w literaturze nie notowane.

Pancerzyński leczył przeszło 10 przypadków gościa, z których opisuje 4:2 przypadki podostrego gościa stawowego, poprzedzonego ostrą postacią tej choroby oraz 2 przypadki typu Poncet'a. We wszystkich 4-ch przypadkach nastąpiła znaczna poprawa już po 5-u wzgl. nawet 3-ch szczepieniach, w stawach, stanie ogólnym i nastąpił przyrost wagi.

Krzewiński podaje, że stosował kutiwakcyką w kilkudziesięciu przypadkach przewlekłego gościa stawowego i mięśniowego, w kilku przyp. *ischias* i *lumbago* oraz w kilku przyp. ostrego gościa stawowego.

W *ischias* i *lumbago* działanie było szybkie i doprowadziło do zupełnego wyleczenia, wzgl. wybitnej poprawy. W ostrym gościu staw. działanie, bezwzgl. dodatnie, łagodziło przebieg choroby. Najskuteczniej działała kutiwakcyką w przewlekłym gościu staw.

Na tem kończę przegląd odnosnego piśmiennictwa, jak się zdaje, dość bogatego dla wyciągnięcia zeń o działaniu kutiwakcyką zupełnie pewnych i stanowczych wniosków. Do tego piśmiennictwa dołączę i swoją cegiełkę, podając krótki opis najcharakterystyczniejszych przypadków.

I. M. Dz. l. 29. Mężatka bez zajęcia. *Ischias bilater., praeip. sin.* Chora 1½ r. Bóle krzyża i obu k. dolnych, głównie lewej. Bóle b. silne, uniemożliwiają chodzenie, ubieranie się, i t. d. *Lasègue dexter*. Popr. od 1-go szcz. Wyleczenie po 6 szcz. Dla utrwalenia rezultatu otrzymała 9 szczepień.

II. St. Gł. 39 l. Modelarz. *Polyarth. rheum. chron. Myalgia chron. Vitium cordis.* Chory od 10-u lat. Nabawił się w okopach bólów w różnych stawach, poczem ostry gościec staw. w 1920, później w 1923 r., leżał kilka miesięcy ze spuchniętymi obustronnie wszystkimi dużymi stawami. Obecnie wzdrujące darcie. Stawy palcowe rozdęte. Poprawa od 2-go szcz. Po 3-m szczep. może swobodnie chodzić i mniej się męczy po schodach. Wyleczenie zupełne po 10-u szczep.

III. St. Gr., l. 40, magazynier. *Polyarthritidis rheum. subacuta post influen zam.* Zachorował przed 2 miesiącami po grypie na zapalenie stawów: kolan, kostek stóp, barków, łokci, i dłoni i przeleżał 6 tygodni nieruchomo z gorączką. Brał salicyle, aspirynę, smarowania. Bóle stopniowo łagodniały, najwięcej w k. dolnych. Ramion jeszcze teraz unieść do głowy nie może, łokcie trochę lepiej. W barkach opór silny przy ruchach biernych. Już po pierwszym szczep. poprawa taka, że może chodzić krokiem miarowym, nie na piętach, ponieważ palce stóp już prawie nie bolą. Po 2-m szcz. popr. ogromna, obie kończ. górne unosi swobodnie do góry, wykręca je w tył, chodzi, nie męcząc się. Akcentuje, że czuje się daleko silniejszym i zdrowszym pod wzgl. ogólnym. Po 3-m szcz. przybrał dużo na wadze, pod wzgl. bólów rezultat dotychczasowy już ogromny. Po 7-m szcz. wyleczenie zupełne.

IV. Fl. Prz., l. 76. *Polyarthr. rheum. chron. Sclerosis aortae.* Chora od dzieciństwa, od 2-ch lat silnie. Bóle w barkach, w mięśniach wzdłuż kończyn dolnych. Kolana trzeszczą, palce dłoniowe rozsądzone w stawach

*) Według odczytu, wygłoszonego na 1-szym Polskim Zjeździe przeciwrheumatycznym w Inowrocławiu, 6-go i 7-go września 1930 r.

środkowych. Poprawa od 1-go szczepienia. Może już swobodnie wykręcać barki do tyłu. Przy 5-m szczep. poprawa postępuje wciąż naprzód. Chora znosi szczepionkę doskonale mimo późnego wieku i sklerozy aorty. Lewy bark zupełnie już bezbolesny. Zupełnie wolna od bólów przy 10-m szczepieniu.

V. E. L., l. 50. Urzędnik. *Omarthritis bilater., praecipue sinistra. Arthritis urica*. Chory od roku. Ruchy lewego barku nader utrudnione. Kontrakcja bólowa do tego stopnia, że robi wrażenie ankilozy. Nie jest w stanie sam się ubierać. Palpacja b. dotkliwa. Poprawa od 1-go szcz. Wyleczony po 3-ch szczepieniach. Dziś, po 3½ latach, nie ma śladu nawrotu. Fenomenalny przebieg leczenia.

VI. Z. Ch., l. 50, inżynier. *Omarthritis dextra et gonitis sin. rheumatica*. Początek bólów reumatycznych w obu ramionach przed 30-u laty; bóle te stale od czasu do czasu się powtarzały. W lewym kolanie to samo. Obecnie silniejszy nawrót przed 4-ma miesiącami. Bóle w lewym kolanie powodują utykanie. Ból w barku przejściowy, lecz silniejszy, w kolanie zaś słabszy, lecz stały. Poprawa od 1-go szcz. Po 3-ch szczepieniach coraz lepiej. Na nogę prawie zupełnie dobrze. Prawy bark jeszcze trochę boli. Po 6-u szczepieniach ogólna poprawa, na lewą kończynę dolną zup. dobrze, o ile się nie zmęczy przy prędkim chodzeniu; na prawy bark też coraz lepiej. Od tygodnia, t. j. od nastania upałów, bóle ustały prawie zupełnie. Po 9-u szczepieniach z powodu zmiennych pogód obostrzenie bólów w prawym barku. Otrzymał 12 szczepień. Wyleczony zupełnie. Do dzisiaj (3½ lat) nie ma śladu nawrotów. Stał się zdecydowanym zwolennikiem tej metody leczniczej, którą propaguje wśród swoich znajomych, chorujących na reumatyzm lub artretyzm.

VII. Ch. L., l. 69. *Arthritis urica*. 2 l. t. wystąpił ból w małym palcu lewej nogi, który stopniowo przeszedł w słabszym stopniu na paluch. 8 miesięcy potem pojawił się ból na grzbiecie lewej stopy; czasem przykra sensacja na przodzie całej lewej kończyny dolnej. Grzbiet lewej stopy jeszcze teraz boli przy chodzeniu. 4 — 5 miesięcy t. wystąpił ból w paluchu prawej ręki (najczęściej przy pisaniu). Początek poprawy od 3-go szcz. Poprawa stała bez przerwy. Przy 7-m szczepieniu czuł przez 1 — 2 dni ociężałość głowy. Przy 10-m szczepieniu przerywał leczenie, bo zdrów zupełnie. Dziś, po 1 roku i 4 miesiącach, czuje się bez przerwy doskonale.

VIII. J. K., l. 35, nauczycielka. Od 17 lat bóle mięśniowe w karku, mięśniowe i stawowe w barkach, ramionach i w prawym łokciu. B. silne tarcie w kolanach, które bolą przy dłuższym chodzeniu lub wchodzeniu na schody i dokuczają samoistnie. Stopy bardzo bolesne. Swędzenie skóry na karku. Palenie silne w podszewkach. Była kilka razy w Krynicy i ostatnio w Truskawcu, brała kąpiele borowinowe, siarczane i kwasowęglane bez skutku. *Arthritis urica* oraz *polyarthritis rheumat. et myalgia chron.* Szczepienia od samego początku wywoływały stale postępującą poprawę. Chora otrzymała 13 szczepień i została zupełnie wyleczona.

IX. J. G., l. 36, urzędnik. *Arthritis urica*. Przed 6-u laty *infectio luetica*. Leczony systematycznie. Ostatnie analizy krwi na WaR ujemne. Bóle silne w prawym stawie barkowym, samoistne i przy palp., w lewym tylko na zmianę pogody. Bóle w łokciach i kolanach, głównie na zmianę pogody; są jej barometrem. Trzeszcz. w obu kolanach i lewym

łokciem. Początek poprawy od 1-go szczep. Popr. postępuje bez przerwy. Chory otrzymał 4 szcz.; z braku czasu nie dociągnął do 6-ciu, które należy uważać za *minimum* nawet przy najlepszym przebiegu leczenia. Wyleczony zupełnie. Już 2 lata ma się doskonale.

X. Z. kolei przystępuję do opisu niezmiernie ciekawego przypadku *polyarthritidis rheumaticae suboculce*, przebiegającego z gorączką o średnim natężeniu, niezmiernie długotrwałego i uporczywego, który, jak zobaczymy, rozszerzyć powinien dziedzinę wskazań do leczenia kutiwakcyjną. Przypadek ten obserwowany był naprzód przez Prof. Konrada Wagnera, a potem razem zenną.

X. X., urzędnik państwowy, lat 50, zachorował w kwietniu r. 1931 na bóle w prawym stawie barkowym, potem w stawach lewej kończyny górnej oraz na oba stawy kolanowe, z wysiękiem w kolanie prawem. W końcu lipca bóle te stopniowo znikły, poczem nastąpił nawrót. Chory w dalszym ciągu leżał z powodu stale podniesionej ciepłoty ciała i niepokojów serca z arytmją. W początku września nastąpiły krwotoki hemoroidalne, trwające około 3-ch tygodni, które spowodowały silną anemię (2.800.000 krwinek czerwonych i 30% Hb.). W okresie krwawień i anemii, t. j. w ciągu miesiąca, chory nie odczuwał żadnych dolegliwości ze strony stawów. W końcu listopada nastąpiło obostrzenie bólów w obu stawach kolanowych z wysiękiem oraz w stawach kończyn górnych. Od tego czasu chory już nie opuszcza łóżka. W wywiadach stwierdzono go, lu, (przed 20-u mniej więcej laty), — obie sprawy doszczętnie wyleczone, (Wassermań był stale ujemny) oraz przebyła ciężką malarję kaukaską. Objektywnie ze strony płuc *nilhil*, ze strony serca granice normalne, tony czyste, lecz *pertensio*.

Leczenie było w tym przypadku bardzo wielostronne, więc stosowano: *notr. salicyl.*, pyramidon, aspirynę, atofan, *notr. jodatum*. Zastrzykiwania: mleka, terpentyny, surowicy przeciw paciorkowcowej (po której nastąpił narazie spadek temperatury), *notr. jodicum* i enteroantygenów. Dany s z a własnej krwi colobiasse de souffre, omnadyny, radiofanu.

I. IX usunięto 3 zęby, przyczem w 2-ch znaleziono torbiele (paciorkowce). I. XI. usunięto 5 zębów, torbieli nie znaleziono. Dwukrotnie była stosowana lampa kwarcowa, za każdym razem w ciągu miesiąca. Oto bogaty arsenał środków, zastosowanych w ciągu długotrwałej i ciężkiej choroby. Po niektórych z powyżej wymienionych środków stan chorego narazie ulegał nieznacznej poprawie, poczem znów następowało pogorszenie. Podwyższenie zaś temperatury, wprawdzie niewielkie, trwało z krótkimi przerwami stale. W lutym r. b. prof. Wagner postanowił zastosować kutiwakcyjną Paula. 4. II. dokonano pierwszego szczepienia. Pierwszy raz odwiedziłem chorego w parę dni po 2-m szczepieniu. Obrzmienie prawego kolana (wysięk w stawie i nacieczenie tkanek okołostawowych) i bolesność były wtenczas tak znaczne, że chory obawiał się nie tylko dotknięcia przezemnie chorego stawu, lecz nawet samego zbliżenia się mego do krawędzi łóżka. Odtąd odwiedzałem chorego przez 13 tygodni co tydzień i w ciągu tego czasu kilkakrotnie łącznie z prof. Wagnerem. Stwierdziłszy, że już po 4-m szczepieniu bolesność i obrzmienie stawu ogromnie się zmniejszyły. W dalszym ciągu poprawa posuwała się stale, tak dalece, że już po 8-m szczepieniu, można było przystąpić do energicznego masażu całego ciała w celu zwalczania bardzo silnych zaników mięśni *ex inactivitate*, po tyłomiesięcznym, zupełnie bezwładnym, leżeniu w łóżku. Po miesiącu codziennego jego stosowania, po pewnym czasie łącznie z faradyzacją, chory czuł się już na siłach, będąc, naturalnie, podtrzymywanym przez 2 osoby, a potem o lasce, przesuwając się po pokoju coraz dłużej, nawet w ciągu przeszło godziny.

Zastanawiała nas jednak niemożność zupełnego opano-

wania gorączki, która, wobec doskonałego działania kutywacyny na stan zapalny w kolanie, zdawała się wskazywać na inne jakieś jej źródło w ustroju. Przy badaniu migdałków przez laryngologa okazało się, że jeden zawiera trochę ropy. Wobec tego konieczne było wyluszczenie obu migdałków. W następstwie tego zabiegu operacyjnego gorączka u chorego zaczęła się obniżać o kilka kresiek, czy jednak później znikła zupełnie, o tem brak mi narazie wiadomości wobec wyjazdu chorego na przebieg kilku miesięcy dla poprawy ogólnego stanu zdrowia na letnisko.

Przypadek powyższy, o przebiegu nader ciężkim, mimo że pojedynczy, posiada jednak pod względem skuteczności kutywacyny tak dobitną wymowę, że uprawnia do wypowiedzenia dość stanowczych i pozytywnych wniosków. Kutywacyna bowiem posunęła po 4 — 8 szczepieniach poprawę w tak ciężkiej sprawie chorobowej do bardzo dalekich granic, upoważniających do nadziei, że wyleczenie zupełne może być w dalszym przebiegu leczenia osiągnięte. Czy to nastąpi, czas pokaże; narazie, oczywiście, zarejestrować nam wolno skutek, osiągnięty dotychczas szczepieniami kutywacyny, tylko do bardzo posuniętych popraw.

W przypadku powyższym wszystkie rozporządzone środki lecznicze, z salicyłem na czele, nie dały żadnych dodatnich wyników. Wobec takiego stanu rzeczy przyznać bezsprzecznie należy kutywacynie prawo obywatelstwa również i w leczeniu ostrych i podostrych spraw gośćcowych. Jeśli nawet za prawidłowość uznaje się rozpoczęcie leczenia ostrej sprawy gośćcowej od przetworów salicylowych, to niewątpliwie, w razie opornego przebiegu leczenia, pomyśleć należy przedewszystkiem o kutywacynie, jako o tym środku, który, nietylko w przypadkach gościa przewlekłego, lecz i ostrego, może dawać dodatnie wyniki, gdy wszystkie inne metody lecznicze zawodzą.

Przeglądając załączoną tablicę i zestawiając ją z tablicą, umieszczoną w pierwszej mojej pracy, widzimy, że odsetki wyleczeń, popraw i bezskutecznego leczenia w ogólnym obrachunku całego materiału chorobowego są identyczne z osiągniętymi przezemnie poprzednio, wynoszą bowiem 26% w y l e c z e n i a, 67% mniej lub więcej z n a c z n y c h p o p r a w, niekiedy równych wyleczeniu, a jedynie dla ścisłości podanych za wybitne poprawy i jedynie 7% b e z s k u t e c z n e g o l e c z e n i a. Z obrachunku tego wyliczyłem, oczywiście, 52 przypadki przedwcześnie przerwane przez Kasę Chorych ze względów ekonomicznych stosowania tej szczepionki, ponieważ brak mi definitywnych wyników. To jedno zaznaczyć muszę, że przebieg zaledwie rozpoczętego leczenia zapowiadał się w tych przypadkach zgodnie z całokształtem wszystkich moich dotychczasowych wyników.

Podane powyżej odsetki występują najdobitniej na jaw w leczeniu *ischias*, *lumbago*, *myalgii* w o g ó l e, oraz z pośród cierpień stawowych w *omarthritis*. W moich przypadkach odsetki wyleczeń tych kategorii chorób znacznie przewyższają ogólną wysokość tych odsetków, wynoszą bowiem w *lumbago* 33%, w *ischias* 60%, w *omarthritis* 80%.

Miałem również w leczeniu prywatnem tabetyka, dotkniętego jednocześnie dną. Miewał napady bólów, charakterystycznych dla dny i od czasu do czasu typowe *dolores lancinantes*. Oba tych rodzajów bólów nie miewał już po 10-u szczepieniach tak często, jak przedtem i występowały one w stopniu słabszym, oraz trwały daleko krócej. (rubryka XIV tablicy).

Wyniki moje dadzą się poglądowo przedstawić na następującej tablicy:

	Postać chorobowa	Wyleczenie	Poprawa	Bez skutku	Przerwane z byt wcześniej leczenie
I.	<i>Polyarthr. rheum. chron.</i>	23	113	15	39
II.	<i>Arthritis urica</i>	6	20	1	7
III.	<i>Arthr. deformans.</i>	—	5	2	—
IV.	<i>Lumbago.</i>	9	13	5	4
V.	<i>Myalgia</i>	6	—	—	—
VI.	<i>Ischias.</i>	7	5	—	2
VII.	<i>Omarthritis.</i>	11	3	—	—
VIII.	<i>Neuralgia n. trigem.</i>	1	—	—	—
IX.	<i>Neuralgia intercostalis.</i>	1	—	—	—
X.	<i>Polyneuritis acuta postdiphther.</i>	1	—	—	—
XI.	<i>Neuritis n. ulnaris postanginosa.</i>	1	—	—	—
XII.	Postacie mieszane (reumat. staw. z artret. myalgia, ischias i t. p.)	16	53	—	—
XIII.	<i>Polyarthrit. rheum. subacuta.</i>	—	1	—	—
XIV.	<i>Tabes dorsalis cum arthritide urica.</i>	—	1	—	—
		82	214	23	52

Co się tyczy przebiegu leczenia kutywacyną nie jestem w stanie w niczem osłabić mojego poprzedniego, nader korzystnego, zapatrywania na tę szczepionkę, mimo, że stosuję ją od czasu pierwszej mojej pracy przez lat 3½. Przeciwnie, przybył nawet do szeregu jej zalet jeden kolosalny atut, mianowicie trwałość działania. W Kasie Chorych miałem przeszło 500 przypadków i poza Kasą również doświadczenie moje wzrosło. Nawrotów przez ten przeciąg czasu miałem bardzo mało. Zdarzało się tu i owdzie, że chory zgłaszał się ponownie do mego ambulatorjum i okazyjnie, obok skarg na inną jakąś chorobę, wzmiankował, że mu, bez porównania w łżejszej formie, zdarzał się od czasu do czasu ból tępy, krótkotrwały. Chorzy ci rekrutowali się przeważnie ze sfer pracujących fizycznie, w niedogodnych najczęściej warunkach, (tragarz, piekarz i t. p.), mieszkających w wilgoci, żyjących w ubóstwie. Inżynier, urzędnik, wogóle inteligent, wyleczony 3 lata temu, jest nim do dnia dzisiejszego. Miewałem od nich bezpo-

średnio wiadomości, spotykam ich, trzymam wogóle rękę na pulsie tej sprawy.

Leczenie kutywakcyną należy do rzędu najłagodniejszych i najwygodniejszych metod leczniczych, jakie sobie można wyobrazić. Reakcja skórna nie sprawia zazwyczaj, poza łagodnym swędzeniem lub paleniem, żadnych przykrości. Raz tylko jeden widziałem po zaszczepieniu *herpes zoster* na ramieniu zaszczepionem (*post hoc*, czy *propter hoc*?) i również raz jeden rozlaną pokrzywkę na całym ciele, która po tygodniu minęła bez śladu. Taka idiosynkrazja nie może być brana w rachubę. Ogólnej reakcji w postaci gorączki szczepionka ta prawie nigdy nie wywołuje, należy to do rzadkości i temperatura bywa wtedy przez 1 dzień nie wyższa, niż około 38°. Natomiast dość często występuje na drugi lub 3-ci dzień po zaszczepieniu, zwykle tylko po pierwszych paru szczepieniach, odczyn ogniskowy w postaci obostrzenia bólów, zwykle trapiących chorego, czasem przelotne bóle głowy (*post hoc*, czy *propter hoc*?). Oto w głównych zarysach wszystko, co o tem powiedzieć należy. W szczególności pod tym względem, na wzór C m u n t a, wdawać się nie będę, bo przecież absolutnie wiedzieć nie możemy, czy objawy te nie są uwarunkowane tak częstą, np. u kobiet, anemią, konstytucją nerwową i t. p. Sam miałem przypadek wstrząsu, w postaci chwilowego omdlenia, u bardzo anemicznej i bardzo nerwowej panny, w chwilę po dokonaniu szczepienia.

Są to drobiazgi wobec absolutnej, stwierdzanej codziennie doświadczeniem, nieszkodliwości kutywakcyny, którą można szczepić w przypadkach najbardziej skomplikowanej wady serca, sklerozy aorty i obwodowej, wzmożonego ciśnienia, *etc.*, z zupełnym spokojem o los chorego. Oczywiście, że serce musi się znajdować w stanie zupełnej kompensacji. Innych, powszechnie znanych, bo ciągle opisywanych, przeciwwskazań również bacznie przestrzegać należy.

Niemalą zaletę kutywakcyny stanowi jej stosowanie ambulatoryjne, przy którym chory może bez przerwy wykonywać czynności swego zawodu.

Szczepienia kutywakcyny czynią zbędnymi wszelkie inne zabiegi fizykalne, jak: kąpiele elektryczno-świetlne, djatermję, kąpiele słone, siarczane, mułowe i t. d. Stosowanie środków wewnętrznych, jak przetworów salicylowych, atofanu i t. d. może być wskazane najwyżej w samym początku szczepień, jako paljatywu, łagodzącego bóle, umożliwiającego sen

i podtrzymującego łaknienie, dopóki nie wystąpią pierwsze objawy poprawy, co bardzo często już następuje po pierwszym, niekiedy jednak dopiero po drugim lub trzecim szczepieniu.

Wobec takich atutów, jakie posiada kutywakcyna, wyłączająca potrzebę jednoczesnego leczenia środkami wewnętrznymi lub zewnętrznymi oraz kąpielami, uważać należy szczepienia kutywakcyny za najekonomiczniejszą metodę leczenia cierpień gośćcowych. Konserwatyzm i indyferentyzm ogółu lekarzy w stosunku do tej nowej zdobyczy medycyny praktycznej jest niezrozumiały i nie do wybaczenia. W pierwszym zaś rzędzie szczepionka ta przynieść może wielką korzyść ekonomiczną instytucjom, poświęconym leczeniu zbiorowemu, jak Kasie Chorych, Magistratowi, Zarządom kolejowym i t. d.

PIŚMIENICTWO.

P a u l. Deutsche med. Woch. N. 52, 1927. P a u l. Wiener med. Woch. N. 14, 1927. P a u l. Le concours médical, N. 29, 1927. E. F r e u n d. Wiener klin. Woch. N. 52, 1927. P r i b r a m. Wiener klin. Woch. N. 37, 1927. C m u n t. Praktický lékař, N. 9, 1927. C m u n t. Vestník Čsl. společnosti balneol. a klimatol. N. 12, 1927. K a b i s c h. Ars. Medici N. 9, 1927. K a b i s c h. Berl. Tierärztl. Woch. N. 40, 1927. A y g u e b è r e. Le concours médical N. 50, 1927. E n g l ä n d e r. Gyogyaszat, N. 5, 1928. S k u t e t z k y, Med. Klinik. N. 4. 1928. P e k e r i C z y ż e w s k a. Nowiny Lekarskie, N. 14. 1928. K r a s u s k i. Polska Gaz. Lekarska, N. 37. 1928. S c h r o t t e n b a c h. Monatsschrift ungar. Mediziner. N. 8 — 10, 1928. A y g u e b è r e. Le concours médical. N. 9, 1928. G o l d b a u m. Warszawskie Czasopismo Lek. N. N. 20, 21, 22 i 23. 1929. C h m i e l e w s k i. Medycyna, N. 11, 12. 1929. H i l d e b r a n d. Schweiz. med. Woch. N. 13. 1929. C m u n t i V o l l e r. Casopis lékařů českých, Nr. 16, 17. 1929. S c h u l z. Casopis lékařů českých, N. 18. 1929. P e k e r. Medycyna Warszawska, N. 4. 1929. W ł o d a w e r ó w n a. Warsz. Czasopismo Lekarskie, N. 1 — 2. 1929. R é t h i. Gyogyaszat, N. 4. 1930. F e r r i è r e. Schweiz. med. Woch. N. 28. 1930. R o c c o. Wiener med. Woch. 1930. C i a n c i a r a. Lekarz Wojskowy, N. 1. 1930. R é t h i. Ztschf. für Hals, - Nasen — u. Ohrenheilkunde, tom 26, zesz. 2. 1930. M e s t e r. Nowiny Lek. N. 1931. P a n c e r z y ŋ s k i. Lekarz Wojskowy, N. 5. 1932. K r z e w i ŋ s k i. Warsz. Czas. Lek. N. 12, 1931. W e i l e r. Wiener mediz. Woch. N. 11. 1931.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Uodparnianie przeciwko odrze*).

Podał

Z. KURLANDSKI (Warszawa).

Pomimo znacznych postępów, jakie uczyniła bakterjologia, higiena oraz medycyna zapobiegawcza w cią-

*) Wygłoszono w streszczeniu na posiedzeniu naukowym Szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów i w Zrzeszeniu Lekarzy Rz. P.

gu ostatniego ćwierćwiecza, pozostaje jeszcze cały szereg zagadnień niewyjaśnionych, zwłaszcza w dziedzinie epidemiologii. Nie znamy dotychczas zarazka niektórych chorób infekcyjnych, pewnych sposobów zwalczania nosicielstwa, warunków, w jakich zarazek sprowadza schorzenie ustroju, przyczyn okresowości epidemii i t. p. Braki te w znacznym stopniu utrudniają walkę z chorobami zakaźnymi. Niektóre epidemie przybierają nawet w ostatnich latach formy nierzaz groźne, a statystyka śmiertelności wykazuje wciąż jeszcze liczby stosunkowo wysokie. Do chorób infekcyjnych, które w znacznym

stopniu wpływają na zwiększenie się ogólnej umieralności ludności zaliczyć należy odrę. Wystarcza powiedzieć, że na kontynencie europejskim, według D e b r é i J o a n n o n, zmarło na odrę w ciągu pierwszego dziesięciolecia wieku bieżącego jeden milion dzieci, a w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej umiera rocznie przeciętnie 10.000 dzieci z powodu odry i jej powikłań.

Przeciętna śmiertelność w odrze wynosi podług H e u b n e r a i P f a u n d l e r a 6 — 7%. Jeżeli jednak wziąć pod uwagę to, że prawie 95% ludzi przechodzi odrę, zwłaszcza w ośrodkach gęsto zaludnionych, jak miasta, to stanie się zrozumiałem twierdzenie M o l d a w s k i e g o, że na odrę umiera więcej dzieci, niż na płonicę, krztusiec i błonicę razem, jak na przykład miało to miejsce w Wiedniu w latach 1907 — 1910. Zresztą, urzędowe statystyki, jak dowiódł tego P f a u n d l e r na materiale monachijskim, nie odtwarzają zupełnie ściśle istotnego stanu rzeczy. W rzeczywistości śmiertelność wskutek odry znacznie przekracza liczby, podane w statystykach, gdyż pewne przypadki śmierci z powodu zapalenia płuc, gruźlicy, drgawek, niezbytów jelitowych i t. p. traktować należy jako wczesne lub późne powikłania odry, stanowiącej chorobę zasadniczą.

Naogół śmiertelność w odrze zależna jest:

- 1) od wieku dziecka,
- 2) od ogólnego stanu jego zdrowia i
- 3) od warunków socjalnych, w jakich się znajduje.

Prawie 90% śmiertelnych przypadków odry przypada na wiek do lat 5-ciu, przyczem możliwość zejścia śmiertelnego w odrze jest tem większa, im dziecko jest młodsze. W wieku niemowlęcym śmiertelność wskutek odry sięga 25%, w wieku 2 — 5 lat 5%, a od 6 — 10 lat tylko 0.5%. Z wieku niemowlęcego wyłączyć należy okres pierwszych 4 — 5 miesięcy życia, w których przypadki odry należą wogóle do rzadkości, wobec przeniesienia ciał odpornościowych z matki (która w naszych krajach prawie zawsze już przeżyła odrę), drogą łożyska na płód. G r ö e r tłumaczy tę czasową niewrażliwość na odrę u młodych osesków brakiem swoistych receptorów. Poza tym okresem wczesnego niemowlęstwa, wrażliwość ludzi na odrę jest prawie powszechna. Istnieją jednak pewne spostrzeżenia, wskazujące na możliwość czasowej, niczem niewytłumaczonej odporności u ludzi, którzy odrę jeszcze nie przechodzili (S c h i c k).

Najbardziej niebezpieczna jest odra dla dzieci krzywiczych. Możliwość powikłania w postaci zapalenia płuc, jest u dziecka krzywiczego przy odrze trzykrotnie większa, niż u dziecka niekrzywiczego, a możliwość zejścia śmiertelnego z powodu odrowego zapalenia płuc jest dwukrotnie większa u dziecka krzywiczego, niż u niekrzywiczego. Z tego wynika, że śmiertelność wskutek zapalenia płuc w odrze jest 6-krotnie większa u dzieci krzywiczych. Tem też należy sobie tłumaczyć największą śmiertelność wskutek odry w pierwszym roku życia.

Co do wpływu odry na gruźlicę zdania są podzielone. Od czasu stwierdzenia przez P i r q u e t a i P r e i s i c h a, że odczyn tuberkulinowy staje się ujemnym podczas okresu wysypkowego odry i tłumaczeniem tego zjawiska występującym stanem anergji, to jest niemożnością wytworzenia w organizmie tych ciał (ergin), które w zwyczajnych warunkach stanowią zapórę dla rozszerzenia się gruźlicy, utrzymywało się prze-

konanie o niekorzystnym wpływie odry na przebieg gruźlicy. Fakt ten był niejednokrotnie potwierdzony przez licznych autorów, choć tłumaczenie tego zjawiska uległo modyfikacji. Tę przemianę, jaka pod wpływem odry dokonać się może w organizmie, G r ö e r tłumaczy zjawiskami ergotropowymi i widzi w tem wynik walki rozmaitych spraw zapalnych, przebiegających jednocześnie, co daje się zresztą wykazać i w innych chorobach infekcyjnych, w stopniu nieznacznym.

Odmienne są wyniki badań N o e g g e r a t h a i E c k s t e i n a z kliniki w Freiburgu, którzy, na mocy dokładnej analizy statystyki, nie mogli stwierdzić zwiększenia się liczby przypadków śmierci z powodu gruźlicy po długotrwałej i ciężkiej epidemji odry i krztusca. Podobnie B e i s k e n z Düsseldorfu nie widział zwiększenia się liczby przypadków prosówki lub gruźliczego zapalenia opł. rdz. po odrze. Stoi to w rażącej sprzeczności z ostatnimi badaniami P. N o b é c o u r t a, K. L i è g e i A. H e r r a, którzy na 100 przypadków *meningitis tbc.* w 62-ch stwierdzili związek z odrą. Na mocy tych danych autorzy ci przychodzą do wniosku, że w każdym przypadku odry u dziecka gruźliczego rokować należy z jaknajwiększą ostrożnością. Również M a n i c a t i d e i B a r a s c h, przejrawszy swój materiał, składający się z 620 przypadków rozmaitych postaci gruźlicy jeszcze raz potwierdzają, że odra może nie tylko zaktywować sprawę gruźliczą nieczynną, ale i wywołać pogorszenie spraw czynnych. Zgadza się to w zupełności z doświadczeniem życia codziennego i z faktem znacznej różnicy w śmiertelności wskutek odry w sferach zamożniejszych i proletariatu. W dzielnicach, gęsto zamieszkałych przez ludność ubogą lub robotniczą, gdzie warunki sanitarne są niepomysłne, gdzie u dzieci wcześniej stwierdza się dodatni odczyn P i r q u e t a, i gdzie pozatem dzieci dotknięte są krzywicą, odra daje 10% śmiertelności, gdy w warstwach zamożnych liczba ta nie sięga i 1%.

Ogromną odsetkę śmiertelności daje odra w zakładach zamkniętych, jak domy wychowawcze, żłobki dla niemowląt i t. p., gdzie liczba ta przekracza nieraz 50%. Z i e g l e r wspomina o epidemji odry w zakładzie wychowawczym dla niemowląt w Łodzi, która w 1926 roku pochłonęła 23% dzieci, a Z e m b r z u s k i i K a m l e r podają, że podczas jednej z epidemij w domu wychowawczym im. ks. Boduena w Warszawie śmiertelność wynosiła 94%, wskutek jednocześnie panującej epidemji błonicy. Oczywiście, jak słusznie twierdzi K. J o n s c h e r: „przebieg epidemij zakładowych zależy przede wszystkim od warunków pracy w zakładzie: rozkładu pomieszczeń, możliwości odosobnienia, liczebności dzieci na poszczególnych salach, sprawności personelu oraz prawdopodobnie wielu innych czynników”...

Jak groźnem niebezpieczeństwem jest odra w zakładach, dowodzi tego propozycja W a g n e r a i P r i e s l a podziału szpitali dziecięcych i klinik na oddziały dla dzieci „z odrą w wywiadach” i „bez odry w wywiadach”. Podział taki, jak zresztą i inne formy odosobnienia dzieci (G r a n c h e r, S e w e s t r e) zagadnienia tego wcale nie rozwiązują, jeżeli wziąć pod uwagę spostrzeżenia autorów o przenoszeniu się zarazka odry prądem powietrza na znaczną odległość lub dopuścić możliwość wędrowania zarazka nawet przez kanały wentylacyjne (M o r o). Podobne spostrzeżenia uczynili również P r o g u l s k i i J a s i ń s k i w klinice lwowskiej. Jeżeli jeszcze wziąć pod uwagę

i to, że odra jest najbardziej zaraźliwa w okresie zwiastunów, to staje się zrozumiałe, jak małe znaczenie ma izolacja chorego na odrę dla zapobiegnięcia rozszerezeniu się epidemii. Toteż oddawna szukano sposobu uodparniania przeciwko odrze. Analogicznie do warjolizacji przy ospie, z którą odra zresztą ma pewne cechy wspólne pod względem biologicznym, stosowano przedewszystkiem morbilizację. W 1758 roku angielski lekarz F. H o m e w Edinburgu podał pierwszy swoje wyniki, uzyskane tą metodą. Stosownie do wskazówek B r o w n a i M o n r o, dokonywał H o m e niewielkie nacięcia skóry chorego na odrę i zwilżał w ten sposób uzyskaną krwią kawałek bawełny, który przykładał na 3 dni do uprzednio naciętej skóry ramienia innych dzieci. U 12 w ten sposób szczepionych osesków wystąpiła łagodna postać odrę. Probowano jeszcze szczepić za pomocą śluzu z nosogardzieli, łez, potu oraz zawartości pęcherzy, wywołanych sztucznie przez *vesicatoria*. Z doświadczeniami temi związane są nazwiska S p e r a n z a, K a t o n a, T h e m m e n, M a y r, L o o k i i n n. Wyniki tych badań są bardzo niejednolite, nieraz nawet sprzeczne u jednego i tego samego badacza i nasuwają wiele wątpliwości i zastrzeżeń co do samej metodyki dokonanych doświadczeń. Metoda morbilizacji, do której w przeciągu prawie stulecia wracano od czasu do czasu, została w pierwotnej swej formie zarzucona, jako posiadająca te same braki co i warjolizacja, a więc niemożliwość wywołania takiej poronnej postaci odrę, która nie byłaby zaraźliwa dla otoczenia. Nowszej daty są doświadczenia H e r m a n n a, który w 1915 roku drogą nosową uodparniał niemowlęta w wieku 5 miesięcy za pomocą przesączonej przez filtr B e r k e f e l d a wydzieliny z nosa, pobranej u chorych na odrę. W doświadczeniach swoich H e r m a n n wykorzystał ten fakt, że niemowlęta w tym wieku posiadają jeszcze pewną odporność bierną, nabytą drogą łożyskową od matki; wcierając tym oseskom jad odrowy do nosa, spowodował powstanie jeszcze odporności czynnej, nie wywołując objawów chorobowych. W 165 przypadkach autor ten uzyskał wyniki zadowalające. Wiele ze szczepionych w ten sposób dzieci, które podlegały kontroli w ciągu 4 — 8 lat, nie zachorowało, pomimo wielokrotnego stykania się z chorymi na odrę.

Metody czynnego uodparniania stosowali japońscy badacze H i r a i s h i i O k a m o t o (1921 r.), wstrzykując tak małe dawki krwi odrowej (0.1 mg.), że szczepieni nie zachorowali wcale, i uzyskali w kilku przypadkach odporność. Nieco większe dawki krwi stosowali w 1926 r. D e h r é i jego współpracownicy. C a s t e l l i w 1910 i 1915 roku, a S a v i n i w 1923 r. stosowali w celach zapobiegawczych uprzednio spreparowaną i osłabioną w swem działaniu krew z okresu wysypkowego chorych na odrę. Pierwszy z nich wstrzykiwał podskórnie $\frac{1}{2}$ — 1 cm.³ krwi przesączonej, którą przechowywał w ciągu 3 dni, a druzi stosował ten materiał ogrzany do 56° C, z dodatkiem 1% Phenolu. Wyniki tych szczepień były zmienne.

Odminną metodykę stosowali H e k t o e n (Chicago) i S e l l a r d s (Baltimore). Autorzy ci zasiewali krew chorych na odrę na podłożu z białkiem ludzkim i wstrzykiwali pod skórę 5 cm.³ tej zawiesiny. Rezultaty tych badaczy były niezgodne. Podczas gdy H e k t o e n żadnych wyników nie otrzymał, S e l l a r d s podaje, że udało mu się uzyskać odporność.

Liczne były również próby szczepienia za pomo-

cą czystej hodowli rzekomego zarazka odrę, opisanego w różny sposób przez rozmaitych badaczy.

Pomijając dawniejsze opisy zarazka, podane przez G u n d o b i n a, C z a j k o w s k i e g o, C a n o n a i P i e l i c k e, I w a n o w a, Z ł a t o g o r o w a, B o r i n i i innych, wspomnieć należy o próbach poszukiwania zarazka odrę, poczynionych w ciągu ostatniego dziesięciolecia. C a r o n i a podał w 1923 roku, że udało mu się ze krwi, szpiku kostnego, wydzieliny nosowej oraz płynu mózg. rdz. chorych na odrę wyhodować na podłożach N o g u c h i drobny zarazek beztlenowy, który ma być swoistym dla odrę. Współpracownica C a r o n i a, S i n d o n i podał dokładny opis tego zarazka. Jest to drobnoustrój formy okrągłej, wielkości 0,3 — 0,4 q, gram — ujemny, barwiący się najlepiej błękitem metyl. L ö f f l e r a. Surowica chorych na odrę miała zawierać swoiste dla tego zarazka aglutyniny, dwuchwytniki i opsoniny. Zarazek ten udawało się również wykryć u młodych królików, które wykazywały objawy podobne do odrę po wstrzyknięciu im krwi chorych na odrę. Najważniejsze jednak było to, że przez wstrzyknięcie żywej hodowli tego zarazka udało się wywołać u dzieci poronną postać odrę, a przy stosowaniu hodowli, osłabionej w swem działaniu lub zabitej, dzieci uzyskiwały odporność przeciwko odrze. Badania te z początku były potwierdzone przez C a t t e r u c i a, R i t o s s a i V i d e t t o we Włoszech i przez A r l o i n g a i D u f o u r a we Francji. N o b e l stosując szczepionkę C a r o n i a w klinice pediatrycznej w Wiedniu, uzyskał odporność u 20 dzieci na 25 szczepionych, wyciągnął jednak z tego bardzo ostrożnie następujący wniosek: „wcześnie przeprowadzone zapobieganie odrze metodą C a r o n i a daje najprawdopodobniej wyniki pomyślne; czy chodzi tu o metode swoistą lub nieswoistą nie możemy narazie ustalić”. Badania T a k a k i, przeprowadzone pod kierunkiem K r a u s a w zakładzie bakteriologicznym w Wiedniu, nie potwierdziły odkrycia C a r o n i a. Okazało się, że jałowe pożywki kontrolne, które zawierały wątrobę, po pewnym czasie dawały takie same zmętnienie i nalot, jak i pożywki, szczepione krwią chorych na odrę. Badania drobnowidzowe preparatów barwionych wykazywały ciała, opisane przez C a r o n i a również i na pożywkach kontrolnych. Na tej podstawie K r a u s dochodzi do wniosku, że zarazek, opisany przez C a r o n i a, nie może być uważany za swoisty dla odrę. Do tego samego wniosku doszli Guido V e r n o n, T r i a s oraz B ü r g e r, który uważa twory opisane przez C a r o n i a za produkt rozpadu komórek narządów, zawartych w pożywkach, użytych do hodowli. Na zjeździe pediatrów niemieckich w Karlsbadzie w 1925 roku Selma M e y e r podał, że ani nie widział wyników dodatnich sama, używając oryginalnej szczepionki C a r o n i a z instytutu w Rzymie, ani też w doświadczeniach, przeprowadzonych osobiście przez S i n d o n i na materiale w Düsseldorfie. Kontrolne badania, również z wynikiem ujemnym, przeprowadzone były i w Polsce przez R e d l i c h a w klinice pediatrycznej we Lwowie.

W kilka lat później (1927 r.) rosyjski badacz Z ł a t o g o r o w wraz z B u r o w ą i N a s l e d y s z e w ą opisali znajdujący się we krwi i w wydzielinie nosogardzieli drobny beztlenowiec, który w początkowych okresach swego rozwoju podobny jest do zarazka C a r o n i a. Za pomocą tego zarazka badacze ci mieli wywołać u małp schorzenie podobne do

odry, a u osób, które odry nie przechodziły, odczyn do-
skórny, wykonany zabitą hodowlą tego zarazka, wy-
padał dodatnio. Hodowla tego zarazka (charkowska
szczepionka odrowa) użyta była w celach zapobiegaw-
czych. Na 106 szczepionych dzieci w wieku 1 — 5 lat
zachorowało 21 i to bardzo lekko, bez powikłań, a
wśród 65 nieszczepionych zachorowało 52, z których
13 miało powikłania, a 7 zmarło. Potwierdzenia tych
badań przez innych autorów w literaturze brak.

Z przytoczonych tu danych widać, że licznie
podjęte próby czynnego uodparniania przeciwko odrze
wymagają dalszych szczegółowych i bardzo dokład-
nych krytycznych badań i nie mogą wyjść jesz-
cze poza granice doświadczeń laboratoryjnych. Prawo
obywatelstwa uzyskała sobie natomiast w medycynie za-
pobiegawczej metoda biernego uodparniania za pomocą
surowicy ozdrowieńców po odrze.

Ogólnie biorąc, myśl stosowania surowicy ozdrowie-
nięców, wprawdzie w celach leczniczych jest dosyć sta-
ra i sięga 1895 r., kiedy G. i F. K l e m p e r e r
wykazali, że surowica człowieka po przebyciu chorób in-
fekcyjnych zawiera ciała odpornościowe. N e i s s e r
nawet już wcześniej, bo w 1892 r. stosował surowicę
ozdrowieńców po zapaleniu płuc do leczenia tego scho-
rzenia. Później zaczęto stosować surowicę ozdrowień-
ców w durze brzuszonym, cholercie, płonicy i odrze, wy-
niki były jednak niezadawalające.

Surowicę ozdrowieńców po odrze stosował pierw-
szy W e i s s b e c k e r przy leczeniu powikłań płuc-
nych w przebiegu odry i wyniki swoje, zresztą bardzo
niepewne, ogłosił w 1896 roku. To samo powiedzieć
można o wynikach, osiągniętych w rok później przez

dwóch asystentów L e y d e n a, H u b e r a i B l u-
m e n t h a l a, którzy stosowali surowicę ozdrowień-
ców w celach terapeutycznych w 9-ciu przypadkach
odry.

Od tego czasu sprawa stosowania surowicy ozdrowie-
nięców po odrze poszła wogóle w zapomnienie. Do-
piero w 1916 roku N i c o l l e i C o n s e i l za-
strzyknęli najmłodszemu dziecku w pewnej rodzinie w
celach zapobiegawczych surowicę starszego brata, po-
braną w 7 dni po wysypce odrowej. Wszystkie dzieci
w tej rodzinie zapadły na odrę, jedynie dziecko szcze-
pione nie zachorowało. Wyniki swoje ogłosili oni w
kwietniu 1918 r. Sprawdzeniem wyniku doświadczenia
N i c o l l e a i C o n s e i l a zajęli się dwaj amery-
kańscy badacze R i c h a r d s o n i C o n n o r,
i spostrzeżenia swoje podali w 1919 roku. Pierwszy
szereg ich badań obejmował 8 dzieci, którym wstrzyki-
wano domięśniowo 7 — 25 cm.³ surowicy ozdrowień-
ców po odrze, u których krew pobierana była w 9 —
25 dni po wysypce; we wszystkich przypadkach udało
się uzyskać odporność, gdy tymczasem dzieci nieszcze-
pione zachorowały. Ci sami autorzy próbowali również
u 3 dzieci metody czynno-biernego uodparniania. Pierw-
sze dziecko otrzymało 3-go dnia okresu wylegania 15
cm.³ surowicy ozdrowieńca i jednocześnie wcierano mu
do śluzówki gardzieli wydzielinę z nosa dzieci chorych
na odrę; dwoje pozostałych, zakażonych w ten sam
sposób otrzymało w ciągu kolejnych dwóch dni po za-
każeniu po 25 cm.³ surowicy ozdrowieńca. Pierwsze
dziecko przeszło poronną postać odry, dwoje pozosta-
łych nie zachorowało.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Djagnostyka.

A. E. KLEIN. Nowe mieszadło do liczenia ciałek krwi.
(Wien. kl. Woch. N. 49, 1931).

Powyżej rozszerzenia zwykłego mieszadła znajduje się
szklany kurek, który podczas wciągania krwi i płynu do roz-
cieńczania umożliwia dokładne zatrzymywanie płynu na od-
powiedniej podziałce.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

L. LOEVI. Próbné śniadanie cukrowe. (Wien. kl.
Woch. N. 15, 1932).

Autor przeprowadzał porównawcze badania nad prób-
nemi śniadaniami, składającymi się z 50 gr. cukru, względnie
0,2 gr. kofeiny, rozpuszczonych w 200 cm³ wody. Wartości
kwasowe, otrzymane w doświadczeniach z próbnymi śniada-
niami cukrowymi, są znacznie niższe, niż w doświadczeniach
ze śniadaniami kofeinowymi. Przyczynę tego upatruje autor
w powstającej hiperinsulinemji. Rozcieńczenie nie wchodzi w
rachubę, jak również zmniejszone podrażnienie błony śluzowej.
Histamina nie podnosi wartości kwasowych po kofeinie albo
tylko bardzo nieznacznie, wartości kwasowe po cukrze nato-
miast podnosi. Rozmaicie ukształtowane krzywe lub krańcowe
wysokie wartości po cukrze zależą od osobniczej wydolności na-
rządu wysepkowego. Wśródżylnie podany cukier nie wywiera
żadnego działania.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

A. JEGOROW. Opadanie czerwonych ciałek krwi
u zdrowych. (Klin. Medic. N. 3 — 4, 1932).

W przypadkach jaskrawych odstępstw od przeciętnych

liczb czasu opadania czerwonych ciałek krwi osobników takich
należy poddawać szczególnie dokładnemu badaniu lekarskie-
mu. Szczególną uwagę zwrócić należy na poznanie opadania
czerwonych ciałek krwi u dzieci, przyczem należy wydzielać
w szczególne grupy, podlegające specjalnemu nadzorowi, te
dzieci, u których powtórnie stwierdzono wysokie liczby opada-
nia. Należy mieć na uwadze, że u dzieci obraz opadania jest o
wiele bardziej niestały, niż u dorosłych.

Henryk J. L a n d a u.

L. FENERSTEIN. Przyczynek do badania szybkości opa-
dania krwinek. (Arch. f. Kdhlk. B. 66, H. 1).

Odrzucając inne metody mikrosedymentacji, jako zwią-
zane z trudnościami technicznymi i żmudną pracą, autor po-
daje własną łatwą do opanowania mikrometodę, zachęcającą
do wypróbowania. Rurka włosowata o długości 11 cm. i ka-
libru 0,4 — 0,7 mm. zostaje markowana na wysokości 2 cm.
zielonym, na 5 cm. niebieskim, a na 10 cm. czerwonym tuszem.
Po nakłuciu palca badanego osobnika, uprzednio wciągamy do
rurki do zielonego znaku 5% roztwór cytrynianu sodu, co na-
stępuje wskutek siły włosowatości już przy lekkim zetknię-
ciu się końca rurki z płynem tym na szkiełku zegarkowym,—
poczem szybko stykamy rurkę z kroplą krwi na palcu i upa-
trujemy moment, gdy się krew podniesie na wysokość czerw-
nego znaku. Czerwony znak jest jeszcze narazie wyraźnie wi-
doczny, bo nad krwią znajduje się przezroczysty słupek roztwo-
ru cytrynianu sodu. Teraz należy całą zawartość rurki wy-
dmuchać na szkiełko przedmiotowe. Celem należytego zmie-
szania krwi z cytrynianem sodu wciągamy cały płyn ze szkieł-
ka przedmiotowego ponownie do rurki, znów wydmuchujemy,

i dopiero wtedy już dobrze zmieszanej krwi dajemy podnieść się na wysokość niebieskiego znaku. Teraz należy otwór rurki nad czerwonym znakiem zatopić, wzgl. zapchać wazeliną, i ustawić rurkę pionowo końcem zamkniętym w dole. Miernikiem opadania służy czas, w jakim opadająca masa erytrocytowa osiągnie wysokość zielonego znaku. Czas ten waha się od 5 do 110'. Rokowanie w przypadkach poniżej 15' należy uważać za złe.

B e r m a n.

E. v. RUTICH. O mierzeniu ciśnienia średniego. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 5 — 6).

Autor sądzi, że opisanego przez V a q u e z a i jego współpracowników jako „pression moyenne dynamique“ w chwili największych wychyleń odczytywanego ciśnienia w mankcie nie można uważać za rzeczywiste ciśnienie średnie, lecz za sumę diastolicznego ciśnienia więcej ciśnienie niezbędne dla uciśnięcia ściany naczyniowej. W normalnych warunkach pression moyenne leży bardzo blisko ciśnienia rozkurczowego, mierzonego metodą wysłuchową. U chorych z nadciśnieniem, szczególnie w okresie niewyrównania, leży ono wyżej. W doświadczeniach z obciążeniem obie wartości ciśnieniowe przebiegają mniej więcej równolegle. Spostrzeżenia V a q u e z a i jego szkoły i wyciągnięte z nich wnioski są w każdym razie przekonywującymi dowodami ważności klinicznej ciśnienia rozkurczowego. Z tych liczb ciśnienia, mierzonego metodą oscylometryczną, można wyciągać ostrożnie wnioski co do własności ściany i napięcie tętnic poza zapaleniem błony wewnętrznej tętnic i ich niedrożnością.

Henryk J. L a n d a u.

LANGE. Długotrwałe mierzenie ciśnienia krwi. (D. m. W. N. 11. 1932).

Jednorazowe mierzenie ciśnienia krwi skurczowego i rozkurczowego nie daje nam całkowitego obrazu wahań, zachodzących w obrębie naczyń krwionośnych. Aparat, skonstruowany w klinice prof. B e r g m a n n a, umożliwia automatyczne mierzenie ciśnienia krwi przez dłuższy przeciąg czasu, przyczem wyniki są notowane na krzywej. Zasada aparatu mało skomplikowana. Z krzywej odczytujemy ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, oraz ciśnienie średnie, któremu ostatnio przypisywane jest duże znaczenie w rozpoznawaniu początkowych okresów nadciśnienia. Dane, otrzymane za pomocą powyższego aparatu, są zgodne z wynikami, otrzymywanymi za pomocą metody oscylacyjnej i za pomocą obmacywania. Ten sposób mierzenia ciśnienia krwi znajduje bez wątpienia zastosowanie w fizjologii i w farmakologii oraz w klinice chorób wewnętrznych.

Wanda F r a n z ó w n a.

Choroby dzieci.

Anni NOLL. Dalsze doświadczenia z djetą jableczną. (Kinderärztl. Prax. Zeszyt 7. 1932).

Dobre wyniki, jakie otrzymano przy stosowaniu djety jablecznej we wszystkich biegunkach wieku dziecięcego, skłoniły autorkę do wypróbowania tej metody u niemowląt. Wskazania są te same, co u starszych dzieci: 1) dyspepsje ostre, podostra i przewlekła, 2) stany pretoksyczne i toksyczne, 3) niezbyt jelit pochodzenia zakaźnego. Ponieważ niezbyt łatwo karmić papką nieprzyzwyczajone do tego niemowlęta, znaleziono wyjście, stosując zupełną jableczną, przygotowaną w sposób następujący: 200 gr. surowych tartych jablek przeciera się jeszcze przez włosiane sitko, poczem rozrabia się je w płynie, złożonym z herbaty i płynu R i n g e r a w stosunku 2 : 1. Porcja dzienna nie powinna przekraczać 800 — 1000 cm³ (np.: 200 gr. jablek w 500 cm³ herbaty + 200 cm³ płynu

R i n g e r a), które dzielimy na 5 dań. Dzieci naogół chętnie przyjmują ten napój. Spadki wagi są nieznaczne i nie przekraczają 100 — 200 gr., co należy przypisać obecności płynu R i n g e r a. Djetę podaje się przez dwa dni, poczem z konieczności trzeba przejść na mieszanki mleczne, dzięki czemu w znacznym procencie przypadków następuje słabiej lub silniej zaznaczona recydywa. Aby zmniejszyć ten procent, nie należy wyrzekać się podawania jablek i przygotować ich zawieszinę w danej mieszance mlecznej. Zazwyczaj przez 1 — 2 dni podaje się dobowo 150 gr. jablek, potem w miarę poprawy stanu ogólnego zmniejsza się ich ilość do 100 i 50. Przy tego rodzaju djecie nie spotkano recydyw. Autorka uważa za możliwe podawanie pablek profilaktycznie, jako dodatku do zwykłych mieszanek w razie nieco częstszych i wolniejszych stolców. Można dać 100 — 150 gr. jablek podzielone na 5 posiłków. Preparat suszonych jablek „Aplona“ daje również dobre wyniki, a ma tę wyższość, że może być natychmiast użyty i że łatwiej pozwala obliczyć stosunek procentowy substancji jablecznej do mieszanki.

H. P e t r y n o w s k a.

St.ENGEL i Th. DOXIADES. Zapalenie płuc krupowe w wieku niemowlęcym. (Zeitschr. f. Kinderheilk. T. 53, Zeszyt 2 i 3).

Autorowie zebrali materiał z 42 przypadków zapalenia płuc krupowego (potwierdzonego klinicznie i rentgenologicznie) w wieku niemowlęcym. W pierwszych trzech miesiącach życia nie stwierdzili ani jednego przypadku, w następnych miesiącach częstość schorzenia wybitnie wzrastała, dochodząc do szczytu w 6-ym miesiącu życia; potem przypadki stają się rzadsze, przyczem ponowny wzrost ma miejsce w 11 miesiącu życia. Obserwacje te przeczą zdaniu L a u c h e g o, że zapalenie płuc krupowe jest procesem alergicznym, ponieważ w takim razie skłonność do zapadania musiałaby stale wzrastać razem ze zwiększaniem się z wiekiem niebezpieczeństwem zakażeń nieżytowych. Co do lokalizacji ogromna przewaga przypada na górny płat płuca prawego. W rzadszych przypadkach zapalenia lewostronnego dość często bywa zajęty płat dolny. Zajęcie prawego płuca jest tem częstsze, im dziecko jest młodsze (w pierwszym półroczu życia blisko ośmiokrotnie częstsze). Więcej niż połowa przypadków nie dawała żadnych objawów klinicznych, mimo bardzo nieraz rozległych zmian stwierdzonych rentgenicznie. Co do zależności od pory roku autorowie zauważyli największą częstość w zimie i na początku wiosny. Przebiec poprzednio schorzenia nieżytowego (ewentualnie uczulającego według L a u c h e g o) stwierdzili w 24 przypadkach (przeszło 50%). Na podkreślenie zasługuje rzadkość w czasie schorzenia objawów ze strony przewodu pokarmowego, co u starszych dzieci jest na porządku dziennym. Nie spostrzega się również innych objawów toksycznych (przede wszystkim mózgowych). Czas trwania choroby wynosi przeważnie 7 dni, jak u dorosłych. Objawy ze strony płuc nie są zazwyczaj zbyt wyraźne. Rzadko widzimy większą duszność i sinicę, a najczęściej tylko przyspieszenie oddechu i oddech skrzydełkowy. Kaszel nie odgrywa znacznej roli. Rokowanie w przypadkach niepowikłanych jest prawie zawsze pomyślne, w razie jednak powikłań, a przede wszystkim zapalenia opłucny, śmiertelność u niemowląt przewyższa śmiertelność u dzieci starszych.

H. P e t r y n o w s k a.

BENNOLDT, THOMSEN. Choroby dziecięce w związku ze starszym wiekiem rodziców. (Zeitschr. f. Kinderheilk. T. 53, Zeszyt 2 i 3).

Na materiale 13516 przypadków autor dochodzi do wniosku, że wpływ wieku matki powyżej 40 lat w chwili porodu na schorzenia dziecka daje się stwierdzić bez żadnych

wątpliwości tylko co do mongolizmu i w mniejszym już zakresie co do niektórych chorób umysłowych, dających objawy mózgowo i mózdzkowe. Natomiast wyższy wiek ojca lub znaczna różnica wieku między rodzicami nie wykazują wpływu na późniejsze schorzenia dziecka.

H. Petrynowska.

Otto LOEWE. Zapalenie pneumokokkowe otrzewny. (Kinderärztl. Prax. Zeszyt 5, 1932).

Autor zwraca uwagę na następujące punkty w różniczkowaniu między zapaleniem pneumokokkowem otrzewny a ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego: przedewszystkiem momentem różniczkowym może być płeć i wiek, ponieważ zapalenie pneumokokkowe otrzewny występuje niemal wyłącznie u dziewczynek i najczęściej w wieku około 7 lat. Obraz chorobowy jest przy pneumokokowym zapaleniu otrzewny o wiele groźniejszy i nie sprawia, jak to często bywa przy *appendicitis*, wyrażenia sprawy zlokalizowanej wyłącznie w jamie brzusznej. Wysoka, dochodząca do 40°, ciepłota, ogólny ciężki stan, liczba białych ciałek, przekraczająca 30000, z bardzo wybitną neutrofilozą (do 90%) powinny zwracać naszą myśl w kierunku *peritonitis pneumococcica*. W razie stwierdzenia tej ostatniej należy zachować się wyczekująco i stosować zabieg operacyjny dopiero w chwili ewentualnego wytworzenia otorbionego ropnia w jamie brzusznej. Co do pozostałych środków leczenia, to surowica przeciwpneumokokowa nie działa zupełnie, natomiast autor miał dobre wyniki przy stosowaniu dużych ilości adrenaliny metodą Häberlina (co 1 — 2 godziny wstrzykiwać 1 — 3 podziałki ogółem do 100 a nawet 200 zastrzyknięć). Mimo to śmiertelność jest bardzo wielka. Co do etiologii schorzenia autor uważa za możliwe przedostanie się pneumokoków przez pochwę, macicę i jajowody (*vulvitis* z obecnością pneumokoków ma według badań McCartneya i Kirchhoffa nie należeć do rzadkości), co by tłumaczyło przewagę przypadków chorobowych u płci żeńskiej.

H. Petrynowska.

Ph. LEITNER. Przypadek ropnego pneumokokkowego zapalenia osierdzia wyleczony optochiną. (Jahrb. f. Kinderheilk. 136, 1/2).

Dziecko sześciolatnie dostało ropnego pneumokokkowego zapalenia osierdzia w kilka dni po przebyciu lewostronnego włóknikowego zapalenia płuc. Trzykrotnie w odstępach tygodniowych nakłuwano osierdzie, wypuszczano ropę możliwie w całości, poczem przepłukiwano osierdzie 1/2 % roztworem optochiny, a w końcu wstrzykiwano 6 — 8 cm³ 5% *optochini muriatici*. Zabieg był dobrze znoszony, ze strony narządów wzroku i słuchu żadnych zaburzeń nie stwierdzono, natomiast nie udało się zapobiec powstaniu odmy podskórnej w pobliżu miejsca nakłucia. Dziecko wyszło ze szpitala w stanie dobrym i od roku jest zupełnie zdrowe, co tembardziej zasługuje na podkreślenie, że według statystyki zebranej przez autora *pericarditis purulenta* daje około 65% śmiertelności.

H. Petrynowska.

Choroby nerwowe i psychiczne.

STEINER. W sprawie początku porażenia postępującego i władu rdzenia oraz ich leczenia. (D. m. W. N. 48, 1931).

Zdaniem autora, błędne rozpoznawanie władu rdzenia powstaje wskutek 4-ech przyczyn. Na pierwszym planie wymienić należy specyficzny przebieg kiły z opóźnionem występowaniem objawów klinicznych w stosunku do zmian, jakie zaszły w tkankach, ze zjawieniem się zmian nerwowych już w 2-gim okresie choroby, ze zmianami nerwowymi okresu 3-ciego, które

trudno jest odróżnić od władu rdzenia. Różny okres: wylęgania spraw swoistych i remisji powoduje brak ciągłego spostrzegania chorych, i, jakkolwiek udałoby się może stwierdzić zmiany serologiczne, objawy kliniczne są b. niałe. Drugą przyczyną błędów jest brak objawów subiektywnych, któreby zmusiły chorego do udania się do lekarza, oraz b. dyskretnie zaznaczone objawy obiektywne, które czasem mogą ująć naszej uwagi. Wład rdzenia rozpoczyna się b. powoli, i często nie jesteśmy w stanie ustalić początku choroby. Należą tutaj bóle ciągnące, zaburzenia czucia zimna, zaburzenia pęcherzowe i siły płciowej. B. często przez długie lata udaje się stwierdzić jedynie skąpe objawy choroby. Byłoby błędem sądzić, że badanie krwi i płynu mózgoworodzeniowego ułatwi wczesne rozpoznania. Właśnie tutaj spostrzegamy wiele ujemnych wyników, i dlatego brak potwierdzenia rozpoznania z tej strony niczego nie dowodzi. Obraz kliniczny władu rdzenia, tak różnorodny, stanowi wreszcie czwartą przyczynę utrudniającą wczesne rozpoznanie. Jeżeli będziemy się starali o uporządkowanie objawów w. r. to możemy oznaki podrażnienia nerwowego odnieść do wczesnego okresu choroby: bóle ciągnące, przełomy tabetyczne, żołądkowe i t. p., objawy wypadania czynności — do okresu późniejszego: brak odruchów na kończynach dolnych, ataksja, nieruchomość źrenic. Podział ten jednak b. często nie odpowiada przebiegowi klinicznemu choroby. Przy badaniu chorych odkrywamy czasem pełny obraz choroby, chociaż skargi subiektywne na to nie wskazywały. O wiele częściej jednak wład rdzenia przebiega przy b. skąpych objawach, a zostaje stwierdzony przy badaniu chorych z innego powodu. W szczęśliwszym położeniu znajdujemy się w razie konieczności stwierdzenia porażenia postępującego. Połączenie objawów psychicznych i nerwowych, o wiele wyraźniej zarysowany obraz kliniczny cierpienia, ostre odgraniczenie od okresu utajonego kiły — znacznie ułatwia rozpoznanie wczesnego stadium. Udaje się tutaj stwierdzić zaburzenia mowy, nieprawidłowe oddziaływanie źrenic i innych odruchów łącznie z zaburzeniami psychicznymi. Te ostatnie b. często dają znać o sobie jedynie w formie zmiany charakteru i usposobienia. Trudno jest ustalić stosunek wzajemny zmian somatycznie - neurologicznych do zmian psychicznych. Zdaje się jednak, że najwcześniej występują zmiany ze strony źrenic, dalej zaburzenia mowy i objawy psychiczne. Czasem także zmiany w płynie mózgoworodzeniowym, dodatni W a R, zwiększenie ilości białka i komórek, występują wcześniej niż kliniczne objawy porażenia postępującego. Mówimy wówczas o *praeparalysis* w sensie objawów serologicznych. Może także istnieć stan *praeparalysis* w sensie zmian anatomicznych. Na sekcjach ludzi zmarłych z przyczyn ogólnych stwierdzano objawy *paralysis progressiva*, podczas gdy za życia tych osobników nie znajdowano zmian klinicznych. Do dziś nie umiemy odpowiedzieć na pytanie, jakie czynniki wpływają na powstawanie p. p. i władu rdzenia u syfilityków. Brak tutaj seryjnych badań płynu u jednego i tego samego osobnika. Zmiany histopatologiczne w *paralysis progressiva* powstają wskutek przechodzenia procesu chorobowego od opony mózgu do powierzchniowych części kory. Ostatnio zwracają uwagę na to, że i wład rdzenia należy uzależnić od powierzonych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Zmiany anatomiczne w *tabes dorsalis* były rozpatrywane dotychczas, jako cierpienie powrózków. To jednak nie tłumaczyło zaniku nerwu wzrokowego, porażenia niektórych nerwów mięśni ocznych i zwrotnej nieruchomości źrenic. Według Ingvara, powierzchownie ułożone włókna w miejscu Redlich-Obersteina najbardziej są narażone na zmiany chorobowe i wład rdzenia należy tłumaczyć powierzchownym procesem ośrodkowego układu nerwowego. *Tabes dorsalis* jest dowodem wcześniejszego zajęcia układu nerwowego, niż *paralysis progressiva*. W przebiegu władu rdzenia spotykamy porażenie postępujące, nigdy zaś nie bywa sytuacja odwrotna. Pomimo wielu podobieństw tych spraw chorobowych nie można jednak utożsamiać ich pod względem lecz-

niczym. P. p. wymaga leczenia we wczesnym okresie; nowoczesne leczenie jak malarją, durem powrotnym i t. p. może przynieść często dużą poprawę. W wiążdzeniu rdzenia należy próbować przede wszystkim chemoterapii: neosalvarsan, bizmut.

St. L u x e n b u r g.

MANDL i PUNTIGAM. Przyczynek do sprawy rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia. (Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkunde t. 122, z. 3 u. 4, 1931).

Autorzy opisują 2 przypadki schorzenia o charakterze zakaźno - toksycznym z wybitnym zajęciem układu nerwowego. Zarówno początek, przebieg i zakończenie, jakoteż objawy kliniczne przemawiały za tem, że w obu przypadkach mamy do czynienia z *encephalomyelitis disseminata*. W obu przypadkach jako pierwszy objaw wystąpiły zaburzenia żołądkowo - jelitowe oraz niewielkie podniesienie ciepłoty, poczem zaczęły występować zmiany w układzie nerwowym. Zjawił się narastający niedowład kończyn z zanikiem odruchów, zaburzeniami napięcia mięśniowego i czucia głębokiego oraz ataksją, przy zachowaniu czucia powierzchownego i braku zmian elektrycznych i zaników. Jednocześnie występują zmiany w płynie mózgowo - rdzeniowym, świadczące o zajęciu opon: powiększenie ilości białka przy niskiej pleocytozie, patologiczna krzywa L a n g e g o i wzmożona ilość cukru. Wstrzyknięcie płynu mózgowo - rdzeniowego chorym królikom podoponowo i na rogówkę nie wywołało u zwierząt choroby. Późatem wystąpiło zajęcie mózgowia: w jednym przypadku stwierdzono nierówność źrenic, która później ustąpiła, — w drugim źrenica lewa reagowała na światło wolniej, niż prawa, jednocześnie zaś stwierdzono oczopląs poziomy w obie strony. We krwi stwierdzono eozynofilię do 10,5%. W obu przypadkach przebieg był pomyślny: w pierwszym nastąpiło kompletne wyzdrowienie, w drugim — pozostały niewielkie zmiany. W ciągu dwuletniej obserwacji nie zauważono zmian patologicznych, jako następstwa choroby przebytej. Autorzy obserwowali oba te przypadki w roku 1929. Przypadki o podobnym obrazie klinicznym obserwowali R e d l i c h w r. 1927 we Wiedniu, P e t t e w Niemczech, F l a t a u w pierwszej połowie 1928 w Polsce, A d l e r i H o f f latem roku 1928 we Wiedniu, wreszcie pojedyncze przypadki opisał cały szereg autorów. Jak widać przypadki pochodzą z okresu czasu prawie jednakowego. A więc mamy do czynienia z epidemią schorzenia układu nerwowego o charakterze zakaźno - toksycznym. Największa liczba przypadków przypada na wiosnę i jesień (co bywa także i w innych chorobach zakaźnych). To natężenie epidemii przypada na czas zaniku epidemii grypy, nie należy jednak wyciągać z tego wniosku o zależności nozologicznej obu cierpień. Jak P e t t e i R e d l i c h już podkreślili, nie może być w tej sprawie mowy o przenoszeniu zarazka bezpośrednio lub pośrednio. Związek z gripą prawdopodobnie polega na tem, że grypa wytwarza w układzie nerwowym zmiany usposabiające. Należy podkreślić, że jednocześnie z typowymi przypadkami *encephalomyelitis disseminata*, dają się w czasie epidemii zauważyć postacie pozorne, gdzie mamy do czynienia np. z zajęciem zapalnym jednego nerwu lub pewnej grupy. Co się dotyczy etiologii schorzenia, to pod tym względem niema jednolitego zapatrywania: jedni uważają, że *encephalomyelitis disseminata* należy traktować jako kompleks objawów (podobnie, jak *paralysis* typu L a n d r y), występujący w przebiegu spraw chorobowych o etiologii różnej, inni znów, (należy podkreślić, że zdanie to ma więcej zwolenników), uważają, że należy sprawę traktować jako schorzenie o etiologii jednolitej. P e t t e i R e d l i c h uważają, że mamy tu do czynienia z działaniem zarazka przesyłczalnego, mającego specjalne powinowactwo do tkanki nerwowej, względnie z uczuleniem zarazka saprofitycznego. Co się dotyczy obrazu histopatologicznego, to dotychczas nie udało się znaleźć kryteriów,

któreby pozwoliły odróżnić obrazy histologiczne w *encephalomyelitis disseminata* od obrazów w innych schorzeniach zapalnych układu nerwowego.

J. M e l z a k.

A. KRAL. O obecności izoaglutynin w płynie mózgowo - rdzeniowym. (Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, t. 122, z. 3 i 4, 1931).

Po odkryciu przez L a n d s t e i n e r a grup krwi, dalsze badania wykazały, iż w tkankach i płynach ustrojowych można wykryć substancje analogiczne do grup krwi, w płynach zaś ustrojowych izoaglutyniny, które, analogicznie do izoaglutynin w surowicy, skierowane są przeciwko grupom, których dany osobnik nie posiada. Mimo względnej łatwości, z jaką izoaglutyniny dają się wykazać w płynie mózgowo - rdzeniowym dotychczas jedynie H e r m a n i H a l b e r ó w n a oraz K r a l zajmowali się tą kwestją. Z prac tych wynikało, iż w płynie mózgowo - rdzeniowym izoaglutyniny dają się wykazać, nie zbadano jednakże mechanizmu i dokładnych warunków ich powstawania. Autor zbadał 147 płynów mózgowo - rdzeniowych u 129 osobników i wykazał istnienie izoaglutynin w 20 płynach, pochodzących z 13 przypadków. Aglutynacja w płynach mózgowo - rdzeniowych występuje nieco później, niż przy użyciu surowicy, jest jednak zupełnie wyraźna. Co się dotyczy przynależności grupowej, to na owe 13 przypadków — 8 należało do grupy O, 3 — do grupy A i 2 do grupy B. Izoglutyniny, wykryte w płynie są zawsze te same, co w surowicy, niekiedy jednakże brakło izoaglutynin, skierowanych przeciwko pewnej grupie, choć oczywiście w surowicy ten rodzaj aglutynin był obecny. Np.: u osobnika z grupą O w surowicy były obecne izoaglutyniny przeciwko grupom A, B i AB, w płynie zaś mózgowo - rdzeniowym brakowało izoaglutynin przeciwko grupie B, obecne zaś były aglutyniny przeciwko grupom A i AB. S c h i f f tłumaczy to zjawisko w ten sposób, że izoaglutyniny, których nie udało się wykazać, są obecne, lecz w bardzo małej ilości. Nie tłumaczy to jednak zagadnienia, bowiem miano poszczególnych izoaglutynin w surowicy było jednakowe. Należałoby wobec tego przyjąć specyficzną przepuszczalność barjery ochronnej centralnego układu nerwowego dla poszczególnych rodzajów aglutynin. Występowanie izoaglutynin u niektórych z badanych osobników było czasowe i, po usunięciu przyczyny — schorzenia nerwowego, izoaglutyniny zniknęły. Tak np. znikły one w przypadku guza mózgu po usunięciu guza i w przypadku władu rdzenia po kuracji. Jednocześnie reakcja hemolizynowa z dodatniej stała się ujemną. Następnie autor zastanawia się, w jaki sposób izoaglutyniny dostają się do płynu. Przeciwnie powstawaniu izoaglutynin w przestrzeni oponowej przemawia fakt, iż miano aglutynacyjne izoaglutynin w płynie jest zawsze niższe, lub najwyżej równe mianu tychże w surowicy. Również przemawia za tem fakt tak rzadkiego wogóle występowania izoaglutynin w płynie. Za przechodzeniem izoaglutynin z surowicy do płynu przemawia fakt, że aglutyniny pojawiają się w płynie jedynie w przebiegu chorób, które zwiększają przepuszczalność barjery ochronnej; zazwyczaj jednakże dodatkowo jest także reakcja hemolizynowa oraz próba bromowa W a l t e r a, co świadczy o przepuszczalności barjery. Jednakże, o ile przy obecności izoaglutynin w płynie mózgowo - rdzeniowym, można także innymi sposobami wykazać przepuszczalność barjery, o tyle zdarza się, że choć przepuszczalność barjery istnieje, jednak izoaglutynin w płynie wykazać nie można. Jak się okazuje, w grę tu wchodzi wysokość miana aglutynacyjnego izoaglutynin w surowicy, co wynika z analizy przypadków K r a l a. Okazuje się, bowiem, że, im miano aglutynacyjne było wyższe, tem częściej występowania izoaglutynin była większa. H e r m a n i H a l b e r ó w n a przypuszczali, iż fakt niewystępowania izoaglutynin w płynie, mimo istnienia przepuszczalności barjery ochronnej na brom,

można wytłumaczyć istnieniem w płynie ciała, hamujących aglutynację. K r a ł wykonał doświadczenie tego rodzaju, że surowicę aglutynującą rozcieńczał płynem mózgowo - rdzeniowym, w którym izoaglutynin nie wykazano, mimo istnienia

przepuszczalności opon na brom. Okazało się, że płyn tego rodzaju żadnych własności hamowania procesu aglutynacji surowicy nie posiada.

J. M e l z a k .

Wskazówki praktyczne

H. M o n i t z podnosi doskonale działanie coffeminolu (0,05 coff. + 0,1 luminalu) w *padaczce*. Kofeina zmniejsza działanie luminalu jako środka nasennego, wzmagając jednocześnie jego działanie przeciwkurdzowe. Dawka 2 — 3 tabletek dziennie przez kilka miesięcy. (Klin. Wschr. Nr. 36. 1932 r.).

Jako szybko działający *środek nasenny* poleca W. S c h a r p f f evipan. Działanie jego występuje po 20 — 30 minutach, wskazany przeto jest szczególnie u ludzi wcześniej budzących się. Evipan przyjęty po obudzeniu się powoduje w krótkim czasie ponowne uśnięcie. (Deut. med. Wchr. 1932 Nr. 31).

W *biegunkach pooperacyjnych*, spowodowanych zmniejszeniem napięciem kapillarów kiszkowych D. M a l u s c h e w stosuje efetoninę — po jednym lub dwu zastrzyknięciach biegunka ustępuje. (M. m. Wchr. 1932 Nr. 26).

Opolidon zdaniem B. K r u s e g o doskonale zastępuje w *bólach pooperacyjnych* morfinę. Dawka 3 — 4 tabletki po operacji. (Zbl. Chir. 1932 Nr. 32).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

154 posiedzenie Sekcji klinicznej z dnia 19 marca 1932 r.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i .

P o k a z y :

1) H. Z a l c m a n. *Przypadek zgorzeli płuc po wstalej wskutek przebiecia zwężonego przełyku.*

Chory lat 36, zgłosił się na oddział prof. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i e g o dnia 9.I.1932 r. z następującymi wywiadami: w lipcu r. ub. napił się ługu, wskutek otrucia wytworzyło się tak znaczne zwężenie przełyku, że chory mógł przyjmować tylko płynne pokarmy. Ze względu na to w październiku r. ub. wykonano gastrostomię, poczem chory co pewien czas zgłaszał się na oddział chirurgiczny, gdzie dokonywano mu przy pomocy zgłębnika rozszerzania zwężonego przełyku. Ostatnio sondowanie odbywało się 20 grudnia r. ub. W międzyczasie chory, poza dolegliwościami, związanymi ze zwężeniem przełyku, żadnych innych skarg nie przedstawiał. 24 grudnia wieczorem chory nagle poczuł dreszcze, ciepłota dotąd prawidłowa podniosła się do 39°, wkrótce potem zjawiał się suchy, męczący kaszel i kłucie w prawym boku. Gorączka, odtąd utrzymująca się, wykazywała wahania w ciągu dnia od 37,5° rano do 39° wieczorem, na trzeci dzień chory zaczął odpływać nieznaczne ilości płwociny o wybitnie cuchnącej i przejmującej woni. Stopniowo cuchnący zapach płwociny wzrastał, ilość płwociny zwiększała się, dochodząc ostatnio do 2 szklanek dziennie, wszystkie wyżej podane objawy utrzymywały się; w ciągu 2 tygodni chory znacznie wychudł i osłabł. Wywiady osobiste i rodzinne bez znaczenia dla obecnej sprawy chorobowej. Badanie przedmiotowe wykazało wybitne wyniszczenie, ciepłota 38,4°, już przy wejściu do separacji, w której leżał chory, uderzał przenikliwy, cuchnący zapach, wydobywający się z jamy ustnej. W zakresie czaszki i szyi zmian nie stwierdzono. W obrębie klatki piersiowej uderzało powłóczenie prawej połowy w dolnej jej części, bolesność uciskowa w punkcie, odpowiadającym bouton diaphragmatique posterieur, jednolite intensywne stłumienie z tyłu po stronie prawej od VII żebra w dół, w obrębie którego drzenie głosowe było wzmoczone, osłuchowo zaś stwierdzało się oddech oskrzelowy, pokryty przez drobno, średnio i grubobąnkowe rżenia o charakterze dzwicznym. Poza tem w górnych częściach płuca prawego i w płucu lewym stosunki prawidłowe. Liczba oddechów 26 na minutę. Wielkość i konfiguracja serca prawidłowe, akcja miarowa, 100 na minutę. Ciężno miarowe, średnio napięte i wypełnione, 100 na minutę, ciśnienie krwi 100/70. W zakresie jamy brzusznej w nadbrzuszu otwór po wykonanej gastrostomii, wątroba wystawała z pod łuku żebrowego na palec, miękka, tkliwa. W moczu ślad białka i wzmoczony urobilinogen. Płwo-

cina trójwarstwowa, cuchnąca, białko — ślad, prątki K o c h a —, włókna sprężyste —, krętków, ani pałeczek wrzecznowatych w preparacie, barwionym fuksyną karbolową, nie wykryto. We krwi leukocytoza (15000 białych ciałek) z neutrofilją (86%). Rentgen płuc, wykonany dnia 12.I.1932 r. wykazał w dolnym płacie płuca prawego zacienienie, w obrębie jego parę wyjaśnień kulistych z poziomem płynu.

Cuchnąca trójwarstwowa płwocina, objawy nacieczenia i rozpadu płucnego narzucały same przez się rozpoznanie sprawy zgorzelinowej, toczącej się w dolnym płacie płuca prawego. Chodziło jedynie o ustalenie mechanizmu powstania tej zgorzeli. Ponieważ początek choroby tego pacjenta datuje się od chwili otrucia, wydawało się prawdopodobnem istnienie związku przyczynowego pomiędzy otruciem a obecną sprawą chorobową. A *priori* można było odrzucić, że samo otrucie jako takie przyczyniło się do powstania zgorzeli. Gdyby bowiem wówczas wytworzyły się ubytki w obrębie przełyku, które doprowadziły do zajęcia śródpiersia i stąd do zaatakowania płuca, zgola niezrozumiałym byłby fakt istnienia pięciomiesięcznej przerwy pomiędzy otruciem a wystąpieniem burzliwych objawów zgorzeli płucnej; trudno zaś byłoby przypuścić, by proces zgorzelinowy przez szereg miesięcy trwał w stanie utajenia i by ujawniał się pod wpływem nieznanych czynników. Słuszniejszą przeto wydawała się inna koncepcja, mająca swe oparcie w danych anamnestycznych. Ponieważ choremu kilkakrotnie zgłębnikowano przełyk, ostatnie zaś rozszerzanie odbyło się 4 dni przed ujawnieniem się zgorzeli wydawało się słusznym przypuszczenie, że podczas zgłębnikowania nastąpiło przebiecie w obrębie zwężonego przełyku, a jako następstwo tej fausse route zapalenie zgorzelinowe śródpiersia i zgorzel płuca prawego. U chorego zaczęto stosować salwarsan; ogółem otrzymał on 3 zastrzyknięcia wśródzylne po 0,15 neosalwarsanu w odstępach trzynastych; po neosalwarsaniu ujawniła się poprawa: gorączka się nieco obniżyła, zmniejszyła się ilość płwociny, jej cuchnąca woń osłabła, chory znacznie mniej kasłał. Aczkolwiek ze względu na mechanizm zgorzeli jasnym było, że przypadek jest ciężki, niespodzianką jednakże był nieoczekiwany zwrot w dalszym przebiegu sprawy chorobowej. Mianowicie dnia 18.I. chory zaczął się uskarżać na duszność, częstość tętna przy ciepłocie 37,6° wynosiła 120, liczba oddechów 34, w częściach obwodowych zjawiała się sinica, obiektywnie żadnych zmian w porównaniu z badaniami z dni poprzednich nie stwierdzono. Referent przypuszczał wobec tego, że chodziło tutaj o porażenie toksyczne ośrodków naczynioruchowych, skierował zatem wszystkie wysiłki w kierunku opanowania krążenia obwodowego. Następnego dnia doszła duszność do punktu kulminacyjnego, chory oddychał przy pomocy mięśni pomocniczych, skrzydełka nosowe wydatnie się rozszerzały, sinica uogólniła się, i w tym stanie chory zmarł. Bezpośrednia przy-

czyna śmierci nie była jasna, wobec czego skierowano zmarłego na stół sekcyjny z rozpoznaniem: *gangraena lobi inferioris pulmonis dextri probabilitate a mediastinitide post perforationem oesophagi; stenosis oesophagi post intoxicationem natrio caustico; anaemia secundaria; cachexia universalis; mors in statu paralysis vasomotoriae* (z myślą, że, być może, anatomo - patologowi uda się ustalić bezpośrednią przyczynę śmierci).

Prosektor Dr. Si e d l e c k i stwierdził na sekcji w dolnej części zwężonego przełyku otwór, wiodący do jamki zgorzelinowej w obrębie śródpiersia tylnego. Jamka ta drążyła do dolnego płata płuca prawego, objętego procesem zgorzelinowym, oprócz tego utorowała sobie drogę do oskrzela lewego, przebiła je i przyczyniła się do powstania w płucu lewym rozprzeczonych ognisk bronchopneumonicznych. Poza tym znalazł anatomo-patolog rozpoczynające się zapalenie włóknikowo - surowicze osierdzia i bliznowate zwężenie odźwiernika. Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało więc: *pericarditis serofibrinosa incipiens, gangraena lobi inferioris pulmonis dextri et foci multiplices bronchopneumoniae sinistrae, stenosis oesophagi cum fistula ad focum mediastinitidis posterioris, communicantem cum gangraena pulmonis dextri et broncho sinistro, strictura pylori, inanition, anaemia*.

W ten sposób anatomo - patolog z jednej strony potwierdził przypuszczenie powstania zgorzeli wskutek przebicia przełyku, z drugiej zaś wyjaśnił bezpośrednią przyczynę śmierci. Na zasadzie danych sekcyjnych można odtworzyć bieg zjawisk w następujący sposób: najprawdopodobniej w przeddzień zgonu nastąpiło przebicie jamy zgorzelinowej śródpiersiowej do lewego oskrzela, co ujawniło się dusznością, przyspieszeniem tętna i nieznaczną sinicą. Nasilenie się duszności i sinicy zależało od powstania licznych ognisk bronchopneumonicznych w płucu lewym, które dla wyczerpanego ustroju były ostatnim dobijającym go ciosem, przyczem rozpoczynające się zapalenie w sierdzu mogło odegrać także pewną rolę.

Referent pokazuje przypadek ten z następujących względów: 1) stanowi on dość ciekawy przyczynek do mechanizmu powstawania zgorzeli płuc, gdyż w sposób jasny, zdaje się, nieulegający kwestji demonstruje sposób rozwoju tej zgorzeli; 2) przypadek ten stanowi jaskrawą ilustrację, jak ciężkie następstwa mogą kryć w sobie w niektórych przypadkach zwężenia przełyku zabiegi chirurgiczne, mające na celu rozszerzenie przełyku przy współistnieniu niezabliźnionych zmian. Mogą one spowodować w przełyku przebicie jego i tem samem stać się pierwszym ogniwem łańcucha, prowadzącego niechybnie do zejścia śmiertelnego; 3) przypadek ten budzi poważne wątpliwości co do celowości w pewnych przypadkach zabiegów chirurgicznych, które wydają się tylko syzyfową pracą. W pewnych bowiem przypadkach zwężenie przełyku na tle zatrucia kwasami lub ługami współistnieje ze zwężeniem odźwiernika, jak to było w pokazywanym przypadku, niekiedy zaś istnieje tylko zwężenie odźwiernika mimo braku zwężenia przełyku. Wydaje się przeto bezcelowem rozszerzanie zwężonego przełyku zgłębnikiem, ewentualnie omijanie przeszkody drogą gastrostomji, wówczas gdy nieco niżej znajduje się druga przeszkoda w postaci zwężonego odźwiernika. Dlatego omawiany przypadek narzuca niejako chirurgom postulat, aby w każdym przypadku zwężenia przełyku na tle zatrucia kwasem lub ługiem uwzględniali możliwość współistnienia zwężenia odźwiernika, zanim przystąpią do jakiegokolwiek zabiegu. W przypadku zaś stwierdzenia zwężenia odźwiernika jedynym celowym zabiegiem jest enterostomia (Streszczenie własne).

W dyskusji zaznacza K n a p p e, że oparzenia przełyku ługiem lub kwasami są częste. Powstałe na tem tle zwężenia przełyku często podlegają rozszerzeniu. Sam kiedyś stosował tę metodę, dopóki w jednym przypadku nie zrobił fausse route, powodując przebicie do rozdwojenia tchawicy i zachyłkowe zapalenie płuc, zakończone śmiercią. Uważa, że metodę rozszerzania zwężonego przełyku od góry należy zarzucić.

L u b e l s k i rozszerza przełyk od dołu, otwierając żołądek i wprowadzając tą drogą cieniutką nitkę do przełyku.

S r e b r n y stwierdza, że punkt widzenia przedmówcy nie jest powszechnie podzielany. S a l z e r stosuje metodę natychmiastowego rozszerzania przełyku, nie czekając, aż się wytworzy blizna; metoda ta daje, podobno, bardzo dobre wyniki. Metoda L u b e l s k i e g o z gastrostomją i wprowadzaniem nitki do przełyku daje również dobre wyniki, ale nie należy zapominać, że i w tej metodzie trzeba wprowadzać od góry bougie filiforme.

H. H i g i e r uważa, że w przypadku pokazywanym rozpoznanie było łatwe do postawienia. Jest tutaj jednak pewna rzecz drobna, zasługująca tem nie mniej na uwagę. Jako przyczynę śmierci przypuszczał referent porażenie nerwów na-

czynioruchowych; prościej było tutaj dokładnie zbadać oba płuca, niż uciekać się do wątpliwych hipotez obwodowego porażenia naczyńioruchowego, którego nadmiar anatomo - patolog nie mógłby na sekcji stwierdzić.

K n a p p e dodaje, że zgłębnikowaniem na świeżo nazywa się zgłębnikowanie, wykonane po upływie 2 — 3 miesięcy od chwili oparzenia; w kilka dni po zatruciu nie może być mowy o sondowaniu.

D o l k a r t uważa, że dyskusja nad kwestją, czy należy czy też nie należy zgłębnikować w zwężeniach odźwiernika, jest bezprzedmiotowa, gdyż operacje na przełyku są niemożliwe; a zatem rozszerzanie przełyku jest koniecznością, gdyż inaczej chory umrze.

W odpowiedzi zaznacza Z a l c m a n, że nie chciał bynajmniej potępić metody rozszerzania zwężonego przełyku, pragnął jedynie zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa, jakie kryje ona w sobie. W przeddzień śmierci w płucu lewym zmian przy badaniu fizykalnem nie stwierdzono, gdyż przebicie do oskrzela nastąpiło, zapewne, dopiero później tego dnia. Następnego zaś dnia chory już był w agonji, tak że o badaniu nie było mowy. Podanie porażenia nerwów naczyńioruchowych jako przyczyny wyrażało tylko jedno z przypuszczeń lub możliwości.

2) A. L a n d a u, S. K a m i n e r i T. H e r c e n b e r g o w a. *Przypadek wczesnych obrzęków w przebiegu raka żołądka, symulujących niedomogę krążenia*.

Przypadek dotyczy chorego lat 50, z zawodu murarza, który przybył na oddział 3.XII.1931. Początek choroby stopniowy przed rokiem. Zaczęły brzęknąć i boleć nogi w kostkach, łatwo męczył się podczas pracy. Po paru tygodniach z powodu zwiększających się obrzęków i osłabienia został skierowany do szpitala, w którym przeleżał 2 miesiące. Po opuszczeniu szpitala w ciągu miesiąca czuł się dobrze, jednak od czerwca z. r. ponownie obrzęki nogi i zaczął odczuwać duszność wysiłkową. Przerwał pracę, co pewien czas kładł się na kilka dni do łóżka. Od tego czasu czuje się coraz gorzej. Od miesiąca odczuwa ciężar w prawem podbrzuszu oraz lekkie bóle w dołku, niepromieniujące i niezależne od jedzenia, co 5 — 6 dni rano po obudzeniu się wymiotuje gorzkim płynem. Stolec i mocz odaje prawidłowo. Alkohol używał w dużych ilościach od 25 lat. Dotychczas podobno żadnych chorób nie przechodził.

Stan obecny. 1° prawidłowa, tętno 66, miarowe, średnio napięte i wypełnione, oddechów 20 na l', wzrost średni, budowa prawidłowa, stan odżywiania niezły, powłoki skórne i słuzówki widocznie blade, znaczne obrzęki na stopach, podudziach i na krzyżu, żrenice reagują prawidłowo, gardziel bez zmian, gruczoły chłonne niepowiększone, w płucach po stronie lewej z tyłu u dołu granica dolna na X żebrze, minimalnie ruchoma, oddech od kąta lewej łopatki ku dołowi osłabiony, pozatem brak zmian, serce — granice prawidłowe. 1 ton nad koniuszkiem niezupełnie czysty, tony ciche; jama brzuszna — brzuch na poziomie klatki piersiowej, przy obmacywaniu 2—3 palce nad pępkiem stwierdzono nieznaczną wrażliwość z niewyraźnym oporem, macalny z pod łuku rąbek wątroby o brzegu ostrym, śledziona niemacalna, odruchy fizjolog. zachowane, ciśn. krwi 105/70. W moczu (ilość dob. 1/2 litra): c. g. 1010, uro - gen + + +, pozatem brak zmian. We krwi umiarkowana niedokrwistość, ciałek czerwonych 3350000, hb. 70%, ciałek białych 6000 z wzorem prawidłowym, niewielka mikrocytoza czerwonych krążków. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi ujemny. Opad. krwinek przyspieszone: 30, 60. Rentgenogram klatki piersiowej wykazał jedynie zgodnie z bad. fizykalnem ślad płynu w lewej opłucnie. Skargi na duszność wysiłkową, znaczne obrzęki na nogach i na krzyżu, ślad płynu w opłucnie, tony serca ciche, przyczem 1 ton nad wierzchołkiem niezupełnie czysty, macalna wątroba, przy alkoholizmie w wywiadach wraz ze skąpomoczem i urobilinogenurią dawały napozór obraz niedomogi krążenia, jaką u alkoholików zazwyczaj powoduje zwłóknienie mięśnia sercowego. Jednak okoliczność, iż cięż. gat. moczu (przy dob. ilości zaledwie 1/2 litra) w stanie obrzękowym wynosił tylko 1010 przemawiała przeciw pochodzeniu sercowemu obrzęków. Również pewne wątpliwości nasuwała stosunkowo dość znaczna niedokrwistość. Istotnie najprostszą próbą czynnościową serca wykazała jego sprawność: tętno w pozycji leżącej 72, w stojącej 126, po 10 przysiadach również 126, po upływie 1 1/2 min. 63. Chory był wzięty na dietę bezsolną i małopłynną oraz dostawał 3 r. dziennie po 0,25 teocyny. W ciągu 6 dni stracił obrzęki i płyn w opłucnie, ubytek na wadze w 9 dni wyniósł 10 kg.

Biorąc pod uwagę dane z wywiadów (lekkie bóle w dołku oraz ranne wymioty gorzkim płynem co kilka dni), pomimo, iż 25-letni alkoholizm tłumaczyłby dostatecznie te objawy, zwrócili referenci uwagę na niewyraźny opór w jamie brzusznej powyżej pępka, który nasuwał pewne wątpliwości co

do jego pochodzenia żołądkowego. Badanie treści żołądkowej wykazało brak wolnego HCl, brak pepsyny, w osadzie naczczko (zaleganie niemacne) 1 — 2 leukocyty w p. w., krochmal, komórki roślinne i detryt. Badanie frakcjonowane (po kofeinie do wewn. i po histaminie w zastrzyknięciu) dało również brak HCl, cyfry kwasoty ogólnej od 5 do 6. Wstrzyknięty domięśniowo roztwór czerwieni obojętnej nie wydzielił się w ciągu 2 1/2 godzin przez błonę śluzową żołądka. Słowem całkowity bezsok żołądka. Próby na krew w kale (po dacie bezmiesnej) wybitnie dodatnie. Próba Salomona dodatnia: białko 0,10/00. N niebiałk. 0,11%, w osadzie 1 — 2 leukocyty w p. w., bakterie. W trakcie tych badań dn. 22.XII. przy obmacywaniu brzucha dał się wyczuć 2 — 3 palce nad pępkiem na l. środkowej i nieco w lewo walcowaty twór grubości dużego palca, długości ok. 4 cm. o nierównej dolnej powierzchni, ruchomy przy oddychaniu, chwilami ginący, dający się odprowadzić ku górze. Twór ten wyczuwał się w ciągu tygodnia, poczem stał się znów niemacalny, dając jedynie, jak na samym początku, wrażenie niewyraźnego oporu. Badanie rentgen. wykazało w części przedodźwiernikowej żołądka na dużej krzywiźnie ubytki i nieregularne ząbki, na małej — sztywność, wskutek czego niema ruchu robaczkowego w tej części żołądka; przechodzenie treści przez odźwiernik obfite. — A więc miało się do czynienia z tworem w części przedodźwiernikowej żołądka, tworem, który najprawdopodobniej jest rakiem. Podobny obraz kliniczny mogłaby dawać również kiła żołądka pod postacią gumkiaka rzekomonowotworowego (forme pseudocancéreuse), brak jednak kiły w wywiadach, brak jakichkolwiek objawów kiły w innych narządach, trzykrotny ujemny odczyn Wassermana w krwi (również po prowokacyjnym podawaniu jodu), wreszcie brak poprawy po podawaniu dużych dawek jodu przemawiają przeciwko możliwości kiły. Chory dostawał kwas solny z pesyną oraz na noc 0,01 morfiny w czopku. Samopoczucie dotychczas jest dość dobre, miał rzadko lekkie bóle w dołku. Morfologia krwi po 7 tygodniach bez zmian. Przeprowadziliśmy pewne badania celem wytlumaczenia mechanizmu obrzeków w tym przypadku: rozmieszczenie chloru we krwi w granicach normy (w osoczu 3,44%, w krwinkach 1,70%); ilość wapnia we krwi prawidłowa 11 mg.%, ilość cholesterolu niska 1.26/00; p. p. m. D = + 12, co dowodzi, że mechanizm obrzkowy w przypadku referentów jest całkiem niezależny od niedomogi tarczycy: ilość białka w surowicy wybitnie zmniejszona 4,15%, białko albumin 2,75%, białko globulin 1,4%, A : G = 1,96 (górna granica normy). Wybitnie zmniejszona ilość białka, którego cząsteczki stanowią we krwi aniony koloidowe, powoduje obniżenie ciśnienia koloido - osmotycznego krwi w kapilarach, a to znów ze swej strony zmniejsza zdolność przyciągania wody przez krew żylną i zwalnia prąd płynu z tkanek i układu szczelinowego do kapillarów żylnych. Stanowi to pewną gotowość obrzkową, jednak bardzo często sama hypoproteinemia nie wystarcza do wytworzenia obrzków, bo jak dowiódł Abraham i w ostatnich swych pracach nad skrobiawicą nerek, istnieją stany b. znacznej hypoproteinemii, przebiegające bez obrzków. U chorego demonstrowanego poza zmniejszeniem ciśnienia koloido - osmotycznego we krwi prawdopodobnie myśleć należy o zwiększonej przepuszczalności śródbłonnków kapillarów, wywołanej głębokimi zaburzeniami w przemianie białkowej. Być może, iż istnieje tu pewna analogia z t. zw. obrzękami głodowymi.

Przypadek pokazywany zasługuje na szczególną uwagę z punktu widzenia różniczkowo - rozpoznawczego, bowiem jako wczesny, rzec można, pierwszy objaw raka żołądka wystąpił rzekomy obraz niedomogi krążenia. Jako niewątpliwego czynnik w powstawaniu obrzków u naszego chorego zdołali referenci stwierdzić wybitną hypoproteinemję; co z nią jeszcze współdziałało, trudno z całą stanowczością powiedzieć. (streszczenie własne).

W dyskusji zaznacza Knappe, że przyczyną obrzków mogła być hydremja.

H. Higier uważa, że rak powoduje największe spustoszenia w ustroju tam, gdzie wywołuje on zaburzenia w pasażu pokarmów. Głuchawe tony serca mogłyby być uważane za objaw przeziębienia. Alkoholik ma prawo do zmian w sercu. *Achylia gastrica* może być objawem przewlekłego alkoholizmu. Wierzy w obrzęki rakowe nie tylko późno, lecz i wczesne, ujmowane częstokroć jako obrzęki idjopatyczne. Teocyna i dieta bezsolna niewiele pomagają w podobnych przypadkach. W poszukiwaniu etiologii obrzków należy zwracać uwagę na wiele czynników.

Do bryszyci zapytuje, jak się zachowywała w dalszym przebiegu dobowo ilość moczu i jego ciężar właściwy.

H. J. Landau uważa, że nie było właściwie wielu podstaw do przyjmowania niedomogi serca; nie było zmian w wielkości, ani w konfiguracji serca, nie było tachykardji, ani

sinicy. Głównym objawem, najbardziej rzucającym się w oczy były obrzęki i przeziębienie do jam ciała, które mogłyby budzić np. podejrzenie nerczycy. Ale podobnie jak badanie moczu pozwalało w ciągu kilku minut wykluczyć rozpoznanie nerczycy, tak samo najprostsze badanie czynnościowe serca (próba z przykłękaniem) pozwalało w krótkim czasie odrzucić podejrzenie niedomogi serca.

W odpowiedzi zaznacza Kaminier, że napozór wszystko przemawiało za niedomogą serca; ciche tony serca, lekko wyczuwalna wątroba i obrzęki. Jednakże próba czynnościowa serca i niski ciężar właściwy moczu pozwalały odrzucić to rozpoznanie. Wątroba mogła być powiększona wskutek zmian alkoholowych. Ciężar właściwy moczu w dalszym przebiegu dochodził do 1018. Obrzęki znikły pod wpływem diety bezsolnej, co dowodzi, że nie były one pochodzenia sercowego; wystarczyło dodać soli, by obrzęki się znów pojawiły.

Odczyt:

1) S. Kapaściński. *O cierpieniach alergicznych skóry* (będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

W dyskusji stwierdza Knappe, że badania spraw alergicznych skóry znajdują się w zarodku, istota tych spraw jest jeszcze niejasna, mętna. Jako internista, interesuje go sprawa szczerpień przeciwpłoniczych: chodzi w nich o uodpornienie skóry, a nie całego ustroju. Osobnik, uodporniony przeciwko płonicy, może mieć płonicę (z objawami ze strony gardła, z zapaleniem nerek i t. d.) lecz bez objawów skórnych. Szczepienia przeciwpłonicze nie dają całkowitego uodpornienia. Skórę należy traktować jako narząd sam dla siebie.

Brokman zauważa, że Pirquet obejmował nazwą alergii wszelkie zjawiska odpornościowe, dzisiaj ujmując się tą nazwą zjawiska, polegające na wzmożeniu oddziaływania. To, o czym mówił przedmówca dr. Knappe, są to zjawiska poszczepienne, niezwiązane z alergią, lecz z odczuleniem (antyanafilaksją). Kryteria Drowsa anafilaksji opierają się między innymi na możliwości przeniesienia biernego, lecz nie należy brać tego zbyt rygorystycznie, choć Bloch twierdzi, że doświadczony dermatolog odróżni, jaki czynnik wywołał wyprysk lub pokrzywkę. Zda się, że idiosynkrazja jako uczulenie dziedziczne nie istnieje; uczulenie może się odbyć również drogą przewodu pokarmowego (praca Morro wykazująca, że białko jaj kurzych, spożywane przez karmiaczkę matkę, może uczulić dziecko). Z rozpoznanych metod najpewniejszą jest metoda Urbach'a z Wiednia: polega ona na stosowaniu diety nieuczulającej z dodawaniem stopniowo coraz to nowych pokarmów, mogących spowodować uczulenie.

W odpowiedzi zaznacza Kapaściński, że nie można udzielić dr. Knappe mu odpowiedzi, będącej zupełnie pewną we wszystkich przypadkach. Uodpornienie skóry może prowadzić do uodpornienia całego ustroju — na tem polega ezofilaksja skóry (prace Hoffmanna nad ezofilaksją skóry w kile); uodpornienie może się odbywać drogą humoralną. *Immunitas* jest identyczna z alergią, odróżniamy je tylko pod względem klinicznym. Odporność antytoksyczna i alergja właściwa nie różnią się od siebie. Kryterium przeniesienia biernego jest najważniejszym dla pojęcia alergii: jeżeli się odrzuciło kryterium przeniesienia biernego, należałoby bardzo znacznie rozszerzyć pojęcie schorzeń alergicznych, gdyż crise hémoclasique i odczulenie są zjawiskami nieswoistymi. Pewne cechy zmian skórnych pozwalają odróżnić antygen, wywołujący je, lecz są to cechy wtórne (np. umiejscowienie, zabarwienie i t. d.), zasadnicze cechy są natomiast identyczne, niezależnie od alergenu. Przepuszczalność skóry i przewodu pokarmowego jest niezbędnym warunkiem alergii (Stormentz).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Sekcji Lekarskiej Śląskiego Towarzystwa Kultury Oczystej we Wrocławiu z dnia 4 marca 1932 r. (Klin. Wschr. N. 31, 1932) mówił Lieguer o *przemianie materji w wątrobie podczas ciąży i o stosunku jej do czynności trzustki*. Na początku ciąży zmniejsza się znacznie zawartość glikogenu w wątrobie króliczek, ku środkowi ciąży stopniowo się znów podnosi. W drugiej połowie ciąży następuje zrazu znów spadek, który należy położyć na karb czynnika głodu. Przemiana materji, zwłaszcza jeżeli chodzi o tłuszcz, wykazuje w pierwszej połowie ciąży krzywą, zachowującą się zupełnie odmiennie, niż u głodzonych nieciężarnych zwierząt. Zawartość tłuszczów w wątrobie pozostaje w bezpośredniej zależności od zawartości glikogenu. Jeżeli ta ostatnia zmniejsza się, tłuszcze zostają zmobilizowane i doprowadzone ze swych magazynów do wątroby. Ta mobilizacja następuje

szczególnie łatwo podczas ciąży. Rozbiór płodów wykazał zwiększającą się w miarę postępowania ciąży zawartość glikogenu, która jest niezależna od zawartości jego u matki oraz bardzo wysoką zawartość tłuszczów, która znajduje swe wytłumaczenie w stałej podaży ich przez krew matczyną. Przy histologicznym badaniu trzustek udało się wykazać w pierwszej połowie ciąży wyraźne zmiany w wysepkach. Zmiany w późniejszych okresach pozwalają wyrazić przypuszczenie, w jaki sposób zmiany ciążowe w aparacie wysepkowym ulegają zmianom wyleczeniu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Duesseldorfie z dnia 19 kwietnia 1932 r. (Klin. Wschr. N. 31, 1932), mówili *D u s c h l i J e p k e n s* o *patogenezie wrzodu żołądka i dwunastnicy*. Prelegenci zdawali sprawę z własnych badań na 300 wyciętych żołądkach z wrzodem, które porównywali z wyciętymi żołądkami normalnymi oraz żołądkami z rakiem. Zmiany chorobowe w nerwach żołądkowych były rzadkie. W 100% wyciętych żołądków znaleziono przewlekły niezbyt błony śluzowej, któremu jednak nie należy przypisywać znaczenia etiologicznego w patogeniezie wrzodu, gdyż znajdowano go również w żołądkach normalnych oraz z rakiem. Wiele okoliczności przemawiało za tem, że istniejący uprzednio

ny zewnętrzny sprzyjał chorobie wrzodowej; nie mogą one jednak wytłumaczyć pochodzenia wrzodu. Duże znaczenie należy przypisać czynnikom konstytucyjnym. W tym kierunku podtrzymuje zapalenie błony śluzowej żołądka. Przyczyną przemawiają występujące z reguły z wrzodem zmiany włóscinek błony śluzowej. Niezależnie od położenia w bliskości lub zdaleka od wrzodu badanych skrawków znajdowano rozległe wytwarzanie sieci w zakresie spłotów naczyniowych podnabłonkowych. Uderzające były obfite rozgałęzienia poszczególnych włóscinek i wystąpienie poprzecznych połączeń. Podkreślić należy wahania w ich kalibrze, przede wszystkim w przejściowych zwojach ramienia tętniczego w żyłne. Podział naczyń w żołądkach rakowych i normalnych jest natomiast dość podobny i różni się z reguły zasadniczo od stosunków w żołądkach z wrzodem. Dająca się zawsze stwierdzić klinicznie skaza naczynioruchowa, mająca swoje podłoże anatomiczne w opisanych powyżej zmianach włóscinkowych, przedstawia zasadniczy warunek w całym zespole wewnątrz i zewnątrzpochoďnych możliwości powstawania wrzodu. Odpowiednio do ogólnej stygmatyzacji chorych z wrzodem upatrują prelegenci w opisywanych zmianach ograniczoną morfologicznie uchwytą gotowość chorobową do wytwarzania wrzodu.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

W walce ze śmiercią i djabłem *).

P o d a ł

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Niedawno czytaliśmy na łamach „Czasopisma” uwagi o nikłym dotychczas udziale lekarzy w przebudowie życia społecznego; stwierdzono tam, jak daleko obecnie lekarzom do tego, aby stali się w myśl zdania *G l a d s t o n a* „przewodnikami ludów”, aby się „twórczo przyczynili do bezbolesnych narodzin nowego, lepszego i sprawiedliwszego życia, chroniąc ludzkość od zwyrodnienia ducha i ciała w katastrofalnych walkach bratobójczych”.

Rzeczywistość dowodzi raczej czegoś wręcz przeciwnego. W ostatnim czasie dowiedzieliśmy się z pism o masowym oświadczeniu się lekarzy niemieckich za programem *H i t l e r a*. W ciągu kilku lat ostatnich brałem niejednokrotnie udział w odbywających się corocznie międzynarodowych kongresach pokoju; ale na palcach można tam było policzyć członków-lekarzy. Można powiedzieć, że jak we wszystkich innych dziedzinach, tak i w medycynie współczesna mechanizacja pociąga za sobą upadek ideologii; wszak dawniej inaczej bywało.

Oto w pamiętnym roku „wiosny ludów”, w roku 1848-ym, młody, dwudziestosiedmioletni wówczas docent anatomii patologicznej *Rudolf V i r c h o w* zostaje przez rząd pruski wydelegowany na Górny Śląsk, jako pomocnik królewsko-pruskiego radcy lekarskiego dla zbadania wybuchłej tam epidemii tyfusu brzuszego. *V i r c h o w* objeżdża kraj, rozgląda się, rozpytuje, dokonywa sekcji, a po powrocie w ciągu pięciu dni pisze obszerne systematyczne niezmiernie sprawozdanie. Obok wysoce naukowych wywodów znajduje się tu takie zdanie: Górnoślązak w ogólności nigdy się nie myje, lecz pozostawia to opiece Nieba, aby ciało jego od czasu do czasu za pomocą obfitego deszczu uwalniało od skorupy brudu”. Jakie środki proponuje młody uczony dla

zwalczenia epidemii? „Nie idzie tu o jednostki, zadaniem naszym jest tu kultura półtora miliona naszych współobywateli, którzy znajdują się na najniższym stopniu upadku moralnego i fizycznego.” Lekarz niemiecki *V i r c h o w* żądał w r. 1848 reform społecznych, reorganizacji narodowej, nowych dróg dla rolnictwa i hodowli bydła, żądał ulic i fabryk, wolności pracy i zatrudnienia dla każdego, samorządu gminnego, usunięcia przywilejów i władzy feudalnej magnatów, sprawiedliwych podatków i chleba. A obok tego żądał on dla górnoślązaków prawa do własnego języka, żądał polskich nauczycieli, polskich książek, polskich urzędników, a najlepiej będzie, wołał, gdy zwrócicie ich tam, dokąd ze względu na swe właściwości należą, gdy zwrócicie ich Polsce!...

W końcu swego sprawozdania umieścił *V i r c h o w* następujące, niezmiernie dziś aktualne zdanie: „Stulecie nasze rozpoczyna okres postępu społecznego i głównym przedmiotem jego działalności nie może być nic innego, jak doprowadzenie do możliwie najmniejszych rozmiarów zmaszynowania zajęć ludzkich...”

W tymże miesiącu marcu 1848 roku *V i r c h o w* bierze żywy udział w uniwersyteckim ruchu rewolucyjnym. Myśli, które wówczas panują w jego umyśle, znajdują swój wyraz w wydawanym przez niego piśmie „*Medizinische Reform*”, gdzie omawia i projektuje urządzenia społeczne, które zdołały się urzeczywistnić dopiero po upływie dwóch pokoleń. Występuje on więc za utworzeniem państwowego ministerjum zdrowia, za wprowadzeniem wykładów higieny we wszystkich szkołach, za ustanowieniem izb lekarskich i wolnego wyboru lekarza, kas chorych, ubezpieczenia invalidów i ośmiogodzinnego dnia pracy, omawia zagadnienia medycyny sądowej i umysłowo chorych przestępców.

Rudolf V i r c h o w, ten obok *G a l e n a* i *H i p o k r a t e s a* największy systematyk medycyny, potrafi być niezmiernie czynnym członkiem rady miejskiej Berlina i posłem na sejm pruski. Kiedy król pruski powołał do steru rządu „najdzikszego ze wszystkich junkrów” — Bismarcka, który wielkie zagadnienia czasu rozstrzygać chce krwią i żelazem, *V i r c h o w* staje do parlamentarnego pojedynku z nim w imię

*) *Rudolf T h i e l* „Männer gegen Tod und Teufel. Aus dem Leben grosser Aerzte”. Berlin 1931.

swych demokratycznych i ogólnoludzkich ideałów, a nawet dochodzi między nimi do wyzwania.

„O życiu uczonego oprócz pism jego nic nie jest wiadome, jak tylko rok jego urodzenia i śmierci. Tak powiedział o sobie mistrz V i r c h o w a, Johannes M ü l l e r, który po pięćdziesięciu siedmiu latach życia pozostawił po sobie 20 książek i 247 większych i mniejszych rozpraw, i który stworzył podstawy nowożytnej fizjologii. Ale innego jest zdania Rudolf T h i e l, który, idąc za współczesnym prądem w piśmiennictwie, wzorem L u d w i g a, M a u r o i s i n., dał w szeregu szkiców charakterystyczne rysy z życia wielkich twórców medycyny. Nie szło autorowi o napisanie suchych życiorysów, lecz o dobranie i uwypuklenie faktów z ich życia, które pozwoliłyby dać pojęcie o istocie indywidualności danego uczonego czy działacza, a przede wszystkim — bojownika. Wszyscy oni bowiem byli bojownikami w tej wielkiej walce „ze śmiercią i diabłem“, która wciąż jeszcze rozgrywa się na świecie.

W książce T h i e l a przesuwają się przed nami postaci najwybitniejszych medyków i lekarzy od V e s a l i u s a i P a r a c e l s a do J e n n e r a, L a e n n e c a i V i r c h o w a.

Doktor Johann W e y e r, którego życie przypa-
dło na wiek szesnasty, ma wciąż do czynienia z diabłem, czarownicami i opętaniami. Ostrożnie lub śmiało, to chytrą, to protekcją stara się on wyrwać ofiary ciemnoty i zabobonu z rąk oprawców, tłómaczy, jak może, książętom i sędziom, gdzie może, tam leczy z powodzeniem istotną chorobę. W roku 1562 wydaje Johann W e y e r swe dzieło o obłądnie czarowniczym, księgę śmiałą, odważną, która była wyzwaniem, rzuceniem całemu ówczesnemu światu. Świadomy był autor dzieła, że stanie się przedmiotem nienawiści i oszczerstw. Wiedział, że teologowie wszczynać będą hałas o to, że medyk nie powinien objaśniać biblij; że prawnicy będą wymyślać, że wszedł on w ich prawa; ale pragnął on „nieustannie wskazywać swym ciemnym czasem jasną prawdę“.

Johann W e y e r pragnie przede wszystkim rozprawić się z diabłem, odebrać mu wszechwładzę. Chce on wypędzić strach przed czarnoksięstwem, a uprawiających tę sztukę nazywa bezczelnymi oszustami. Staje w obronie czarownic, tych nieszczęśliwych ofiar ciemnoty i zabobonu: „Jeżeli ciągniesz na stos czarownicę — woła świątły i pełen odwagi lekarz do współczesnych sobie sędziów — to jest ona albo jeszcze w pętach szatana, albo też bezmierne miłosierdzie Boskie jej przebaczyło. W pierwszym wypadku nie powinienes jej zabijać, gdyż zamordowałbyś nierozgrzeszoną duszę. W drugim zaś wypadku — kto daje ci prawo męczyć jej ciało, gdy przebaczył jej już Sędzia wszystkich Sędziów?“ Tak walczy doktor W e y e r z ciemnotą, i opowiada przytem tysiąc bajek swych czasów od Belzebuba do doktora Fausta.

Ale głos Johanna W e y e r a jest głosem wołającego na puszczy, który jest bardziej jeszcze samotnym, aniżeli to sam przypuszczać może. Gdy umiera naturalną śmiercią, i to tylko dzięki opiece swych możnych protektorów, to jeden z kolegów jego poświęca mu następujące słowa: „Był on poświęcony we wszystkie kunszty czarownic, był czarodziejem, trucicielem, synem diabła. O gdyby się był nigdy nie rodził, nie byłby pisał! A teraz przekłęta jego księga wzmacnia władzę szatana na świecie!“

Wkrótce po jego śmierci ciemnota powszechna

połknęła jedyną promieniującą gwiazdę, wszędzie panują tortury, kaci i stosy. Ostatnią czarownicę spalono dopiero w roku 1782-im.

Równie ciężko walczy z ciemnotą swych czasów „szalony anatom“, współczesny W e y e r o w i Andrzej V e s a l i u s. Dla stworzenia swego nieśmiertelnego dzieła „*Corporis humani fabrica*“ musiał on w nocy podkładać się pod szubienice i kraść trupy straconych przestępców, w tajemnicy najgłębszej u siebie w domu musiał preparować kości szkieletu. W końcu jednak nie zdołał uniknąć i on siepaczy inkwizycji, a od śmierci uratowała go łaska Filipa II...

Gdy pięćdziesięcioletni William H e r v e y ogłosił w r. 1628 swoje „*De motu cordis et sanguinis*“, niewielką książkę, którą rozpoczął mając lat 25, a która dziś po 300 latach nie uległa przedawnieniu, musiał wydać ją w Frankfurcie, gdyż w Londynie nikt nie chciał jej drukować. Współcześni „krążenie krwi“ uznali za kłamstwo i błaźństwo, i gdyby H a r v e y nie był przybocznym lekarzem króla, to byłby zupełnie stracił powodzenie wśród pacjentów.

Z innym demonem walczy młody akuszer wiedeński Ignacy S e m m e l w e i s. Demonem tym jest gorączka połogowa. Na pierwszej klinice położniczej Powszechnego Szpitala w Wiedniu pada ofiarą gorączki czterysta kobiet rocznie, podczas gdy tuż obok, w tym samym domu na oddziale akuszerki było w ostatnim roku tylko sto wypadków gorączki; ten sam materiał chorych, ta sama bielizna, ta sama kuchnia! Tam gdzie jest opieka lekarska, tam umiera dziesięć położnic na sto, tam gdzie pracują akuszerki — tylko dwie do trzech! S e m m e l w e i s staje się fanatykiem: nie może pozbyć się nadziei, że uda mu się odkryć jad, który wywołuje gorączkę. I nareszcie przychodzi rok 1847, rok powstania antyseptyki. S e m m e l w e i s pojął, że gorączka połogowa to nie *genius epidemicus*, to zakażenie krwi, które wytwarza się w gnijących tkankach; gdy dostaje się do krwi, ustrój musi umrzeć. A do krwi położnic dostaje się z krwawiących narządów rodnych przez badającego i niosącego pomoc lekarza!

Przed S e m m e l w e i s e m staje w pełni cała okrutna rzeczywistość; on sam był mordercą tych setek ginących matek... Wtedy zaczyna on doświadczenia — jak zniszczyć jad. I oto rozczyn chloru święci swój pochod tryumfalny w klinice, zapoczątkowuje antyseptykę.

Ale walka z demonem jeszcze nie skończona; S e m m e l w e i s spotyka wielu przeciwników i wrogów. Tembardziej, że w r. 1848 bierze udział w ruchu rewolucyjnym. Zostaje bez powodu zwolniony z kliniki, wykluczony z biblioteki i otrzymuje z ust dyrektora ostrzeżenie, że ogłoszenie raportów szpitalnych będzie uważał za denuncjację.

S e m m e l w e i s walczy dalej o słuszność swej idei; osiada w rodzinnym Budapeszcie i pisze w obronie swej nauki książkę. „Mordowanie musi się skończyć! — woła — a aby się skończyło, będę sam pilnował! Każdy, kto się odważy rozpowszechniać niebezpieczne brednie o gorączce połogowej, znajdzie we mnie bezwzględnego przeciwnika. Niema dla mnie innego środka, aby zatrzymać dalsze morderstwa, jak bezwzględne demaskowanie moich przeciwników!“

Nareszcie zostaje kierownikiem kliniki uniwersyteckiej; ale walka z demonem gorączki połogowej trwa dalej. Dopiero w r. 1865 osiągnięte zostaje zupełne zwycięstwo; wszyscy dawniejsi przeciwnicy przyznają mu słuszność. Nawet V i r c h o w uznaje, że się mylił.

Ale jest już zapóźno; S e m m e l w e i s wpada w objęd umysłowy i umiera z zakażenia krwi.

O takich to przedstawicielach medycyny opowiada książka Rudolfa T h i e l a. Byli oni ludźmi natchnienia i zapału, czynu i fanatyzmu. Na ich przykładach stara się autor dowieść, że, jak to już twierdził G o e t h e, w historii trzeba się przedewszystkiem doszukiwać człowieka.

A przytem uderza w nich jeszcze jedna właściwość. Nie byli to przeważnie ludzie o jednostronnej umysłowości; żywo reagowali na zagadnienia społeczne, polityczne czy nawet literackie. Oto taki Albrecht v o n H a l l e r z Berna (1707 — 1777) był jednocześnie medykiem, matematykiem, botanikiem, alpinistą i poetą. Mając lat dziewięć napisał już słownik wyrazów greckich i hebrajskich, w wieku lat dwunastu stworzył gramatykę chaldejską i posiadał wypisy z dwóch tysięcy biografij; jako lekarz zajmuje się bibliotekarstwem, anatomją, fizjologią i filozofją; jest prezydentem akademii, radcą magistratu, dyrektorem salin, ministrem zdrowia, romansopisarzem. Korespondencja jego z 1.200 ludźmi obejmuje 13.000 listów; liczba jego dzieł dochodzi 136 i obejmuje trzydzieści grubych tomów.

Jak wielki miała medycyna związek z całokształtem wiedzy ludzkiej, jak dalece złączona ona jest i obecnie ze wszystkimi przejawami życia publicznego — tego dowodem jest choćby organizacja nowoutworzonego w r. 1931 Berlińskiego Instytutu historii medycyny i nauk przyrodniczych*).

Biblioteka Instytutu, złożona z 20.000 tomów, mieści nie tylko wszelkie możliwe, stare i nowe podręczniki ze wszystkich gałęzi medycyny i nauk przyrodniczych, ale również i najważniejsze czasopisma historyczne, medyczne i przyrodnicze, a obok tego i najważniejsze organy prasy politycznej. Zrobiono to, aby móc poznać stanowisko tych pism politycznych względem zagadnień wiedzy współczesnej i aby zobaczyć, jak bezmiernie wielostronnie medycyna i nauki przyrodnicze zarówno w przeszłości jak i teraźniejszości złączone są z wszelkimi przejawami życia społecznego. Nie trzeba dodawać, że w programie prac Instytutu leży opracowywanie życiorysów pełnych charakteru postaci z dziejów medycyny i propagowanie ich drogą odczytów.

*) Por. prof. Paul D i e p g e n „Die Aufgaben und Ziele des Institutes“. Klin. Woch. 1931 Nr. 6.

Wiadomości bieżące

— Komisja Zdrojowa Druskienik wydała broszurę (str. 74) pod tytułem Druskieniki Zdrojowisko nad Niemnem, opracowaną zbiorowo przez Radę Naukową i Lekarzy Zakładu Zdrojowego. Ja!; zaznacza w przedmowie Rada Naukowa celem wydania broszury nie jest chęć reklamowania Druskienik, lecz dążenie do „uświadomienia szerszego ogółu lekarzy co do położenia, klimatu, bogactw naturalnych i urządzeń leczniczych“. Bardzo dobrze napisana broszura odróżnia się, przynajmniej należy, dodatnio od wielu innych tego rodzaju prac i składa się z części ogólnej, omawiającej położenie i właściwości lecznicze, i szczegółowej, traktującej o leczeniu rozmaitych chorób w Druskienikach.

Z broszurą winien bezwarunkowo zapoznać się szerszy ogół lekarzy.

— Piszą nam ze Lwowa:

W związku z likwidacją lecznictwa Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie zwinęto równocześnie jedyny polski ośrodek chorób zawodowych, który rozwijał bardzo żywą działalność leczniczą i naukową z korzyścią dla ubezpieczonych, pracodawców, finansów Kas Chorych. Świat lekarski traci w ośrodku tym ważną placówkę lekarską i społeczno - naukową.

— W lipcu wygłosił swój pożegnalny wykład prof. G. K l e m p e r e r, opuszczający swe stanowisko z powodu przekroczenia wieku. Wykład był poświęcony leczeniu gruźlicy.

— Minister oświaty w Prusiech wydał w maju r. b. okólnik, którego mocą świadectwa urzędowe o stanie zdrowia nauczycieli winny opierać się, jeśli idzie o stan płuc, na wynikach badania promieniami R o e n t g e n a.

— Dnia 6 do 8 października odbędzie się XI Posiedzenie Towarzystwa chorób trawienia i przemiany materji we Wiedniu pod przewodnictwem prof. F a l t y. Program tymczasowy jest następujący: Czwartek dn. 6. IX. Referaty o wchłanianiu kiszkowym i pozakiszkowym (G. M a n s f e l d, N o n n e n b r u c h, C l a i r m o n t). Piątek 7. IX. — Referat o insulinie i cukromoczu (H. S t a u b, G. H e r x h e i m e r, W. F a l t a). E. U r b a c h — leczenie chorób skórnych pochodzenia pokarmowego. Sobota 8. IX. — referaty o zachorzeniach odbytnicy i esicy (M a r e s c h, F i s c h e r, S t r a u s s, M e y e r). J. F i e b i g e r — o pasożytach kiszkiowych. Zgłoszenia w sprawach naukowych przyjmuje prof. W. F a l t a, Wiedeń IX. Frankgasse 2. Zgłoszenia udziału przyjmuje sekretarz generalny prof. K. v. d. V e l d e n — Berlin W. 30. Bamberger str. 49. Kolejne austriackie udzielają uczestnikom opustu 25%. Karta uczestnictwa kosztuje 15 szyl. austr. lub 10 mk. niem.

— Za zgodą ministra zdrowia utworzono w Anglii komisję, która ma zbadać sprawę sterylizacji chorych umysłowo i zestawić wyniki doświadczenia innych krajów.

— Z m a r ł w Niemczech znany specjalista chorób dzieci prof. Artur S c h l o s s m a n n, znany ze swych badań nad przyczynami śmiertelności dzieci. Pierwszy zwrócił on uwagę na wielką w tym względzie ważność karmienia niemowląt piersią. Z innych prac jego znane są jego badania nad krzywicą. Wielkiem rozpowszechnieniem się cieszyły się jego: książka o pielęgnowaniu dziecka w pierwszych dwóch latach życia, podręcznik chorób dzieci (wraz z P f a u n d l e r e m) i podręcznik higieny społecznej (wspólnie z T e l e k y m i G o t t s t e i n e m).

TRZĘŚĆ: H. PUSZET. O Jod-Basedowie. — M. GOLDBAUM. Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gośca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul“. — Z. KURLANDSKI. Uodparnianie przeciwko odrze. (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — S. KRAMSZTYK. W walce ze śmiercią i djabelem. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. PUSZET. Sur l'iod-basedow. — M. GOLDBAUM. Des nouvelles observations sur le traitement du rhumatisme de la goutte et des neuralgies par les vaccinations cutanées „cutivaccin Paul“. — Z. KURLANDSKI. L'immunisation contre la rougeole (Rev. gén.) -- S. KRAMSZTYK. La lutte contre la mort et le diable.