

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XII

WARSZAWA, 5 WRZEŚNIA 1935 R.

Nr. 33

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Wiedeńskiego.
(Dyrektor: Prof. Dr. H. E p p i n g e r).

Rola skrzywień kręgosłupa w powstawaniu choroby wrzodowej odcinka żołądkowo-dwunastniczego.

Podał

Dr. med. Ignacy PINES (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 31-32)

Wobec tych obserwacji, przemawiających za udziałem czynników mechanicznych pozażołądkowych w wytwarzaniu się wrzodu okrągłego, należało dokładnie zbadać stosunki anatomiczno-topograficzne nadbrzusza w warunkach normalnych i patologicznych i określić, które z narządów sąsiednich i w jakich razach zdolne są wywrzeć ucisk na najbardziej do wrzodu dysponowane odcinki żołądka lub dwunastnicy. W tym więc kierunku poszły badania anatomiczne A s c h o f f a i jego szkoły, C. R o h d e g o, H i t z e n b e r g e r a i R e i c h a oraz studja, dokonane przy pomocy badań rentgenowskich przez G. S c h w a r t z a i K. H i t z e n b e r g e r a.

L. A s c h o f f wykazał w przebiegu odcinka żołądkowo-dwunastniczego szereg cieśni i zwężeń, wywołanych przez przyleganie narządów sąsiednich. Cieśni takich istnieje cztery, t. j. w kolejnym porządku: 1) przeponowa w miejscu przejścia przełyku, 2) śledzionowo-wątrobową, 3) trzustkowo-wątrobową i 4) kręgosłupowo-trzustkowo-wątrobową.

C. R o h d e zajął się stosunkami topograficznymi dwunastnicy, przyczem wskazał, że jej górny poziomy odcinek z reguły wykazuje dwa typowe zwichnięcia. Pierwsze, wybitniejsze odpowiada uciskowi trzustki od tyłu, od przodu zaś — lewego płata wątroby; drugie, naogół mniej silnie wyrażone wytwarza się w miejscu przejścia dwunastnicy w jej część zstępującą i zależy od ścisłego przylegania od przodu pęcherzyka żółciowego, od tyłu zaś więzadła wątrobowo-dwunastniczego. W razie wypełnienia żołądka stosunki zmieniają się o tyle, że część odźwiernikowa żołądka wsuwa się w pierwsze zwichnięcie, położone między wątrobą i trzustką, zaś pęcherzyk żółciowy uciska na dwunastnicę w pobliżu odźwiernika. R o h d e przypuszcza, że ucisk, wywierany na dwuna-

stnicę, względnie na żołądek przez przylegające narządy, odgrywa poważną rolę w patogenezie wrzodu okrągłego. Jako momenty pomocnicze wylicza on akcję przepony i tłoczni brzusznej w czasie oddychania, wątrobę sznurową, pracę w zgiętej pozycji, lordozę i skoljozę dolnej części piersiowego i górnej lędźwiowego kręgosłupa, ucisk przez guzy nadbrzusza, zawartość kamieni w pęcherzyku żółciowym i t. d.

H i t z e n b e r g e r i R e i c h ustalili, że już w warunkach normalnych u ludzi w pozycji leżącej kręgosłup, *respective* trzustka uciska na żołądek; w 50% przypadków bezpośrednio lub po wciągnięciu brzucha udało się wykazać w bocznym zdjęciu albo prześwietleniu typowe, głębokie wcięcie profilu żołądka, dokładnie odpowiadające miejscu ucisku przez przedni ostry kant trzustki. Badania te udało się potwierdzić również anatomicznie. Jak wiadomo, dno żołądka leży w lewym podżebrzu i wypełnia je całkowicie z wyjątkiem nieznacznej jego części, zajmowanej przez śledzionę i lewą nerkę. Ku dołowi jednak objętość części podżebrza lewego, wypełniana przez żołądek, maleje wobec dość znacznej lordozy lędźwiowego kręgosłupa i grubych wałów mięśniowych mięśnia kwadratowego lędźwi i *m. ileopsoas*; oprócz tego na tym poziomie zajmują przestrzeń: lewa nerka i trzustka. Przedni kant trzustki wpukla się z reguły w tylną ścianę żołądka i jest przyczyną charakterystycznego, fizjologicznego wcięcia, występującego w profilowym obrazie żołądka; jeśli na zwłokach odciągnąć śledzionę i lewą część klatki piersiowej do tyłu, napina się przedni kant trzustki i silniej wpukla się w tylną ścianę żołądka. Tego rodzaju przemieszczenie dokonywa się za życia pod wpływem wciągnięcia brzucha i rozszerzenia dolnego otworu klatki piersiowej.

S c h w a r z przeprowadził dokładne studja i obserwacje w licznych przypadkach wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy. Z jego spostrzeżeń wynika, że ucisk na żołądek gra rolę decydującą w powstawaniu choroby wrzodowej, wyjaśnia zawsze typową lokalizację i rozstrzyga o częstości występowania tej choroby u obu płci. Zagadnienie naczelnie w patogenezie wrzodu stanowi również i według tego autora nie powstawanie ostrych uszkodzeń pokrytej jednorzędowym nabłonkiem i niezmiernie łatwo ranliwej błony śluzowej żołądka, ale

brak gojenia się ubytków w określonych miejscach żołądka i dwunastnicy, usposobionych do wytwarzania się wrzodu okrągłego. S c h w a r z zwrócił uwagę poza czynnikami, wyżej przytoczonymi (rola t. zw. „ulicy żołądkowej” w przeprowadzeniu pokarmów, ubóstwo małej krzywizny w fałdy, silne umocowanie małej krzywizny do narządów sąsiednich, ciasnie wewnątrz - żołądkowe i t. d.), na rolę t. zw. talji w rozwoju wrzodu okrągłego. Przez talję rozumiemy głęboką brózdę, przebiegającą przez brzuch mniej więcej w jego połowie, wywołaną zapadaniem się miękkich części przedniej ściany brzusznej, rozpiętych między dolnym otworem klatki piersiowej i kośćmi miednicy. Talja brzuszna jest wobec szerokości kobiecej miednicy wybitniej zaznaczona u kobiet; pogłębia się ona wraz z wychudzeniem, maleje lub znika wraz z otluszczeniem. Ucisk talji wzmacnia się w znacznym stopniu w razie wciągania brzucha, siedzenia w pozycji zgiętej i t. d. W okolicy talji żołądek zostaje ujęty w potężne kleszcze, których przednie ramię stanowi talja, tylne zaś twarde podłoże trzustkowe. U mężczyzn u ludzi otyłych o żołądku poziomym w kształcie rogu ucisk talji wywołuje uniesienie całego żołądka, przyczem części przyodźwiernikowe ulegają wtłoczeniu do opisanej przez A s c h o f f a ciasni trzustkowo - wątrobowej; u kobiet i u asteników z długim nakowatym żołądkiem na ucisk talji narażona jest głównie środkowa część małej krzywizny. Odpowiednio do tego spotykamy u mężczyzn głównie wrzody odźwiernika, u kobiet wrzody środkowej części żołądka. Większą częstość wrzodów okrągłych środkowej części żołądka u mężczyzn po wojnie przypisuje autor znacznemu wychudnięciu pacjentów i opuszczeniu się żołądka wskutek spadku ciśnienia wewnątrzbrzuszego. Jeśli w jednym i tym samym żołądku powstają dwa wrzody okrągłe odpowiednio w części środkowej małej krzywizny i w części przyodźwiernikowej, to trzeba przypuszczać, że tu opuszczenie się odźwiernika nie było tak znaczne, aby uwolnić go od wpływu uciskowego talji brzusznej.

Według autora występowanie niszy w 90% przypadków w tym miejscu krzywizny małej, które odpowiada przebiegowi talji, musi być zależne od czynników mechanicznych.

W zgodzie z temi spostrzeżeniami S c h w a r z a stoją badania anatomiczne H i t z e n b e r g e r a i R e i c h a oraz prace kliniczne i rentgenologiczne S c h ü t z a i H i t z e n b e r g e r a. Wspominałem już, że H i t z e n b e r g e r i R e i c h stwierdzali w profilowym obrazie zdrowego żołądka, uzyskany w leżącej pozycji pacjenta, w 50% przypadków wnękę, którą określili jako t. zw. physiologischer Sanduhrmagen.

Ponieważ wnęka ta z reguły nie występuje w pozycji stojącej, jest rzeczą jasną, że powstawanie jej należy przypisać sile ciężkości, pod której wpływem przednia ściana żołądka ulega mniej więcej w połowie jej przebiegu przyparciu do tylnej ściany i do części pod nią leżących, a więc do trzustki i kręgosłupa.

Już zatem w warunkach normalnych możemy się liczyć do pewnego stopnia z uciskiem kręgosłupa i szczególnie przedniego kantu trzustki na wypełniony żołądek, przynajmniej w pozycji leżącej pacjenta. Ucisk ten staje się wielokrotnie silniejszy we wszystkich przypadkach, w których zachodzą duże nieprawidłowości przebiegu kręgosłupa, np. wybitna lordoza lub skoljoza części lędźwiowej. Proste spostrzeżenie kliniczne w połączeniu z badaniem chorego promieniami R o e n t g e n a wykazuje, że ucisk kręgosłupa, udzielający się żołądkowi i dwunastnicy poprzez trzustkę, odgrywa dużą rolę w

powstawaniu i lokalizacji wrzodu okrągłego w obrębie odcinka żołądkowo - dwunastniczego.

W roku 1920 przedstawił H i t z e n b e r g e r na posiedzeniu towarzystwa medycyny wewnętrznej w Wiedniu wyniki badań rentgenologicznych w 12 przypadkach anomalji przebiegu kręgosłupa z jednoczesnym wrzodem okrągłym w odcinku żołądkowo - dwunastniczym. Najczęstsze nieprawidłowości górnej części lędźwiowej i dolnej piersiowej kręgosłupa stanowią wybitniej, niż w normie, zaznaczone lordoza albo skoljoza lewostronna.

Okazało się, że w przypadkach lordozy stwierdzamy z reguły wrzód okolicy przyodźwiernikowej, podczas gdy w przypadkach skoljozy lewostronnej nisza występuje mniej więcej w połowie krzywizny małej.

Od czasu odczytu H i t z e n b e r g e r a mieliśmy możność spostrzegania kilkudziesięciu przypadków choroby wrzodowej u pacjentów, wykazujących skrzywienie kręgosłupa lędźwiowego ku przodowi lub w lewą stronę. Za każdym razem choroba była od początku przewlekła, wykazywała niezwykłą uporczywość, nigdy nie udało się osiągnąć pełnego wygojenia wrzodu. Na uwagę zasługuje fakt, że wrzód okrągły lokalizuje się w tych przypadkach ściśle w miejscu krzyżowania się szczytu wypukłości skrzywienia kręgosłupa z krzywizną małą lub z okolicą przyodźwiernikową. W naszym materiale były również przypadki, w których, mimo wywiadów całkowicie typowych dla choroby wrzodowej i mimo istnienia skrzywień kręgosłupa znacznych rozmiarów, nie udawało się wykryć pewnych rentgenowskich oznak wrzodu okrągłego. Późniejsze jednak badania zawsze wykazywały obecność niszy w obrębie krzywizny małej lub opuszki dwunastnicy.

Jako przykład posłużą mi trzy w rozmaitym czasie spostrzegane przypadki.

P r z y p a d e k I.

Chory Mathias P. Wiek 37 lat. Zgłasza się do kliniki poraz pierwszy 7.III.1934 r.

Wywiady: bóle w nadbrzuszu o charakterze kurczowym, kwaśne odbijania. Bóle występują w kwadrans po jedzeniu, promieniują w lewo.

Badanie przedmiotowe: twarz chorego blada, skrzywienie kręgosłupa średniego stopnia: w obrębie górnej części piersiowej w prawo, w obrębie dolnej części piersiowej i części lędźwiowej w lewo. Głęboka brózdka na poziomie środkowej części brzucha (talja brzuszna). W obrębie tej brózdki punkt uciskowy wlewo od środkowej linii ciała. Odruchy skórne w lewej połowie brzucha wybitniejsze, niż po stronie prawej. Bóle ustępują po podaniu choremu alkaliu.

B a d a n i e k r w i: czerwone ciała krwi 4,500,000. Hemoglobina (S a h l i) 84%. Wskaźnik barwnikowy 0,93.

B a d a n i e t r e ś c i ż o łą d k o w e j (po próbnym śniadaniu B o a s a - E w a l d a): kwasowość całkowita 66, wolny kwas solny 34.

B a d a n i e k a l u n a k r e w u t a j o n a: wynik dodatni.

B a d a n i e p r o m. R o e n t g e n a: skośne ułożenie żołądka, który w swej części środkowej krzyżuje się z kręgosłupem. Nisza wielkości ziarna grochu na małej krzywiznie, dokładnie w tem miejscu, w którym krzywizna mała dotyka wypukłości skrzywienia kręgosłupa.

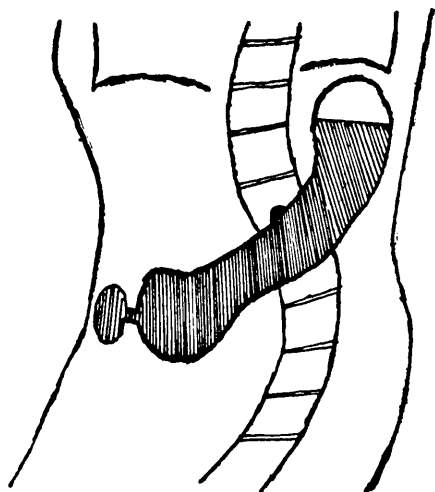
Chory zgłasza się poraz drugi do kliniki dn. 1.VI.1935 r. Stan chorego nie uległ zmianie. Dolegliwości mają charakter bardzo intensywny, co jakiś czas ciągle ponawiają się.

P r z y p a d e k II.

Hans S., w wieku lat 36.

Wywiad: silne bóle w nadbrzuszu o charakterze

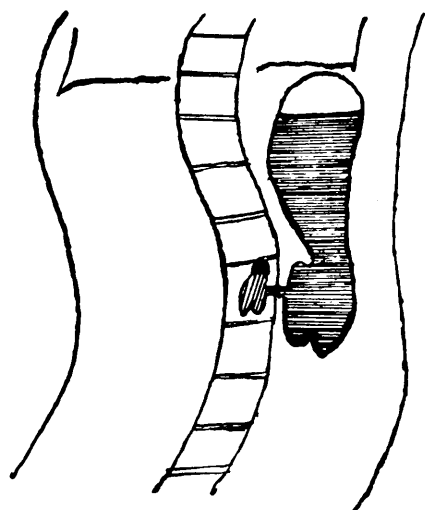
kurczowym, promieniujące wprawo. Bóle występują w 2 do 4 god. po jedzeniu. Zgaga. Kwaśne odbijania.



Badanie przedmiotowe: wygląd chorego — dobry, stan odżywiania — niezły, skrzywienie części piersiowej kręgosłupa wprawo, części lędźwiowej wlewo. Odruchy skórne silniejsze w prawej połowie brzucha. Punkt uciskowy w linii środkowej ciała.

Badanie krwi: czerwone ciałka krwi 5,200,000 *). Hemoglobina (Sahl): 110. Wskaźnik barwnikowych: 1,0.

Badanie treści żołądkowej: kwasowość całkowita 85, wolny kwas solny 60



Badanie stolca na krew utajoną: wynik ujemny.

Badanie promieniami Roentgen: niezwykle ułożenie żołądka, który znajduje się w całości po lewej stronie kręgosłupa. Żołądek wykazuje hipersekrecję i hiperperystaltykę. Wskutek nieprawidłowości ułożenia żołądka opuszka dwunastnicy przypada na wypukłość skrzywienia kręgosłupa. W obrębie opuszki dwunastnicy stwierdza się nieznaczne wielkości ziarna soczewicy, naprzeciw zaś tej niszy widoczne jest wciągnięcie ściany opuszki (Sanduhreinziehung).

Historja choroby trzeciego pacjenta wydaje nam się szczególnie uderzająca.

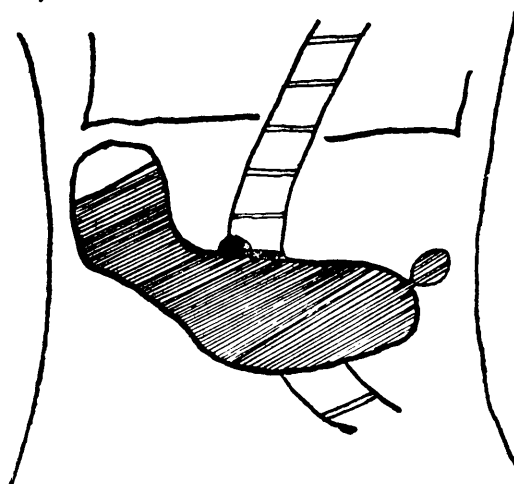
Przypadek III.

Marja K. Wiek 35 lat. Wywiady typowe dla choroby wrzodowej.

Badanie przedmiotowe: skrzywienie krę-

gosłupa znacznych rozmiarów. W tym przypadku jednak dolna część piersiowej i lędźwiowa część kręgosłupa skrzywione są wlewo, tak, że przestrzeń nadbrzusza, wypełniona przez żołądek i opuszkę dwunastnicy, wydaje się większą, niż normalnie.

Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazuje jednak, że u chorej istnieje t. zw. *situs inversus* narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej, i że kręgosłup uciska na żołądek ściśle w tem miejscu, w którym można było dostrzec wyraźną niszę.



I w tym zatem nietypowym przypadku musimy przypisać znaczną rolę w powstawaniu wrzodu czynnikom mechanicznym t. j. uciskowi żołądka przez kręgosłup.

Spostrzeżenia moje potwierdzają również wpływ czynników mechanicznych na powstawanie i rozwój choroby wrzodowej odcinka żołądkowo-dwunastniczego.

Prawidłowość tych spostrzeżeń wyłącza, zdaniem naszym, możliwość jakiegokolwiek przypadkowości. Nie jesteśmy jednak w stanie powiedzieć, czy ucisk na żołądek odgrywa rolę wyłącznie w sensie czynnika mechanicznego, wypuklającego ścianę żołądka i narażającego ją w ten sposób na urazowe działanie przyjmowanych pokarmów, czy też chodzi tu raczej o wywołane bezpośrednio lub przy pomocy drażnienia spłotów nerwowych gorsze unaczynienie śluzówki pewnej okolicy żołądka albo dwunastnicy. Przypuszczenie ostatnie jest tembardziej prawdopodobne, że w przypadkach *relaxatio diaphragmatica* lub przepuklin przeponowych dochodzi również do wrzodów żołądka w miejscach zagięć krzywizny małej, a więc tam, gdzie dopływ krwi do błony śluzowej żołądka nie jest dostateczny (Kienböck, Hitzenger).

Jak już wzmiankowaliśmy powyżej, ucisk na żołądek nie jest jedynym czynnikiem mechanicznym, wchodzącym w grę. Typowa budowa anatomiczna żołądka z jego cieśniami, brak w obrębie krzywizny małej i dwunastnicy nabłonka specyficznego, niewielka liczba mocno napiętych fałd śluzówki, silne przymocowanie krzywizny małej do otoczenia grają zapewne doniosłą rolę w powstawaniu choroby wrzodowej.

Uwagi końcowe. Zdajemy sobie sprawę, że spostrzeżenia nasze nie są czemś nowem w klinice choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Już Ritter w roku 1887 uwydatnił rolę ucisku kręgosłupa na żołądek, po nim zaś zajął się tą sprawą szereg częściowo powyżej przytoczonych autorów. Wobec tego jednak, że ostatnio teoria nerwowo-spazmogennej zajmuje dominujące i prawie wyłączne stanowisko w poglądach większości badaczy na patogenezę choroby wrzodowej, wy-

*) porównać K. Hitzenger: Die Rolle des Magens in der Blutbildung. Kliwa 1934.

dawało nam się usprawiedliwionem podkreślić jeszcze raz znaczenie czynników mechanicznych w powstawaniu, lokalizacji i przebiegu wrzodów okrągłych. Uważamy też, że wywody powyższe poza stroną teoretyczną zagadnienia przedstawiają również pewien interes praktyczny. Stwierdzenie nieprawidłowości w przebiegu lędźwiowej części kręgosłupa z uciskiem na krzyżową małą lub części przyodźwiernikowe powinno nasunąć rezerwę w rokowaniu co do możliwości wyleczenia wrzodu środkami medycyny wewnętrznej. Nawet jednak zabieg operacyjny nie jest w stanie poprawić nieprawidłowej budowy pacjenta. Pewne widoki wyleczenia przedstawia jedynie zdaniem naszym, całkowite (totalne) usunięcie żołądka.

PISMIENICTWO.

1) Ackermann W.: Med. News. 86, 50, 1905; Smidts Jahrbuch 289, 176, 1906. 2) Aschoff L.: D. M. W. 494, 1912; Zeitschr. f. angewandte Anat. u. Konstitutionslehre 3, 222, 1918; Ueber Engpass 1918; Med. Klin. 974, 1920; Med. Klin. 50, 1865, 1928. 3) Aschoff i Oshikawa: Pflügers Arch. 201, 67, 1923. 4) Askanazy: Rev. méd. d. l. Suisse rom. Paździer. 1920; Verhandl. d. 86 Versamml. Dtsch. Naturf. u. Aerzte w. Nauheim 19 — 25 września, 296, 1920. 5) Bergmann: Handb. d. inner. Med. Mohr - Staehelin II Wydanie, Berlin 1926, T. III, Cz. I; Arch. f. Verdaungskrank. 22, 1916. 6) Bloch: D. M. W. Nr. 31, 1905. 7) Brinkmann: Inaug. Diss. Kiel, 1915. 8) Büchner, Konjetzny i Puhl: według L. Aschoffa. 9) Cohn: Inaug. Diss. Kiel 1891; Klinik der embolischen Gefäzkrankheiten, Berlin, 1860. 10) Cohnheim D.: Physiologie der Verdauung und Ernährung. Berlin u. Wien, 1908. 11) Fleiner: Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung I i II, 1910 i 1911. 12) Forssell: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Tom uzupełniający

36, 1913. 13) Hart: Med. Klin. 363, 1914; Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Chirurg. 31, 291, 1918-19. 14) Hasse - Strecker: Arch. f. Physiol. u. Anat. 1905. 15) Hauser G: Handb. d. speziell. patholog. Anat. u. Histol. Hencke u. Lubarsch IV, Cz. I, 339, Berlin 1926. 16) Hitzengerber: W. M. W. Ref. 44, 1844, 1920. 17) Hitzengerber i Reich: W. Arch. f. inned. Med. IV, 279, 1922; tamże VIII, 303, 1924. 18) Jaworski i Korczyński: Dtsch. Arch. f. klin. Med. 47. 19) Kaufmann: Zeitschr. f. Heilk. 28, 1907 i W. M. W. 1905. 20) Kelling: Arch. f. Verdaungskrank. 28, zesz. 1 i 2. 21) Kossinsky: Inaug. Diss. Erlangen 1913. 22) Körte: Inaug. Diss. Strasburg 1875. 23) Krug: Inaug. Diss. Kiel 1900. 24) Lützerer: Inaug. Diss. Bonn 1896. 25) Morgagni: De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis t. II, Venet., ep. anat. med. 30, 1756. 26) Netter: Bull. et mém. d. l. soc. d. hôp. Paris, 6 lipca 1894, Serja 3, t. II, 504. 27) Paschik i Orator: Zeitschr. f. d. ges. Anat. Dział I: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. 67, 494, 1923. 28) Portain: La méd. moderne Nr. 64, 1899. 29) Rasmussen: Zentra'bl f. d. med. Wissensch. 25, 1887. 30) Reiss: Festschr. t. Orth, Berlin 1903. 31) Retzius A.: Arch. f. Anat., Physiol. u. wissenschaft. Med. 74, 1857. 32) Ritter: Zeitschr. f. d. klin. Med. 12, 1887. 33) Rohde C.: Beitr. z. klin. Chirurg: 127, 340, 1922. 34) Roth: Virchow's Arch. 45, 1869. 35) Rössle: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 25, 766, 1913. 36) Scheuermann: Inaug. Diss. München 1896. 37) Scheunert: Pflügers Arch. 144, 1912. 38) Schmidt: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 19, 1908. 39) Schütz: Arch. f. Verdaungskrank. 23, 105, 242, 317, 1917. 40) Schwarz: D. M. W. Nr. 22, 1918; W. Klin. W. 597, 1918. 41) Spalteholz: Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organism. 52 — 97, 480, 1923. 42) Stachelhausen: Inaug. Diss. Würzburg, 1874. 43) Stromeyer: Beitr. z. patholog. Anat. u. zur allgemein. Patholog. 54, 31, 1912. 44) Vogt: Fortschr. Röntgenstr. 35. 45) Waldeyer: Sitzungsber. d. kngl. Akad. der Wissenschaft. I, 1908

Z klinik, szpitali i pracowni

Z pracowni bakteriologicznej Szpitala dla Dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie.

(Kierownik: Dr. T. Goliborska).

O wartości podłoża Clauberga dla wykrywania prątków błonicy. *)

Podala

T. GOLIBORSKA (Warszawa).

Stwierdzenie obecności prątków błonicy w preparatach, bezpośrednio sporządzonych z nalotu, możliwe jest tylko w niewielkiej liczbie przypadków, dlatego też rozpoznanie bakteriologiczne błonicy w głównej mierze opieramy na wynikach, otrzymanych z posiewu. Dotychczas używano do posiewów błonicy ściętej surowicy końskiej, wprowadzonej do djagnostyki błonicy przez Loefflera. Pałeczki błonicy dobrze rosną na tem podłożu tylko w ciągu kilku pierwszych godzin, t. zn. tak długo, dopóki inne drobnoustroje, pochodzące z jamy nosowej i gardzielowej, a rosnące szybciej od pał. błonicy, nie przerosną podłoża. Najczęściej ma to miejsce przy wzroście drobnoustrojów z grupy Friedländera, drobnoustrojów gnilnych, bądź pałeczek siennych. Prątki Friedländera i im podobne, powodując ześluzowacenie podłoża Loefflera, uniemożliwiają przez to znalezienie pr. błonicy. Również drobnoustroje gnilne uniemożliwiają znalezienie pr. błonicy przez to, że

działają rozpuszczająco na podłoże Loefflera. Poza tem na surowicy końskiej pałeczki błonicy rosną w postaci kolonij, które makroskopowo nie dość łatwo odróżnić od kolonij innych drobnoustrojów.

Dla wymienionych powodów oddawna dążono do wynalezienia nowego podłoża, ułatwiającego hodowanie i wykrywanie prątków błonicy.

Już w r. 1912 Conrad i Troch usiłowali wyodrębnić prątki błonicy na zasadzie ich zdolności redukowania soli telluru. Inne drobnoustroje tych własności bądź nie posiadają wcale, bądź w stopniu znacznie mniejszym od pr. błonicy. Metoda ta nie znalazła narazie szerszego zastosowania. Od czasu tylko do czasu spotykano nieliczne doniesienia o pożywkach tellurowych. Schürmann i HaJos w 1913 r. hodowali pr. błonicy na podłożu buljonowym z dodatkiem soli tellurowych. Perqola we Włoszech hodował również pr. błonicy z dobrym wynikiem na płynnym podłożu z dodatkiem soli telluru. Douglas w Anglii używał podłoża stałego z solą telluru; Pesh i Kramer — z dodatkiem siarczanu miedzi, cystyny i telluru. W r. 1929 ogłosił Clauberg pracę o podłożu dla pr. błonicy, umożliwiającemu makroskopowe rozpoznanie błonicy na zasadzie oględzin płytki z podłożem.

W r. 1931 ten sam autor podaje przepis ulepszonego podłoża, które w porównaniu z podłożem Loefflera daje wyniki tak przekonywujące, że pozwala na całkowite zarzucenie podł. Loefflera. Wyniki,

*) Wpłynęło do Redakcji d. 21.I.1935 r.

otrzymane przez Clauberga zostały potwierdzone przez badania szeregu innych autorów (Gins, Lewinthal, Himmelweit, Weigmann i Degu, Schmitz, Kairies, Piasecka-Zeyland); jedynie Polonyi nie mógł ich potwierdzić.

Przepis sporządzania podłoża Clauberga.

I. Podłoże Clauberga.

A. 2 części krwi baraniej jałowej, odwłóknionej zmieszać z jedną częścią gliceryny (wyjałowionej pod ciśnieniem 1 atmosfery bez przetrzymywania). Wymieszać i wstawić do chłodni na 6 — 8 tygodni.

B. 1 część krwi baraniej jałowej, odwłóknionej zmieszać z 2 częściami wody destylowanej, sterylizowanej (należy każdorazowo świeżo przygotować).

Na 100 cm³ agaru 3% o Ph 7,5 ostudzonego do 45—50° dodać 5 cm³ płynu A zlekka ogrzanego, wymieszać, oraz 100 cm³ płynu B również zlekka ogrzanego.

Po bardzo dokładnym wymieszaniu dodać 8 cm³ 1% wodnego roztworu tellurytu potasowego (K₂T₂O₃). Dokładnie wymieszać i rozlać na płytki.

Płytki trzymać można tylko 3 dni w chłodni.

II. Rozpuszczanie tellurytu potasowego.

1 gr. tellurytu potasowego Mercka dodać do 100 cm³ wody destylowanej jałowej, ogrzanej do 70 — 80°.

Jeżeli telluryt potasu nie rozpuszcza się, postąpić w sposób następujący.

70 cm³ wody destylowanej jałowej ogrzać do 70 — 80°, dodać 1 gr. tellurytu potasowego, często wstrząsać, następnie zostawić w spokoju. Osad opada, a płyn prześwietla się. Po zupełnym prześwietleńiu się płynu odciągnąć go ostrożnie (należy usunąć prawie całkowitą ilość płynu), do osadu zaś dodać ługu potasowego 10% (około 2 cm³).

Po dodaniu ługu osad rozcierać pałeczką szklaną, spłaszczoną na końcu. Po rozpuszczeniu osadu zobjętnić roztwór kwasem solnym normalnym (około 5 cm³).

Płyn nie powinien być mętny (męt oznacza nadmiar kwasu).

Rozpuszczony w ten sposób osad zmieszać z poprzednio odciągniętym płynem i dopełnić do 100 cm³ wodą destylowaną.

Według Clauberga podłoże jego pozwala rozpoznać kolonie pr. błonicy już na zasadzie oględzin makroskopowych, bez sporządzania preparatów mikroskopowych. Tellur hamuje wzrost wszelkich drobnoustrojów z wyjątkiem drobnoustr. z grupy maczugowców (błonica, rzekoma błonica i p. xerozy). W przypadkach, w których nie mamy do czynienia z obecnością pałeczek z wymienionej grupy, podłoże Clauberga pozostaje zupełnie jałowe. Na 5.000 zbadanych przez Clauberga przypadków w 72,7% już na zasadzie oględzin podłoża gołym okiem można było wykluczyć obecność pałeczek błonicy; posługując się lupą można zwiększyć tę liczbę do 82,6%. A zatem tylko w 17,4% przyp. należało sporządzić preparaty mikroskopowe celem ustalenia rozpoznania. Kolonie błonicy na podł. Clauberga wyrastają już po upływie 15 — 24 godzin w postaci kolonii dużych, o średnicy $\frac{3}{4}$ — 2 mm., niekiedy nawet większej. Są to kolonie okrągłe, płaskie, o gładkich brzegach. Oglądane w świetle padającym mają wygląd suchy, nieprzezroczysty i barwę szarą z odcieniem żółtawym. Przy oględzinach przez lupę widzimy na szczycie każdej kolonii punkcik o zabarwieniu ciemno-szarem, nie czarnem; zabarwienie to zależy od zredukowanego telluru. Punkcik ten zajmuje najwyżej $\frac{1}{3}$ przekroju całej kolonii i zanika stopniowo w miarę przesuwania się ku jej obwodowi. Tylko w starych hodow-

lach ciemne zabarwienie obejmować może całą kolonję. Podłoże dookoła kolonii zmian nie wykazuje. Clauberg dodawał początkowo do swego podłoża płynu puchlinowego (ascites), wskutek czego hodowle błonicy wydzielaly związki aromatyczne o bardzo silnym zapachu czosnku. Ostatnio podłoże Clauberga sporządzane jest bez dodatku płynu puchlinowego, co znacznie osłabia zapach czosnku.

Kolonje błonicy rzekomej są na podłożu Clauberga naogół mniejsze, prawie kuliste, o powierzchni lśniącej, wilgotnej, barwy bardzo jasno szarej albo prawie czarnej. Jednakże nieliczne szczepy z grupy rzekomej błonicy wyrastać mogą w postaci kolonii b. podobnych do błonicy prawdziwej; w przypadkach takich można ustalić rozpoznanie na podstawie badania mikroskopowego preparatów, sporządzonych z podejrzanych kolonii.

Według Clauberga wygląd mikroskopowy błonicy, wyhodowanej na jego podłożu, jest wprost klasyczny; są to przeważnie pałeczki długie, o obfitej, wyrażonej regularnej ziarnistości Babesae-Ernssta. Ten sam szczep, wyhodowany na pożywce Loefflera, posiadać może nieliczne, słabo zaznaczone ziarnistości metachromatyczne. Typowy wygląd pr. błonicy, hodowanego na podłożu Clauberga, mieć może dla nas znaczenie b. ważne, albowiem, jak wiemy, przy rozróżnianiu błonicy prawdziwej od rzekomej opieramy się przede wszystkim na obrazie morfologicznym.

Inne drobnoustroje na podłożu Clauberga bądź wcale nie wyrastają, bądź wyrastają w postaci b. drobnych kolonii o zupełnie odmiennym wyglądzie i barwie.

Brak wzrostu bakterij towarzyszących na podłożu Clauberga ułatwia nam w znacznym stopniu stwierdzenie obecności pr. błonicy, zwłaszcza w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z niewielką ich liczbą, jak to ma miejsce u nosicieli. Obfity wzrost bakterij towarzyszących na pożywce Loefflera nietylko utrudnia, lecz często uniemożliwia wykrycie obecności nielicznych pr. błonicy. Dzięki własnościom hamującym otrzymujemy na podłożu Clauberga czystą hodowlę błonicy w postaci poszczególnych kolonii, dzięki czemu możemy je poddać dokładnym oględzinom oraz wykonać z nimi badania uzupełniające w postaci szczepień zwierząt oraz badania własności biochemicznych na podłożach z dodatkiem węglowodanów. Posiewanie na podł. węglowodanowych wymaga operowania czystą hodowlą, a nawet poszczególnymi kolonjami, co przy posługiwaniu się podłożem Loefflera jest bardzo utrudnione, a często wprost niemożliwe. Dzięki temu, że błonica wyrasta na podłożu Clauberga w postaci czystej hodowli, możemy własność tę wykorzystać przy oznaczaniu zjadliwości. Związki telluru, jako takie, działają jadowniczo na świnki morskie, dlatego też przy pobieraniu hodowli dla szczepienia należy uważać, aby pobrać wyłącznie same kolonje, możliwie nie dotykając podłoża. Możemy również przesiać materiał z pożywki Clauberga na podłoże Loefflera, a stąd uzyskanej hodowli użyć do szczepienia. Samo posiewanie błonicy na podłożu Clauberga, według Clauberga i Marcuse, Douglasa, Himmelweita — nie wpływa na zmianę zjadliwości posianego szczepu. Himmelweit szczepił równocześnie poszczególne szczepy, wyhodowane na podłożu Loefflera i Clauberga, nie stwierdzając przytem różnic zjadliwości. Autor ten przypuszcza jed-

nak, iż dłuższe przesiewanie szczepu błonicy z podłoża na szereg podłoży C l a u b e r g a może osłabić jego zjadliwość. Największa jednak zaleta podłoża C l a u b e r g a polega na tem, iż posługując się tem podłożem, otrzymujemy znacznie większy odsetek wyników dodatnich, niż na podłożu L o e f f l e r a. Odsetek ten według C l a u b e r g a wynosi 98,1%, wówczas gdy na podłożu L o e f f l e r a tylko 79,1%. A zatem w około 20% przypadków podłoże L o e f f l e r a okazuje się nieodpowiedniem dla wzrostu pr. błonicy; każdy piąty posiew na podłożu L o e f f l e r a nie wykazuje obecności pr. błonicy, pomimo ich obecności w materiale badanym. Według innych autorów liczba ujemnych posiewów na podł. L o e f f l e r a dochodzić może do 60% (S c h m i t t).

Wykonaliśmy 552 posiewy na podłożu C l a u b e r g a. Materiał badany wysiewaliśmy każdorazowo równocześnie na podłożu L o e f f l e r a, przyczem posiew wykonywaliśmy w ten sposób, iż wacik z nalotem wcieraliśmy najpierw w podłoże L o e f f l e r a, a potem dopiero tym samym wacikiem rozsiewaliśmy na podłożu C l a u b e r g a. Nalot, wtarty w podłoże L o e f f l e r a, rozsiewaliśmy dodatkowo uszkiem platynowym na powierzchni całej pożywki. Zabiegu tego na podłożu C l a u b e r g a stosować nie można z powodu dużej miękkości podłoża.

W 338 przypadkach podłoże C l a u b e r g a pozostało wogóle jałowe. W tych przypadkach na podłożu L o e f f l e r a prątków błonicy nie stwierdzono, jednakże wzrost innych drobnoustrojów był bardzo obfity. W 61,2% przyp. mogliśmy zatem bez wszelkich badań mikroskopowych, wyłącznie na zasadzie oględzin płytki z pożywką, zasianej materiałem badanym, twierdzić, iż nie mamy do czynienia z błonicą.

W pozostałych 214 przyp. wzrost na podłożu C l a u b e r g a nie był zahamowany. W pierwszej serii 134 przyp., w których wzrost na podłożu C l a u b e r g a był dodatni, bad. makroskopowe kolonij wykazało: 93 posiewy absolutnie niepodważane w kierunku błonicy; 41 przyp. wykazywało kolonie typowe wedł. opisu C l a u b e r g a, dla błonicy. Wszystkie te przypadki poddaliśmy badaniu mikroskopowemu, sporządzając preparaty mazane, ponadto większość wyhodowanych szczepów zbadaliśmy w kierunku ich własności biochemicznych i zjadliwości. Te badania dodatkowe miały na celu sprawdzenie wartości oględzin makroskopowych, a więc własności rozpoznawczych morfologii kolonij błonicy. Okazało się, iż wśród 93 szczepów morfologicznie zupełnie niepodważanych w kierunku błonicy 14 szczepów przedstawiało mikroskopowo typowy obraz błonicy. Badanie własności biochemicznych tych szczepów, przeprowadzone w 8 przyp., wykazało, iż zakwaszają one wodę peptonową z dodatkiem dekstrozy i maltozy, nie zakwaszając wody peptonowej z sacharozą. Widzimy zatem, iż 8 szczepów należało do błonicy prawdziwej na zasadzie obrazu mikroskopowego i własności biochemicznych pomimo niecharakterystycznego wyglądu kolonij; z tych 8 szczepów 6 użyliśmy do szczepień. W 3 przypadkach otrzymaliśmy wynik dodatni; świnki padły wśród objawów typowych dla zjadliwych pr. błonicy. Pozostałe 3 szczepy były dla świnek niezjadliwe. Omówione 8 szczepów pochodziły w 5 przyp. od nosicieli (ozdrowieńców po błonicy), w 1 przyp. — z rany na skórze, w 2 przypadkach — od chorych, klinicznie podejrzanych na błonicę. Pozostałe 6 szczepów uznaliśmy za szczepy błonicy na zasadzie obrazu mikroskopowego.

Możemy zatem powiedzieć, że samo badanie morfologii kolonij błonicy jest dla rozpoznania niewystarczające. W przypadkach obecności jakichkolwiek kolonij na pożywce C l a u b e r g a, należy każdorazowo poddawać je badaniu mikroskopowemu, niezależnie od tego, czy obraz makroskopowy tych kolonij jest typowy, czy absolutnie niepodważany na błonicę.

Zdanie nasze zgadza się z opinią większości autorów. Możliwe jednak, iż same oględziny kolonij na pożywce C l a u b e r g a byłyby w większym odsetku przypadków miarodajne (wedł. C l a u b e r g a w 82,6%), gdybyśmy posługiwali się każdorazowo świeżo sporządzonym podłożem. W naszych badaniach korzystaliśmy z podłoża, sporządzonego w P. Z. H., które otrzymywaliśmy 1 lub 2 razy na tydzień, przechowując je w międzyczasie w chłodni.

Na 552 ogółem przypadków, posianych na podłożu L o e f f l e r a i C l a u b e r g a, w 108 — stwierdziliśmy obecność prątków błonicy. Jak wspominaliśmy poprzednio, rozpoznanie opieraliśmy często na podstawie obrazu makroskopowego kolonij, jednakże potwierdzaliśmy je zawsze badaniem mikroskopowem, często badaniem własności biochemicznych otrzymanych szczepów oraz szczepieniem świnek morskich.

Wyniki naszych badań zestawione są na tablicy.

Liczba posiewów, dokonanych na podł. L o e f f l e r a i C l a u b e r g a 552	Liczba przyp. w których wyhodowano pr. bł. 108.				
	L+Cl+	L-Cl+	L+Cl-	L±Cl+	L±Cl±
	81	14	2	7	4

Z tablicy powyższej wynika, iż w 81 przyp. wynik posiewu na obu pożywkach był identyczny. W 14 przypadkach (11,1%) podłoże L o e f f l e r a zawiodło zupełnie, pomimo, iż materiał posiany zawierał prątki błonicy. W 7 przyp., t. zn. w 6,7% posiew na podł. L o e f f l e r a wykazał obecność pałeczek morfologicznie tylko podejrzanych na błonicę, podczas gdy na podł. C l a u b e r g a stwierdzaliśmy typowe prątki błonicy; zaznaczyć należy, iż po przeprowadzeniu badań dodatkowych szczepów, wyhodowane na podł. L o e f f l e r a, zaliczyliśmy również do błonicy prawdziwej.

W 4 przyp., jak widać z tablicy, z podobnym zjawiskiem mieliśmy do czynienia jednocześnie na podłożu L o e f f l e r a i C l a u b e r g a; również i tym razem rozstrzygnęło sprawę rozpoznania bad. własności biochemicznych i zjadliwości wyhodowanych szczepów; wyniki tych badań wykazały, iż w tych wszystkich przyp. mieliśmy do czynienia z błonicą.

W rezultacie na 108 dodatnich posiewów na podł. L o e f f l e r a wyrosły pr. błonicy 94 razy, na podł. C l a u b e r g a 106 razy. Przewaga na korzyść podłoża C l a u b e r g a wynosi 11,1%. O ile natomiast uwzględnić jeszcze 7 przyp., w których posiew na podł. L o e f f l e r a był wątpliwy, a na podł. C l a u b e r g a stwierdzaliśmy obecność typowych pr. błonicy, to odsetek ten wynosić będzie 16,2 na korzyść podł. C l a u b e r g a.

W 2 jednakże przypadkach posiew na pożywce L o e f f l e r a wykazał obecność typowych morfologicznie prątków błonicy, a posiew na podł. C l a u b e r g a był ujemny. Materiał w tych przypadkach pochodził od nosicieli, stanowi to 1,8%.

Wnio s k i.

1. Wprowadzenie pożywki C l a u b e r g a stanowi duży postęp w badaniu bakteriologicznym błonicy. Posługiwanie się tem podłożem zwiększa liczbę dodatnich wyników w porównaniu z podłożem L o e f f l e r a o 11,1%; jeżeli uwzględnić przypadki o wyniku wątpliwym na podłożu L o e f f l e r a, to odsetek ten wzrósł do 16,2%.

2. Oględziny makroskopowe kolonij czasem nie wystarczają do rozpoznania błonicy. Przy posługiwaniu się niezbyt świeżem podłożem należy każdorazowo przeprowadzać badanie mikroskopowe celem sprawdzenia i upewnienia się, że rozpoznanie makroskopowe było słuszne.

3. Na naszym materiale w 61,2% przypadków wzrost wszelkich drobnoustrojów na podłożu C l a u b e r g a był zahamowany, co zaoszczędziło nam w tych przypadkach wszelkich badań.

4. Na 108 przypadków, w których stwierdzaliśmy obecność pr. błonicy, w 2 przyp. (1,8%) posiew na pożywce C l a u b e r g a był ujemny, podczas gdy na podłożu L o e f f l e r a stwierdziliśmy obecność prątków błonicy.

5. Na korzyść pożywki C l a u b e r g a przemawia spostrzeżenie, że w 6,7% przyp. wygląd morfologiczny pr. błonicy wyhodowanych na tem podłożu, jest bardziej typowy, niż na pożywce L o e f f l e r a; jednakże i na podł. C l a u b e r g a w 3,7% przyp. pałeczki błonicy mogą mieć mikroskopowo wygląd morfologiczny nietypowy.

6. Ujemną cechą podłoża C l a u b e r g a stanowi konieczność posługiwania się podłożem, świeżo sporządzonem co najmniej 2 razy tygodniowo.

Panu Docentowi Doktorowi F. P r z e s m y c k i e m u, kierownikowi Działu Djagnostyki P. Z. H. za łaskawe udzielenie mi podłoża C l a u b e r g a składam serdeczne podziękowanie.

PIŚMIENNICTWO.

Conradi i Troch. M. m. W. 1912, N. 30. — Schürmann i Hajos. D. m. W. 1913, N. 17. — Pergola. An. Igenie 35, 1925. — Douglas. Brit. J. Exp. Path. 3, 1922. — Pesch i Krämer. Zbl. 116, 1931. — Clauberg. Zbl. 114, 1929; Zbl. 120, 1931; Zbl. 132, 1934; Kl. Woch. N. 25, 1933. — Lewinthal. Zbl. 1931, S. 216. — Gins. Zbl. 1931, S. 313. — Himmelweit. Zbl. 126, 1932. — Weigmann i Degu. Zbl. 125, 1932. — Schmitt. D. m. W. N. 24, 1933. — Kairies. Med. Kl. 21, 1933. — Piasecka-Zeyland. Ann. Inst. Past. 50, 1933. — Polonyi. Zbl. 132, 1934. — Clauberg i Marcuse. Zbl. 121, 1931.

Z Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

(Dyrektor: Dr. Fr. Ł u k a s z c z y k).

Jad kobry w leczeniu nowotworów złośliwych*)

Podala

Halina NOBLINÓWNA (Warszawa).

Przed 2 lata ukazało się doniesienie T a g u e t i M o n a e l e s s e r a o wynikach leczenia raka wstrzykiwaniami jadu kobry. Do podjęcia tych prób skłoniły

*) Wygłoszone na posiedzeniu Sekcji Klinicznej Towarzystwa Medycyny Społecznej dnia 3-go czerwca 1935 r.

ich obserwacje, poczynione u chorych na trąd, u których po ukąszeniach jadowitych pajaków zmniejszały się bóle, oraz spostrzeżenia Instytutu P a s t e u r a w Sajgonie, gdzie zauważono, że ukąszenie przez kobrę wywołuje długotrwałe zdrętwienie w okolicy miejsca ukąszenia.

T a g u e t i M o n a e l e s s e r stosowali wstrzykiwania jadu kobry u chorych na raka, wśród których mieli przypadki nawrotów po leczeniu chirurgicznym lub energią promienistą, a także przypadki nieleczone zupełnie. Zaobserwowali oni w pewnej części przypadków zmniejszenie się guzów nieowrzodzących, znikanie owrzodzeń w rakach sutka oraz zmniejszanie się lub ustępowanie bólów w przypadkach innych umiejscowień raka. Doniesienia te uzupełnił wkrótce C a l m e t t e ze współpracownikami, ogłaszając szereg doświadczeń z jadem kobry, przeprowadzonych na myszach, którym zaszczepiono gruczolako - raka sutka, który rozwinął się samoistnie u jednej z myszek. C a l m e t t e spostrzegł, że jad kobry, wstrzykiwany w otoczenie guzów nowotworowych myszy, wywoływał rozmiękanie tych guzów, wysysanie się ich lub opróżnianie nazewnątrz i doprowadzał w ciągu 15—25 dni do klinicznego, a nawet histopatologicznego wyleczenia myszy.

Jad kobry, wedle szeregu badań D e l e z e n n e, L e d e b t i F o u r n e a u, jest rodzajem diastazy, odznaczającym się szczególnem powinowactwem do fosfatydów komórkowych i wytwarzającym w zetknięciu z żywą komórką t. zw. lizocytynę. Substancja ta, rozpuszczalna w wodzie, posiada działanie hemolityczne i uszkadza komórki ustroju. *In vitro* lizocytyna uszkadza komórki wątroby, mózgu i nerki, a nawet, podana w dostatecznej dawce, rozpuszcza je. W zetknięciu z komórkami nowotworowymi jad kobry również ma jakoby wytwarzać substancje, uszkadzające poszczególne komórki nowotworowe.

Roztwór jadu kobry, stosowany w lecznictwie, otrzymuje się w następujący sposób: 0,1 gr. suchej substancji rozpuszcza się w 10 cm³ płynu fizjologicznego, filtruje przez bibułę, poczem w ciągu 30 minut ogrzewa na łaźni wodnej do 72°. Po przesączeniu przez sterylizowaną bibułę do sterylizowanego naczynia otrzymujemy tak zwany roztwór macierzysty, który w temperaturze — 7° może być przechowywany przez czas nieograniczony. Do wstrzykiwania służy roztwór, który zawiera 1 cm³ płynu macierzystego w 99 cm³ soli fizjologicznej sterylizowanej. 1 cm³ tego roztworu zawiera 0,1 mgr. jadu kobry, odpowiada to 10 jednostkom mysim, to znaczy 10-ciokrotnej dawce, która zdolna jest zabić 20 gramową mysz w ciągu 4—5 godzin. Leczenie polecono zaczynać wstrzyknięciem podskórnem 0,1 cm³ roztworu (0,01 mgr. jadu kobry), powtarzać wstrzykiwania co 3 dni i zwiększać dawkę po 3-ch wstrzyknięciach. Stopniowo dojść można do 20, a nawet więcej jednostek mysich (2 i więcej cm³ roztworu).

T a g u e t zaczynał leczenie od 2 jednostek mysich i dochodził do 20 jednostek. Leczył on w ten sposób 115 chorych i uzyskiwał zmniejszenie się, a nawet znikanie bólów na kilka miesięcy. Najlepsze wyniki lecznicze zaobserwował u chorych z bólami zależnymi od ucisku nowotworu na nerwy czaszkowe, spłot barkowy i t. d. przyczem bóle zmniejszały się dopiero po 4—5 wstrzyknięciach. T a g u e t wśród swych przypadków opisuje chorego z rakiem języka, u którego po 18 miesiącach leczenia jadem kobry nastąpiło wyleczenie. W 2 miesiące potem powstał przerzut do dna jamy ustnej i także został wyleczony jadem kobry. Dalej u chorej z ra-

kiem sutka nieoperacyjnym udało się uzyskać zabliznienie owrzodzeń i zmniejszenie guzów nieowrzodziały. U innej chorej z przerzutami raka do kręgosłupa po 6-ciu miesiącach leczenia jadem kobry ustąpiły bóle i zaburzenia ruchowe, a nawet przybyło chorej 12 kg. wagi. Jednakże wielu innych chorych nie reagowało na jad kobry zupełnie.

Z innych autorów, którzy stosowali leczenie jadem kobry, przytoczyć należy Laignel-Lavastinea i Koressiosa, Orticoniego oraz Lavedana, Laignel-Lavastine i Koressios podają, że uzyskiwali ustąpienie bólów u chorych z nieoperacyjnym rakiem sutka po 1—2 wstrzyknięciach jadu kobry. Według Koressiosa bóle ustępowały często na 8—10 dni. Orticoni również przytacza kilka własnych obserwacji, podkreślając, że, oprócz zmniejszania się bólów, obserwował wpływ jadu kobry na stan ogólny chorego w postaci poprawy samopoczucia i przyrostu na wadze. Zmniejszania się lub znikania samego guza nie zaobserwował.

Lavedan podaje 51 obserwacji, dotyczących rozmaitych przypadków raka, w większości uprzednio leczonych już radem, już to Roentgenem lub chirurgicznie. Chorzy ci byli leczeni jadem kobry od 4 do 14 miesięcy. Wstrzykiwania zaczynało się od 5 jednostek mysich ($0,5 \text{ cm}^3$), dochodząc do 50 jednostek mysich (5 cm^3) w jednej dawce co 3 dni. Stałego wpływu wstrzykiwań jadu kobry na zmniejszanie się bólów Lavedan nie stwierdził — bóle zmniejszały się tylko u niektórych chorych, stanowiących około 1/10 obserwowanych przypadków. Wpływu wstrzykiwań na ogólny stan chorego, na poprawę samopoczucia, powstrzymywanie postępu charłactwa nie zauważył. Co do wpływu na same guzy i owrzodzenia nowotworowe, to ani u 42 chorych, którzy otrzymywali wstrzykiwania podskórne w miejscu, oddalonym od sprawy nowotworowej, ani u tych, którym stosowano wstrzykiwanie jadu kobry wprost do guzów nowotworowych, nie stwierdzono zmniejszania się, rozmiękania lub powstrzymywania rozwoju guzów, pomimo że Lavedan stosował wstrzykiwanie jadu kobry bardzo wytrwale, u niektórych pacjentów dochodzi np. do 70 lub 80 wstrzyknięć do samego guza nowotworowego. U jednej z chorych, której stosowano wstrzykiwanie jadu kobry wprost do nowotworu, badanie histopatologiczne, kilkakrotnie powtarzane, nie wykazało jakichkolwiek zmian w komórkach nowotworu, mogących być następstwem zastosowania jadu kobry. Zpółród 51 chorych zmarło 46, reszta żyła w chwili, gdy Lavedan ogłaszał wyniki swych obserwacji, jednakże autor przypisuje chwilową poprawę ich stanu zastosowaniu ponownego leczenia radem lub Roentgenem, a nie wstrzykiwaniom jadu kobry.

W Instytucie Radowym w Warszawie stosowaliśmy leczenie jadem kobry w ciągu 8 miesięcy u 23 chorych z recydywami po leczeniu chirurgicznym lub radem, czy też Roentgenem lub w przypadkach nienadających się do leczenia temi metodami. Mieliliśmy wśród leczonych:

9 przypadków nawrotu raka sutka po operacji i rentgenoterapii,

2 przypadki raka sutka, nienadające się do operacji,

2 przypadki nawrotu raka jajnika po operacji,

2 przypadki raka żołądka nieoperacyjnego,

1 przypadek raka odbytnicy nieoperacyjnego po leczeniu Roentgenem,

3 przypadki nacieków w przmacicach po leczeniu radem i prom. Roentgenem raka szyi macicy,

1 przypadek nawrotu nadnerczaka po leczeniu operacyjnym i Roentgenem,

1 przypadek guza przydatków macicznych lewych,

1 przypadek bólów po amputacji uda z powodu mięsaka,

1 przypadek nawrotu raka policzka po operacji, leczeniu radem i Roentgenem.

Jad kobry otrzymaliśmy z Instytutu Pasteura w Paryżu, do leczenia używaliśmy preparatu, przygotowanego dla Instytutu Radowego według przepisu Prof. Calmette'a przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie na oddziale Drasaskiego, gdzie z całą gotowością i bezinteresownością sporządzano roztwory, dawkowano je biologicznie na myszach i przechowywano do czasu użycia. Początkowo zaczynaliśmy wstrzykiwania od $0,1 \text{ cm}^3$ (1 jednostka mysia), co 3 dni podwajając dawkę. Ponieważ działanie przeciwbólowe, jeśli występowało, to dopiero po dojściu do dawki 1 cm^3 (10 jednostek mysich), a żadnych objawów ubocznych po małych dawkach nie zaobserwowaliśmy, wkrótce więc zmieniliśmy sposób dawkowania, zaczynając od 5 jednostek mysich ($0,5 \text{ cm}^3$) i po 3-ch dniach przechodząc na 8 jednostek mysich, następnie 10. Dochodziliśmy do 20 jednostek mysich (2 cm^3 roztworu) w jednym wstrzyknięciu. Liczba zastrzyknięć dokonanych u poszczególnych chorych, dochodziła do 30.

Rezultaty były następujące: wpływ wstrzykiwań jadu kobry na bóle zaobserwowaliśmy tylko u 5 chorych (2 przypadki nawrotu raka jajnika, 2 przypadki raka sutka nieoperacyjnego i 1 przypadek nacieków w przmacicach po leczeniu radem i promieniami Roentgenem raka szyi macicy), u których występowało zmniejszenie się bólów. Objaw ten występował dopiero po 4 lub 5 wstrzyknięciach, trwał zwykle tylko kilka godzin. Dwie chore podawały, że bóle zmniejszają się na drugi dzień po dokonaniu wstrzyknięcia. U jednej z chorych bóle ustępowały na 10—12 godzin, u innych na czas znacznie krótszy. Jednakże zaznaczyć należy, iż był to wynik przejściowy w tym sensie, że po kilku dalszych wstrzyknięciach bóle przestawały się zmniejszać, co zmusiło nas do zaniechania wstrzykiwań jadu kobry i do powrotu do morfiny. U jednej z chorych, cierpiącej na bardzo silne bóle po amputacji kończyny dolnej z powodu mięsaka uda, zastosowaliśmy jad kobry w celach wyłącznie znieczulających, jednakże nie uzyskaliśmy żadnego wpływu na bóle.

Stan ogólny chorych, samopoczucie i waga nie poprawiały się pod wpływem leczenia jadem kobry. U niektórych chorych, będących w chwili rozpoczynania leczenia jadem kobry w zupełnie dobrym stanie ogólnym, wraz z rozwojem zmian nowotworowych stan ogólny pogarszał się, i występowało charłactwo.

Zachowanie się guzów nowotworowych w czasie leczenia jadem kobry obserwowaliśmy z dużą dokładnością u 9 chorych z guzami i owrzodzeniami powierzchownymi; guzy i owrzodzenia nie zmniejszały się, przeciwnie, powiększały się, powstawały nowe owrzodzenia oraz nowe guzki. U jednego chorego w przypadku bardzo rozległego raka policzka, który był kilkakrotnie leczony chirurgicznie i promieniami Roentgenem, a ostatnio radem w naszym Zakładzie, zastosowaliśmy wstrzykiwanie jadu kobry wprost do nowotworu. Chory ten otrzymał 5 wstrzyknięć po 1 cm^3 roztworu bez żadnego wpływu na guz. Dalszych zabiegów zaniechaliśmy z powodu bar-

dzo silnych bólów, jakie występowały w czasie wstrzykiwania i po wstrzyknięciu jadu. Zpośród 33 chorych, leczonych u nas jadem kobry, zmarło w czasie leczenia 8 osób, 3 osoby opuściły nasz Zakład w bardzo ciężkim stanie, 3 żyją, z tego u 2 chorych sprawa chorobowa rozwija się w dalszym ciągu, 1 osoba czuje się dobrze, lecz jest to chora, u której zastosowano jad kobry z powodu bólów po amputacji uda.

Pozostałych 9 chorych, którzy w chwili zakończenia stosowania jadu kobry znajdowali się w stanie pełnego rozwoju nowotworu, nie zjawilo się więcej do badania.

Co do objawów ubocznych, to 2 osoby skarżyły się na bóle głowy po pierwszych wstrzykiwaniach jadu, następne zabiegi ci sami chorzy znosili dobrze. U 2 chorych, po przekroczeniu dawki 15 jednostek mysich (1,5 cm.³) wystąpiły nudności, bóle i zawroty głowy, co zmusiło nas do zaprzestania stosowania jadu kobry u tych chorych. Objawów ubocznych w miejscu wstrzyknięcia jadu w postaci nacieków lub zaczerwienienia nie obserwowaliśmy.

Jak wynika z naszych doświadczeń, stosowanie ja-

du kobry w leczeniu nowotworów złośliwych, które obudziło tak wielkie nadzieje, zawiodło w zupełności. Użytkiwane u myszy wyleczenie zmian nowotworowych u ludzi nie udaje się. Działanie zaś znieczulające jest niestałe, niepewne, krótkotrwałe i pozostaje daleko w tyle poza środkami znieczulającymi, jakimi rozporządza farmakologia.

PISMIENNICTWO.

Taguet et Monaelesser. — Traitement des algies et des tumeurs par le venin de cobra. Bulletin de l'Académie de Médecine, tome CIX N. 11. — A. Calmette, A. Saenz et L. Costil. Effets de venin de cobra sur les greffes cancéreuses et sur le cancer spontané (adéno-carcinome) de la souris. Comptes rendus de séances de l'Académie des Sciences, tome 197 p. 205. — Laignel-Lavastine et Koressios. Le traitement des algies cancéreuses par le venin de cobra. Presse Médicale 1933, N. 17. — A. Ravina, Les applications thérapeutiques du venin de serpent. Presse Médicale 1934, N. 1. — A. Oriconi. — Venin de cobra dans le traitement des algies et des tumeurs. Presse Médicale 1934, N. 6. — M. J. Lavedan, Le traitement des tumeurs malignes de l'homme par le venin de cobra. Bulletin de l'Académie de Médecine, tome 113, N. 5.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O leczeniu przeciwallergenowym dychawicy oskrzelowej.

Podał

Leopold LEJZEROWICZ (Warszawa).

Uczuleniem allergicznym nazywamy skłonność ustroju do reagowania w postaci stanów chorobowych na pewne, wprowadzone doń substancje, t. zw. allergeny, na które zasadniczo organizm dany reaguje odmiennie od zdrowego.

Allergeny dostają się do ustroju, obarczonego skażą allergiczną, przez drogi oddechowe, pokarmowe, pozajelitowo, przez skórę, i wytwarzają, jak niektórzy sądzą, przeciwciała w układzie śródbłonkowo-siateczkowym. Dostając się do ustroju, allergeny wywołują zaburzenie równowagi układu roślinnego, w którego wyniku powstaje kurcz oskrzeli (jeśli mowa o DO*). Jeżeli chodzi o uczulenie pokarmowe, to powstaje ono w tych warunkach, gdy rozłożenie pokarmów jest niecałkowite, i produkty tego niecałkowitego rozpadu dostają się do krwiobiegu, o ile wątroba nie zatrzyma ich w drodze.

Do cierpień allergicznych należą: DO., astma senna, pokrzywka, obrzęk Quinckego, wyprysk, pewne postacie migreny, padaczka, naczynioruchowy katar nosa, nieżyt błoniasty kiszek (*colitis membranacea*).

Za istnieniem allergenów przemawiają fakty:

- 1) zdrowego człowieka można przejściowo uczynić allergicznym, jeżeli mu się wtłoczy krew allergika;
- 2) rozpoznawczy efekt pewnych prób naskórnych z allergenami;
- 3) leczniczy pomyślny wynik w górskim klimacie i w kamerach bezallergenowych (Storm van Lee-

u w e n a), w których brak powyższych substancyj drażniących.

Jeśli chodzi o rozpoznanie stanu allergicznego, to przedewszystkiem dążymy przy pomocy wywiadów do ustalenia, czy dany osobnik jest uczulony na allergeny klimatyczne, mieszkaniowe, zwierzęce, pokarmowe, na leki lub pył kwiatów, wreszcie, czy nie posiada w ustroju jakiegoś przewlekłego ogniska zakaźnego.

Po stwierdzeniu stanu allergicznego — przystępujemy do odczucia organizmu.

Odczucie można przeprowadzić w drodze postępowania anti-anafilaktycznego lub skeptofilaktycznego (Eskuchen).

1. Antianafilaktyczne postępowanie polega na powolnym przyzwyczajaniu ustroju do czynników szkodliwych, podawanych ustrojowi w dawkach — początkowo minimalnych. Postępowanie to bywa: 1) swoiste i 2) nieswoiste. Przy swoim odczuciu wprowadza się do ustroju specyficzny, t. j. wchodzący w grę w danym przypadku allergen. O tem, jakiego pochodzenia jest allergen, można się dowiedzieć z wywiadów, drogą próby (zetknięcie ustroju ze szkodliwą substancją), wreszcie przez wykonanie próbnych testów, o których będzie mowa niżej.

Nieswoista metoda antianafilaktyczna postępowania ma zastosowanie wówczas, gdy momentu przyczynowego stwierdzić się nie udaje. A u l d przeprowadza nieswoiste odczucie przez podanie peptonu, L e e u w e n, R a n k e i inni stosują starą tuberkulinę K o c h a.

II. Skeptofilaktyczne postępowanie polega na tem, że nakrótka przed podaniem większej ilości szkodliwego allergenu, podaje się bardzo małą jego ilość. I tu odczucie bywa:

1) swoiste, zwłaszcza w nadwrażliwości na środki lekarskie. Vidal i Pasteur-Valéry Radot

*) DO = dychawica oskrzelowa.

opisują przypadek b. szybkiego wyleczenia tą metodą osobnika, wrażliwego na antypyrinę. Podawanie surowicy systemem Besredki — należy do tej kategorii odczuć. W ten sam sposób można leczyć nadwrażliwość na pewne pokarmy (mleko, czekolada);

2) nieswoiste odczulenie polega na podawaniu — na przykład, 0,5 peptonu *per os* przed wprowadzeniem alergenu pokarmowego lub też zastrzykuje się mleko: początkowo 0,1, potem 0,5, 1,0 (codziennie podskórnie), później co II dzień domięśniowo 2,5 i 10 cm.³. St o r m v a n L e e u w e n i jego uczniowie stosują domięśniowo zastrzykiwania 1% roztworu siarki w oliwie. Po pierwszym zastrzyknięciu występuje ogólna i miejscowa reakcja (gorączka, ból głowy, zaczerwienienie i bolesność w miejscu zastrzyknięcia), następne wstrzyknięcia są mniejsze (0,2 — 0,5 cm.³) i sprowadzają przy mniejszej reakcji ustrojowej poprawę. Do nieswoistego odczulenia należy i autoheteroterapia (5,0—10,0 cm.³ dożylnie), dająca niejednokrotnie świetne wyniki już po I zastrzyknięciu.

Wrażliwość na alergeny bada się zasadniczo w sposób dwójaki: naskórny i doskórny. W a l k e r przeprowadza swe badania w ten sposób, że na oczyszczonej skórze ramienia i przedramienia wykonywa cały szereg nacięć równoległych, powierzchownych, niekrwawiących, poczem kroplomierzem nalewa na miejsca nacięte po 1 kropli 1/10 normalnego ługu sodowego i dodaje szklaną pałeczką sproszkowaną substancję allergenową, wcierając ją w miejscu nacięcia. (Zamiast sproszkowanej substancji można stosować wyciągi). Odczyn uważany jest za dodatni, jeżeli w ciągu 5 do 15 minut wystąpi zaczerwienione pole o przekroju najmniej 5 mm.², przyczem jedynie lekkie zaczerwienienie i nieznaczny obrzęk nie mają decydującego znaczenia rozpoznawczego. Przez stopniowe zwiększanie stężenia wyciągu można poza odczynem jakościowym (*qualitas*) określić jego natężenie (*quantitas*).

B a a g o l (Rigshospital — Kopenhaga) wprowadza nieco odmienną technikę: na obmytej alkoholem przedniej stronie przedramienia nalewa szereg kropeł normalnego roztworu ługu sodowego, w których początkowo rozpuszcza wyciągi płynne, suche lub sproszkowane, a następnie robi nacięcia, jak przy próbie P i r q u e t a. Grudka, występująca po upływie 10 do 20 minut, — świadczy o wyniku dodatnim.

Przy doskórnej próbie wstrzykujemy doskórnie 0,1 cm.³ (1—2 krople) badanego roztworu, wywołując powierzchowny bąbel. Zwykle powiększenie białego bąbla nie świadczy o dodatnim wyniku, jeśli jednak w ciągu 5 do 20 minut powiększy się on i przyjmie kształt ameboidalny, przyczem wystąpi również zaczerwienienie i obrzęk, wówczas mówimy o wyniku dodatnim próby. Na jednym posiedzeniu można wykonać kilka prób jednego gatunku bakteryjnych, klimatycznych lub pokarmowych i t. p., ale każdy wyciąg wprowadzać należy inną strzykawką. Po tygodniu wykonywamy badanie następnym gatunkiem (zwierzęce, roślinne i t. d.). Metoda ta, t. zw. bąblowa, nadaje się zwłaszcza do badań nad stopniem uczulenia, skaryfikacyjna metoda — raczej do jakościowego określenia alergenu. Jednocześnie można stosować i kontrolne badanie fizjologicznym roztworem soli kuchennej z dodatkiem 0,5% karbolu.

Po wykryciu rodzaju alergenu przystępujemy do odczulenia. Wstrzykujemy podskórnie pacjentowi — najodpowiedniej w lewe ramię lub w przestrzeń międzyłopatkową — początkowo 1/2 lub 1/3 część tej ilości alergenu, który wywołał odczyn doskórny, następnie po-

większamy dawki, wstrzykując małe dawki co 3—4 dni, średnie — co 4 dni, a duże co 6 — 7 dni, przyczem, przy małych ilościach, zwiększamy każdorazowo dawkę o 100%, przy średnich — o 50%, przy dużych — o 25%. Dążyć należy do tego, by stale zastrzykiwać w tem samym miejscu, albowiem wytwarza się tam miejscowa odporność (brak odczynu miejscowego). Mały odczyn miejscowy — nie powinien wpłynąć na zmniejszenie następnej dawki, przy dużym odczynie — należy następną dawkę raczej zmniejszyć. Niezbędna liczba zastrzyknięć zależy od ilości alergenu, zużytego podczas I zastrzyknięcia, od szybkości stopniowego powiększania dawki i, wreszcie, od końcowej ilości alergenu, zużytego do odczulenia ustroju. Zazwyczaj wystarcza 15 zastrzyknięć. Amerykanin S t e r l i n g widzi równoległość między zwiększeniem odporności a zmniejszeniem się pola odczynu naskórnego, co ma być wyrazem poprawy oraz decyduje o liczbie i dawkach doskórnych.

Jakiego wyniku terapeutycznego można się spodziewać, stosując tego rodzaju odczulenie? B a a g o l podaje, iż u 42 zdrowych osobników stwierdził przy naskórnym szczepieniu odczyn alergiczny w 4 przypadkach (10%), wówczas gdy na 121 astmatyków — 88 (72,7%) reagowało dodatnio. Z tych 88-iu — 45-ciu reagowało na jeden tylko allergen, 43-ch — na kilka allergenów. Zdarzały się przypadki, że chory reagował w postaci napadu DO. przy zetknięciu się nie z temi substancjami, które dawały dodatni odczyn naskórny. Najczęściej stwierdzał odczyn dodatni na sierść zwierząt. Z wymienionych 121 astmatyków u 21 nastąpiło wyleczenie, sięgające do 3-ich lat obserwacji, co stanowi 17,5%, dzięki wykryciu allergenów. K ä m m e r e r o w i rzadziej udaje się wykryć jeden tylko allergen drogą odczynu skórniego, jego astmatycy reagują raczej na kilka allergenów, a więc cierpią na ogólną nadwrażliwość ustrojową.

Również A n t h o n y, stosując w klinice hamburskiej metodę wykrywania allergenów systemem S t o r m v a n L e e u w e n a, otrzymywał wyniki mało wartościowe dla poznania alergenu. O. M ü l l e r radzi wysuwać wnioski z przeprowadzonych badań t. zw. testami z dużą ostrożnością, gdyż i on najczęściej spotykał się z odczynem na kilka rodzajów alergenu. M o r a w i t z o w i nawet w przypadkach DO., w której znany jest allergen — niezawsze udawało się przeprowadzić odczulenie; zwłaszcza trudno je uzyskać w praktyce codziennej, gdyż większość pacjentów nie umie dopomóc lekarzowi w wykryciu alergenu (to zdanie podziela K ä m m e r e r), z drugiej strony i wynik badania nie jest pewny. Czasami zabiegi diagnostyczne, częściej zaś terapeutyczne, przy przekroczeniu w dawkowaniu mogą wywołać zaburzenia w postaci napadu DO. lub też odczynu ogólnego (dreszcze, gorączka, poty, osłabienie), wówczas należy natychmiast zastrzyknąć adrenalinę, podwiązać obwodowo ramię i cofnąć się znacznie w dawkowaniu. Nieraz zastrzyknięcie adrenaliny w miejscu szczepienia — wstrzymuje prędko przykre następstwa. Należy również pamiętać, by podczas napadu DO. nie robić żadnych prób diagnostycznych, które mogą wpłynąć ujemnie na nadwrażliwy system nerwowy.

Co przemawia za istnieniem astmy alergicznej? B a a g o l e uważa, że następujące fakty wskazują na istnienie DO. alergicznej: 1) pacjent bywa w kontakcie z substancją, która daje dodatni odczyn skórny, 2) objawy DO. ustają po usunięciu tych allergenów z otoczenia, 3) przy ponownym kontakcie z substancją powyższą

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

A. SACHS, V. E. LEVINE i A. FABIAN. **Miedź i żelazo we krwi ludzkiej.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 2).

Miedź działa w ustroju głównie jako katalizator w odniesieniu do wzrostu, oddychania i wytwarzania krwi. Najdawniej znana była funkcja wzrostowa miedzi — w stosunku do roślin, później stwierdzono to samo i u zwierząt. Doniosłą rolę odgrywa miedź w oddychaniu pewnych skorupiaków i mięczaków, spełniając w ich barwiku oddechowym — hemocjaninie — tę samą rolę, co żelazo w hemoglobinie. Miedź wpływa katalitycznie na zdolność utleniania się żelaza, pozatem aktywuje utlenianie glutationu. W ciągu ostatnich lat zwrócono uwagę na rolę miedzi w hematopoezie, jednakże mechanizm katalitycznego działania miedzi w procesie wytwarzania hemoglobiny nie jest jeszcze wyjaśniony. Prawdopodobnie chodzi tutaj o skomplikowane współdziałanie z żelazem. Jeżeli istnieje niedokrewność, spowodowana przez niedostateczny dowóz miedzi, to logiczne jest przypuszczenie, że odbije się to na zmniejszonej ilości miedzi we krwi. Ażeby sprawę tę wyjaśnić, a jednocześnie określić stosunek ilości miedzi do ilości żelaza, autorzy przeprowadzili szereg dokładnych badań, posługując się najbardziej ścisłymi metodami chemicznymi, zarówno u ludzi zdrowych, jak i w różnych stanach chorobowych. U mężczyzn zdrowych zawartość miedzi wynosi $0,132 \pm 0,0008$ mg. w 100 cm^3 krwi, u kobiet $0,131 \pm 0,0012$ mg. A więc u kobiet jest taka sama ilość miedzi we krwi jak u mężczyzn, co w stosunku do żelaza stanowi względne zwiększenie ilości miedzi. Być może stoi to w związku z łatwiejszym występowaniem niedokrewności u kobiet (jako pewnego rodzaju czynnik kompensacyjny). Zawartość żelaza we krwi mężczyzn wynosi przeciętnie $50,13 \pm 0,15$ mg. w 100 cm^3 , u kobiet zaś $43,42 \pm 0,19$ mg. Najczęściej spotykana wielkość (moduł) wynosi u mężczyzn 50 mg., u kobiet 45 mg. To, że u kobiet przeciętna jest mniejsza od modułu, wykazuje tendencję normalnych kobiet do stanu niedokrewnego. Ilość hemoglobiny może być łatwo określona na zasadzie ilości znalezionej żelaza. Ponieważ hemoglobina zawiera 0,335% żelaza, przeciętnie w 100 cm^3 krwi mieści się $14,96 \pm 0,045$ g. hemoglobiny u mężczyzn i $12,96 \pm 0,06$ g. u kobiet. Wobec tego należałoby mieć oddzielnie nacechowane hemoglobinometry dla mężczyzn i dla kobiet. U mężczyzn 50 mg. Fe odpowiada 100% Hb, więc można łatwo otrzymać % Hb z ilości Fe, mnożąc ją przez 2. U kobiet podobnie, ale ponieważ 100% Hb odpowiada 45 mg. Fe, mnożyć należy przez 2,22. Zwiększenie zawartości miedzi we krwi — hiperkupremja, znaleźli autorzy w całym szeregu stanów chorobowych z zaburzeniami w obrazie krwi, jak np. w niedokrewnościach wtórnych, w niedokrewności złośliwej, anemji v. J a k s c h a, sierpowatej, w chorobie B a n t i e g o, zimnicy, białaczce szpikowej, otruciu arsenikiem, raku. W niedokrewnościach stwierdza się wzrastanie ilości miedzi przy spadaniu ilości żelaza. Hiperkupremja jest zwykłą odpowiedzią na hipoferronemję. W przypadku choroby V a q u e z a z b. dużą ilością żelaza i prawidłową ilością miedzi podczas wystąpienia przejściowej niedokrewności po fenylhydrazynie zjawiała się wyraźna hiperkupremja; gdy ilość żelaza zaczęła później wzrastać, ilość miedzi zaczęła spadać. W gruźlicy również występuje hiperkupremja, średnia zawartość miedzi u gruźlików była 0,182 mg, u gruźliczek 0,195 mg. na 100 cm^3 krwi. Jest to prawdopodobnie zależne od niedokrewności, tak częstej w gruźlicy. W ustroju spora ilość miedzi jest zmagazynowana. W razie potrzeby miedź zostaje zmobilizowana i zawartość jej wzrasta we krwi. Prawdopodobieństwo wystąpienia niedokrewności spowodu-

zbyt małego dowozu miedzi w pokarmach — poza okresem niemowlęctwa — jest niewielkie, ze względu właśnie na magazynowanie miedzi i dość znaczną jej zawartość w zwykłych pokarmach. Można by myśleć ewentualnie o czemś podobnym przy długotrwałej mlecznej diecie, np. we wrzodzie żołądka. Zwiększona ilość miedzi we krwi w stanach anemicznych być może zależna jest od niezdolności wątroby lub szpiku do zużytkowania miedzi; być może w pewnych przypadkach niedokrewność jest skutkiem zaburzenia w przemianie miedzi. Jednakże najczęściej zapewne hiperkupremja jest zjawiskiem obronnym, mającym na celu zwiększenie hematopoezy i zwalczanie niedokrewności. W ciąży ilość miedzi jest zwiększona przeciętnie o 50% — poziom jej wynosi 0,195 mg. Ponieważ ilość krwi w ciąży jest również zwiększona (średnio o 23%), więc ilość miedzi, zawartej w krwiobiegu ciężarnej, jest niewiele więcej dwukrotnie większa, niż także ilość u kobiet poza ciążą. Natomiast żelaza jest we krwi ciężarnych mniej, niż w normie (przeciętnie 40,44 mg w 100 cm^3 krwi), a więc podczas ciąży istnieje względna niedokrewność. Hiperkupremja ciężarnych z normalną ilością żelaza odzwierciedla fizjologiczny proces przenoszenia miedzi z ustroju matki do ustroju płodu. W przypadkach z hipoferronemją może do tego dołączyć się proces zwalczania niedokrewności ciężarnej. Zawartość miedzi we krwi noworodka była stale większa, niż zawartość miedzi we krwi matki. H. M a k o w e r (Łódź).

H. HOFF, K. KOCK-MOŁNAR i H. URBAN. **Występowanie hormonów w płynie podpotylicznym.** (Wien. kl. Woch. Nr. 19/1934).

Obecność hormonów można wykazać w płynie mózgowym przedewszystkiem wydobytych zapomocą nakłucia podpotylicznego, podczas gdy w płynie z innych miejsc ośrodkowego układu nerwowego wykazanie ich jest ledwie możliwe lub zupełnie niemożliwe. Menformon (follikulina) znajduje się w płynie podpotylicznym przeważnie w wyższym stężeniu niż we krwi. Prolan znajduje się w zasadochłonnych gruczolakach przysadki mózgowej, dlatego też zasadochłonne komórki przysadki mózgowej należy przypuszczalnie uważać za miejsce jego wytwarzania. Menformon można było wykryć we krwi i płynie mózgowordzeniowym zarówno kobiet, jak i mężczyzn, a mianowicie w guzach przysadki mózgowej, w rakach i procesach zapalnych ośrodkowego układu nerwowego. Występowanie menformonu u obu płci odbiera mu charakter specyficznego hormonu płciowego. Jest to prawdopodobnie ciało, które wytwarza się wszędzie tam, gdzie odbywa się nowotworzenie komórek. Podczas miesiączkowania można wykryć menformon również w płynie mózgowordzeniowym.

A. N e u m a n n (Baden-Wien).

Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka lekarska.

A. LEMIERRE. **O szczepieniach przeciwdurowych.** (Rev. d'Immunol, 1935, t. 1, zes. 3).

Obowiązkowe szczepienia przeciwko durowi i paradyrom A i B we wojsku francuskim spowodowały zupełne przesunięcie stosunku zachorowań kobiet i mężczyzn. O ile dawniej mężczyźni chorowali 3 razy częściej na dur brzuszny niż kobiety, to obecnie choruje 3 razy więcej kobiet; stosunek ten przesunął się jeszcze bardziej na korzyść mężczyzn, jeżeli weźmie się pod uwagę klasę wieku powyżej lat 20. W czasie epidemii można szczepienia przeprowadzać bezkarnie. Faza ujemna występuje tylko przy stosowaniu nadmiernie dużych dawek; praktycznie biorąc, nie odgrywa ona żadnej roli. Jak wykazało doświadczenie, szczepieni w okresie wylegania się

durę przechodzili chorobę bardzo lekko. Wielu ludzi nie zgadza się na szczepienie spowodu obawy przed gwałtownymi odczynami poszczepiennymi. Z tego też powodu duże powodzenie znalazły szczepienia doustne. Niestety, wyniki ich pozostawiają wiele do życzenia. Trzeba jednak przyznać, że i szczepienia podskórne nie we wszystkich przypadkach dają należyłą ochronę. Analizie tej kwestii poświęca autor większą część swej pracy. W czasie wojny zdarzało się, że szczepień żołnierze, znajdujący się w silnie zakażonych miejscowościach, znużeni ciężkim trudem wojennym, zapadali na dur lub parady. Jest rzeczą zrozumiałą, że połączenie wyjątkowo masywnej infekcji z obniżeniem sił obronnych ustroju spowodu wycieńczenia doprowadzić może do wystąpienia choroby. Zdarzają się jednak zakażenia u szczepionych i w okresie pokoju, gdzie i warunki higieniczne nie były specjalnie złe. *L e m i e r r e* wysuwa tutaj poza naogół łagodnym przebiegiem tych przypadków 2 sprawy. Przedewszystkiem częstsze występowanie choroby u osobników, którzy byli szczepieni przeszło 4 lata przed zakażeniem. Jeszcze przed wojną komisja angielska do szczepień przeciwdurowych ustaliła długotrwałość ochrony, wywołanej przez te szczepienia, na 4 lata. Oczywiście, że istnieje wielu takich szczepionych, którzy tę ochronę zachowują znacznie dłużej. Wygasaniu odporności szczepionych można zapobiec przez dodatkowe szczepienie jednorazowe. Drugą sprawą jest niedostateczna naogół liczba szczepień. Początkowo stosowano 4 szczepienia we Francji, później — ze względu na niechęć do tak częstych szczepień i częstych odczynów poszczepiennych — zredukowano je do 2. Tu właśnie leży, zdaniem *L e m i e r r e*a, przyczyna załamania się niekiedy skuteczności szczepień. Abyby szczepienia były skuteczne, musi antygen dostatecznie często i w dawkach wzrastających dostawać się do ustroju. Już obecnie wypuszcza Instytut *P a s t e u r a* pudełka ze szczepionką TAB do użytku indywidualnego z 3 ampulkami. Należałoby je powiększyć do 4. Zwalczając odczyny przykre można za pomocą metody doskórno wstrzykiwania 0,1 — 0,2 cm³ rozcienzonej roztworem fizjologicznym w stosunku 1 : 4 szczepionki TAB (*T a n o n i C a m b e s s é d è s*); jeżeli powstaje silny odczyn skórny, początkowa dawka szczepionki musi być mała, następne powoli wzrastają. U dorosłych stosuje *L e m i e r r e* szczepienia w sposób następujący. 1-sze wstrzyknięcie wynosi 0,5 cm³ TAB, 2-gie—0,75—1,0 cm³, 3-cie—1,0—1,5, 4-te—1,5—2,0. Przerwa między wstrzyknięciami wynosić winna 3 tygodnie, a już najmniej 15 dni. Słabsze dawki daje się osobnikom, wykazującym silniejsze odczyny poszczepienne. Jeżeli odczyny są bardzo nieznaczne lub nieobecne, można dać na obydwie ostatnie wstrzyknięcia po 2 cm³. Dzieci znoszą szczepienia przeciwdurowe znacznie lepiej. Ponieważ zaczynają chorować dopiero od 2 lat życia, w tym właśnie wieku należy je szczepić. Dawki wynosić tu będą 1/10—1/8 cm³ na pierwsze, 1/4 na 3 następne wstrzyknięcia. W wieku lat 10 pierwsza dawka wynosi 0,25 cm³, następne 0,5, a nawet 0,75 i niekiedy 1,0 — ostatnia. Od lat 15 dawki jak dla dorosłych. Odświeżanie odporności przez dodatkowe wstrzyknięcie jest zwłaszcza wskazane przy wyjazdach do okolic lub krajów, gdzie dur silnie panuje. Dużym bodźcem do rozszerzenia szczepień przeciwdurowych jest stosowanie szczepień skojarzonych: durowo - paradyrowo - błoniczych, durowo-paradyrowo-tężcowych, a nawet durowo - paradyrowo - błonico - tężcowych.

H. M a k o w e r.

S. PELLAR. O wzroście dojrzewającej młodzieży w latach 1929—32. (Wien. Kl. Woch. Nr. 22/1934).

Autor obliczył przeciętne wymiary ciała 30.000 w wieku od 14—16 r. życia w latach 1929—32 i porównał z normalnymi wymiarami *K o r n f e l d a*. W obliczeniach tych uwzględnione zostały różnice płciowe wzrostu. Chłopcy są w wieku po-

kwitania bardziej wysmukli, wykazują oni o wiele większy wskaźnik pełności ciała i mniejszą wagę 1 cm³, niż dziewczęta. U chłopców zmienność poszczególnych wymiarów jest znacznie większa, niż u dziewcząt. U chłopców krańcowe wartości są we wszystkich 6 semestrach wieku wybitniej wyrażone, średnie (przeciętne) wartości występują w mniejszym odsetku. Zatem zarówno wysocy, jak i niscy osobnicy są stosunkowo liczniejsi, niż u dziewcząt. Jeżeli chodzi o rozmaite grupy wagi, różnice płciowe wyrażają się w ten sam sposób, jak różnice wzrostu, lecz nie tak wybitnie. W latach 1929—32 młodociani byli lepiej wyrażeni, niż w pierwszych latach powojennych i w czasach przedwojennych. Stanowi to wynik zdrowego wychowania i spotęgowanej troski, którą w ostatnich latach otoczono dzieci szerokich warstw. W roku 1932 młodociani każdej grupy wieku są przeciętnie wyżsi i mają większą wagę, niż w latach 1929/31. Pomimo szerokiego zakresu przeprowadzonych badań, różnice leżą jednak w granicach błędów. Nie powstały one prawdopodobnie wskutek tego, że w roku 1932 przeważały w materiale autora lepiej usytuowane warstwy społeczeństwa. Możliwe jest, że niedła dla dziecięcych w czasie wojny i inflacji zahamowała późniejszy rozwój, a więc przeciwdziałała pełnemu rozwojowi młodocianych, któryby odpowiadał większej troskliwości, jaką otoczono dzieci w ostatnim dziesięciu lat, i zdrowszym warunkom wychowania. W miarę coraz większego oddalania się w czasie od epoki inflacji, młodociani zbliżają się do najlepszego stanu rozwojowego. W obecnej chwili wśród ogółu młodzieży nie spotyka się więcej niedożywionych i niedorozwiniętych młodzieńców, niż w poprzednich latach.

A. N e u m a n n (Baden-Wien).

Lecznictwo.

O. LEWIN. W sprawie przetaczania krwi w razie istnienia panaglutynacji. (Wien. kl. Woch. Nr. 23/1934).

Panaglutynacja jest zjawiskiem polegającym na tem, że surowica aglutynuje swe własne ciała krwi; wśród 3000 swych przypadków stwierdził autor to zjawisko tylko dwukrotnie. Zagadnienie, czy w tych przypadkach można wykonywać przetaczanie krwi, rozstrzyga autor w sensie dodatnim, gdyż ma się tutaj do czynienia z aglutynacją, odbywającą się tylko na zimno. W przypadkach panaglutynacji przetaczanie krwi, należącej do tej samej grupy, jest zatem dozwolone.

A. N e u m a n n (Baden-Wien).

S. JELLINEK. Nowa metoda sztucznego oddychania. (Wien. kl. Woch. Nr. 26/1934).

Chorego uklada się w pozycji poziomej na grzbiecie, następnie wsuwa się pod grzbiet, a mianowicie w obrębie górnego kąta łopatki złożone sukno, wskutek czego między ramionami a podstawą pozostaje wolna przestrzeń. Następnie wsuwa się drugi i trzeci palec jednej dłoni chorego do ust w ten sposób, że język nie może się zapasać ku tyłowi, lokieć tej ręki musi się opierać o przedni rozpór koszuli, ażeby ręka, która w ten sposób przytrzymuje język ku przodowi, nie opadała. Następnie ujmuję się każde ramię dłonią i przyciska do podstawy, później zaś puszcza się, ażeby po upływie 1 — 2 sekund znowu je rytmicznie przycisnąć. Ruchy klatki piersiowej odbywają się po części dzięki wyprostowywaniu kręgosłupa (na podłożonej podściółce), poczęści dzięki unoszeniu górnych żeber. Zwiększają przytem wszystkie trzy średnice klatki piersiowej.

A. N e u m a n n (Baden-Wien).

Nelson W. BARKER, George E. BROWN i Grace M. ROTH. Wpływ wyciągów tkankowych na ból mięśniowo pochodzenia ischemicznego (chromanie przestankowe). (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 189, z. 1).

Autorzy z kliniki *M a y o* badali wyciąg trzustkowy, mięśniowy i adenozyne. Posługiwali się następującą próbą

czynnościową: po półgodzinnym odpoczynku chodzenie po poziomej powierzchni z szybkością 120 kroków na minutę aż do wystąpienia bólu i konieczności wypoczynku („czas chromania“). W 92% przypadków, w których stosowano wyciąg trzustkowy 568 S h a r p i D o h m e, (3 cm³ domięśniowo) wystąpiło wyraźne wydłużenie czasu chromania, dla wszystkich 55 przypadków przeciętnie 1.85 razy; w *thromboangiitis obliterans* były nieco lepsze wyniki, niż w chromaniu na tle miażdżycowym (wydłużenie czasu chromania w 1-em o 1.98, w 2-em o 1.65 razy). Stwierdzono poprawę już po 1½ — 2 godz., maksymalna poprawa występowała zwykle po 24 godz., utrzymywała się przez 2 do 7 dni, zwykle 4 dni, poczem stopniowo następował nawrót do stanu poprzedniego. Wyciąg mięśniowy „Myoston“ Henninga, przygotowany według metody S c h w a r t z m a n n a dał podobne wyniki przy stosowaniu domięśniowym. Przeciętnie wydłużał się czas chromania 2.1 razy, jednakże tylko 1 chory z 5 z miażdżycowym chromaniem wykazał znaczną poprawę, inne przypadki z poprawą tęczyły się *thromboangiitis obliterans*. Myoston, podawany doustnie, wywoływał poprawę w 75% przypadków, trwała ona zaledwie 2 dni. Uzyskano również poprawę czasu chromania po domięśniowym stosowaniu kwasu adenozyno-fosforowego (M. A. P.) Henninga, wydłużenie czasu chromania wynosiło 1.6 razy. Adenozyna często wywoływała wydłużenie czasu chromania 1.4-krotnie. Wszystkie preparaty powyższe znoszone były dobrze. Wywoływały one pewne zwiększenie ciepłoty skóry nalców u nogi, jednakże tylko bardzo krótkotrwałe. Nie było żadnej współzależności między podwyższeniem ciepłoty a skutecznością działania preparatów. Preparaty te nie działały przez rozszerzenie naczyń. Stosować je należy tam, gdzie nie ma jeszcze zmian troficznych. Zwykle 1 wstrzyknięcie tygodniowo wystarcza. H. M a k o w e r.

PECK i ROSENTHAL. Działanie jadu węża *moccasin fancistrodon piscivorus* w stanach krwotocznych. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 13, 1935).

W r. 1928 opisał S c h w i r t z m a n n objaw odczynu skórniego w postaci miejscowej martwicy krwotocznej, który otrzymywał, o ile przesącze bakteryjne wstrzykiwał najpierw doskórnie i po pewnym okresie czasu — dożylnie. Późniejsze doświadczenia na królikach wykazały, że, o ile minęło 14—30 dni od wstrzyknięcia królikowi jadu wężów, to objaw S c h w a r t z m a n n a u większej liczby królików potem nie występuje. Ponieważ nie stwierdzono przyczyn żadnych krążących przeciwiał, ponieważ przeciwiadw nie wywierają żadnego wpływu na przebieg fenomenu S c h w a r t z m a n n a, ponieważ te właściwości odpornościowe na fenomen S c h w a r t z m a n n a nie dały się biernie przenieść — wnioskowano, że odporność ta zależy od pewnych zmian w ścianach naczyńniowych, albo od wpływu na czynniki, warunkujące krzepliwość krwi. Stąd stany krwotoczne zaczęto leczyć jadem wężów. Stwierdzono później, że wspomniane właściwości posiadają tylko jady niektórych wężów i szerególnie czynny w tym względzie okazał się jad węża *moccasin*. Ten jad wężowy został przygotowany w postaci ampulek, zawierających jad rozcieńczony 1 : 3000 w soli fizjologicznej. Dawniej stosowano jad doskórnie, stosując 0.4 cc., jako najwyższą dawkę. W ciągu ostatnich kilku lat zaczęto stosować jad podskórnie, ponieważ wstrzykiwania są mniej bolesne, a efekt kliniczny jest taki sam. Materiał kliniczny zawierał: idjopatyczne krwawienia z nosa i krwioplucie w rozstrzeniach oskrzeli bez zmian we krwi; czynnościowe krwawienia maciczne; przypadki plamicy (*purpura*) toksycznej, anafilaktycznej i endokrynnej, przypadki choroby O s l e r a (*Teleangiectasiae hereditariae multi.*); w schorzeniach, przebiegających ze zmianami we krwi jak *purpura haemorrhagica thrombocytopenica*. W schorzeniach,

przebiegających bez zmian we krwi, działanie jadu wężów okazało się skuteczne przy stosowaniu do- i podskórnym w dawce 0.2 — 1.0 cc. roztworu 1 : 3000. W *purpura thrombocytopenica haemorrhagica* jad wężów wydaje się skuteczny tylko w pewnych przypadkach. W przypadkach wrodzonej krwawiczki jad wężów nie wywiera żadnego wpływu na stan krwotoczny. Jad wężów nie powoduje żadnych zmian w obrazie krwi. Najczęściej pozostaje bez wpływu na czas krwawienia.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

GAUL i STAUD. Spektroskopia kliniczna w srebrzycy (*argyria*). (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 16, 1935)

Piśmiennictwo najnowsze notuje wzrost przypadków srebrzycy. Winno to być ostrzeżeniem dla bardziej ostrożnego stawiania wskazań do stosowania leczniczego preparatów srebra i ich dawkowania. Ostatnio zanotowano u 15 dzieci poniżej 10 lat objawy srebrzycy po stosowaniu wewnętrznym preparatów srebra (*Argyrol* i *Neo-Silvol*). Dzieci te przez całe życie będą się wyróżniały stałowo-szarawo-niebieskawym zabarwieniem skóry, ponieważ dotychczas nie mamy środków leczniczych przeciwko srebrzycy. Od 1914 do 1928 r. zanotowano 13 przypadków tego cierpienia po doustnym, dogardzielowym i donosowym stosowaniu organicznych i koloidalnych związków srebra. Od r. 1928 zanotowano dalszych 27 przypadków, a więc wzrost 100%. Około 30% dotyczyło osobników poniżej 40 lat, a 20% poniżej 10-ciu lat bez przewagi płci. W 65% *argyria* występowała po stosowaniu dogardzielowym i donosowym, a w 35% po stosowaniu doustnym. Czas stosowania preparatów srebra w tych przypadkach wahał się od miesiąca do 11 lat. W 20% chodziło o *Neo-Silvol*; w 22% — o *Collargol*; w 55% — o *Argyrol*. W 1918 r. wprowadzono do leczenia kily połączenie preparatu arsenikowego ze srebrem (*Ag — arsphenamina*). Związek ten zawiera 2 czynniki chemoterapeutyczne — arsenik i srebro, a możliwie i trzeci czynnik — działanie katalityczne srebra na drobne arsphenaminową. Według niektórych syfilidologów stanowi ten związek potężny lek zwłaszcza w przypadkach późnej kily mózgowo-rdzeniowej; inni jednak przestrzegali przed możliwością srebrzycy. U niektórych chorych zmiany zabarwienia skóry spostrzegano po 4, 7 i 8 g., u innych — dopiero po 20 g. Srebro we krwi można wykryć przy odczytywaniu biospektrogramu. Przy użyciu tej metody obserwował autor 70 przypadków srebrzycy. Zabarwienie skóry zależy od czasu trwania i intensywności nasłonecznienia i od ilości wprowadzonego srebra. Klinicznie srebrzycę stwierdza się dopiero po ilości srebra, stanowiącej ekwiwalent około 8 Gr. *Ag-arsphenaminu*. Biospektrometria pozwala syfilidologowi w toku kuracji *Ag-arsphenaminą* wcześniej stwierdzić retencję srebra; winna więc być powtarzana przed i podczas kuracji. U ludzi zdrowych biospektrometria również wykrywa czasami widmo srebrne (podawanie potraw na srebrnych naczyniach stołowych), ale tak nagle, że dla jego stwierdzenia potrzeba powiększającego szkła.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby alergiczne.

Pasteur VALLERY-RADOT i G. MAURIC. Rozpoznanie stanów anafilaktycznych człowieka za pomocą prób anafilaksji biernej. (Rev. d'Immunol., 1935, t. 1, z. 3).

Autorzy oddają krytyce próby wykrywania stanów anafilaktycznych człowieka za pomocą uczulania surowicą badanych osobników zwierząt doświadczalnych i wywoływania następnie odczynów anafilaktycznych przez wstrzykiwanie odnośnych alergenów. Zwłaszcza nie nadają się do tego celu najczęściej używane świnki morskie. Natomiast próba P r a u s n i t z - K ü s t n e r a ma dużą wartość praktyczną. Wstrzykiwać surowicę i roztwór antygenowy należy na przedniej po-

wierzchni przedramienia, inne miejsca są mniej czule. Ciekawe jest powstawanie odczynu skórniego w innych miejscach, niż te, w które pierwotnie wstrzyknięto surowicę.

H. M a k o w e r,

K. P. EISELSBERG i F. KAUDERS. Nowsze punkty widzenia w leczeniu schorzeń pokarmowo-allergiczych. (Wien. kl. Woch. Nr. 22/1934).

Francuski preparat Anaclatine posiada tę zaletę, że zawiera 16 propeptonów, dzięki czemu można występować masowo przeciwko alergenom pokarmowym. W wielu przypadkach jednak dawki są zbyt małe. Oczywiście, prócz 16 pokarmowych wywołujących istnieją jeszcze inne, na które nie można odczulić pacjentów Anaclatine. Dobre usługi świadcza przerywające napad działanie dużych ilości cukru, podanego doustnie; pomyślne wyniki daje również długotrwałe, a nawet stałe stosowanie diety, bogatej w węglowodany, zwłaszcza bogatych w węglowodany kolacji oraz podawanie cukru w nocy.

A. N e u m a n n (Baden-Wien).

Choroby zakaźne.

KARELITZ i SCHICK. Czynniki epidemiologiczne w profilaktyce odry. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 12, 1935).

Przy użyciu w celach zapobiegawczych surowicy krwi ludzi dorosłych zauważyli autorzy, że interpretacja wyników zależy od tego, czy się brało w rachubę pewne czynniki epidemiologiczne. W tych samych warunkach i przy takiej samej technice otrzymywano wyniki dobre, a więc wysoki odsetek ochronny, o ile dzieci pozostawały w szpitalach, ochronkach i t. p., natomiast w warunkach domowych wyniki były dużo gorsze. W pracy swej autorzy zamierzali określić: 1) jak wypadła dokładne porównanie wyników stosowania w celach zapobiegawczych surowicy ludzi dorosłych i następczego wystawienia na możliwość infekcji odrowej w szpitalu i wogóle w zakładzie zamkniętym i w domu? 2) czy można różnicę w działaniu znieść przez zwiększenie dawki lub użycie silniejszej surowicy? 3) czy wyniki w warunkach domowych zależą od warunków higieny? J o r d o n twierdzi, że w warunkach domowych kontakt jest bliższy, wobec czego radzi stosować w domu większe dawki surowicy, mianowicie 6—18 ccm. P a r k i F r e e m a n stosowali 6 ccm. surowicy zarówno w zamkniętych zakładach, jak i w domu, przyczem wyniki ochronne wyrażały się stosunkiem liczbowym 91:52. Autorzy badali w tym kierunku 263 przypadki. Stwierdzili oni, że odsetek wyniku ochronnego w warunkach domowych zbliża się do odsetka w zakładach zamkniętych w miarę, jak lepsze są warunki higieniczne. Duże znaczenie posiada możliwość wczesnego izolowania dziecka. W tych samych warunkach domowych uzyskiwali autorzy lepsze wyniki ochronne przy zastosowaniu większej dawki surowicy.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

FERRY i STELLE. Czynne uodpornianie toksyną meningokokową. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 12, 1935).

W 1931 r. stwierdził F e r r y obecność rozpuszczalnych egzotoksyn w przesączu buljonowym czterech znanych G o r d o n o w s k i c h typów meningokoka, specyficznych dla każdego typu; wstrzykiwanie zwierzętom tych toksyn powodowało powstanie antytoksyn. Sposobem analogicznym do metody S c h i c k a i D i c k a stwierdzono u 50% dzieci wrażliwość w stosunku do jednej lub kilku wspomnianych toksyn. U zwierząt doświadczalnych udaje się czynne uodpornienie po zastosowaniu toksyny meningokokowej, i autorzy dążyli do stwierdzenia, czy takie czynne uodpornienie jest także możliwe u dzieci. Pierwszem oceny stanu odpornościowego był wynik próby S c h i c k a i D i c k a przy użyciu

danej toksyny meningokokowej. Na większym materiale ludzkim w wieku od 12 do 18 lat z dodatnim wynikiem wspomnianej próby stosowano podskórnie nierozcieńczoną toksynę. Toksynę o znanej sile wstrzykiwano jednej grupie 3 razy w kolejnych dawkach 0,1 — 0,5 — 1,0 ccm.; co stanowi ekwiwalent 8000 dozowanych dawek skórnych; drugiej grupie — 4 razy w kolejnych dawkach 0,1 — 0,5 — 1,0 — 1,5 ccm., co stanowi ekwiwalent 13,500 dawek skórnych. Pod dozowaną dawką skórną rozumie się ilość toksyny, która daje odczyn skórny o średnicy najmniej 10 mm. Użyta przez autorów toksyna w ilości 1 ccm. odpowiadała 5000 dawkom skórnym. Próbę S c h i c k a i D i c k a wykonano ponownie po upływie 8 tygodni; stwierdzono przytem, że na ogólną liczbę 323 dzieci 155, a więc 66,8% dawało odczyn ujemny. Autor sądzi, że odsetek wyników ujemnych po szczepieniu byłby większy, gdyby szczepiono większymi dawkami toksyny lub stosowano szczepienie homologiczne, to znaczy ustalano by typ toksyny, na którą dany osobnik jest wrażliwy, i szczepiono by tylko tą toksyną, a nie mieszaniną toksyn, otrzymanych z kilku szczepów meningokoka, jak to robili autorzy.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

HOYNE. Nowa metoda leczenia meningokokowego zapalenia opon mózgowych. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 12, 1935).

Podwaliny dla panującej koncepcji etiologicznej meningokokowego zapalenia opon mózgowych stworzył w r. 1887 W e i t h s e l b a u m przez wykrycie meningokoka. J o c h m a n n wprowadził do kliniki lecznicze zastosowanie surowicy przeciwmeningokokowej, przyczem przez długi okres czasu działania lecznicze tej surowicy tłumaczono jej właściwościami antybakteryjnymi, a nie znano jeszcze właściwości wytwarzania toksyn przez meningokoka. W ostatnich czasach F e r r y stwierdził obecność rozpuszczalnych egzotoksyn w przesączu buljonowym czterech znanych G o r d o n o w s k i c h typów meningokoka. U zwierząt, którym toksyny te zastrzykiwano, powstawały antytoksyny. Stwierdzono dalej, że surowica ozdrowieńców posiada właściwości zubożniania tych toksyn. F e r r y wnioskuje, że objawy doświadczalnego meningokokowego zapalenia opon mózgowych u zwierząt zależą od wybiórczego działania toksyn na mózgowo-rdzeniowy aparat nerwowy. Tenże autor stwierdził, że, o ile zwierzęciu wprowadzi się do cysterny śmiertelną dawkę toksyny lub dordzeniowo złośliwą hodowlę bakterij, to równocześnie dootrzewnowe wprowadzenie antytoksyny działa ochronnie, co nie następuje, o ile zamiast antytoksyny użyje się standardyzowanej surowicy przeciwmeningokokowej. Uodpornianie zwierząt przez wprowadzenie do cysterny dawek toksyny, niższych od śmiertelnych czyni je niewrażliwymi na działanie śmiertelnych dawek żywej hodowli bakteryjnej. Antytoksyny tej użył w swej pracy autor. W 372 przypadkach *meningitis epidemica* zastosował w 85 antytoksynę, u reszty chorych — surowicę. Antytoksynę stosował w ilości 60 — 100 ccm. w 120 — 200 ccm. fizjologicznego roztworu soli lub 10% dekstrozy dożylnie. Dawka ta może być powtarzana codziennie, o ile stan chorego wymaga tego; zwykle jedna duża dawka dożylna okazywała się wystarczająca. Przy stosowaniu dordzeniowem ilość antytoksyny wahała się od 20 do 40 ccm. dziennie, aż płyn mózgowo-rdzeniowy stawał się klarowny przyczem przed każdym wprowadzeniem antytoksyny wypuszczano nieco większą ilość płynu mózgowo-rdzeniowego. Droga domięśniowa jest mniej wskazana. Przy ogólnej ocenie wyników leczenia stwierdził autor na swoim materiale śmiertelność około 50% mniejszą w przypadkach, w których zastosował leczniczo antytoksynę meningokokową.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

występują ponowne objawy nadwrażliwości (przytem pacjent nie jest uprzedzony o wykonywanej próbie, by usunąć wpływy sugestji).

Gdy próba wykrycia alergenu za pomocą testów nie udaje się, dążymy do rozpoznania alergenu w inny sposób, a mianowicie: 1) usuwamy z otoczenia podejrzane zwierzęta domowe; 2) odstawiamy podejrzane leki; 3) wyszukujemy ogniska bakteryjne (migdały); 4) zmieniamy sypialnię, mieszkanie, miejscowość; 5) umieszczamy chorego na 3 dni w kamerze bezalergenowej przy dźwiękach mieszanej, a gdy to nie pomaga, ustanawiamy 2 dni głodówki (Kämmerer). W ten sposób wyłączamy wpływ poszczególnych alergenów: zwierzęcych, lekowych, bakteryjnych, mieszkaniowych, klimatycznych, pokarmowych. Najczęściej jednak — jak wspomniano — spotykamy *multisensibilitas* ustrojową — i to stanowi największą trudność w leczeniu odczułającym astmę allergenowej.

W wypadkach allergji mieszanej odczułamy ustrój za pomocą zastrzykiwania podskórnego tego wyciągu, który podczas prób dał najsilniejszy odczyn lub też — jeżeli ominąć nieswoistą terapię — zapobiegawczo izolujemy chorego od „agent provocateur”, zwłaszcza, jeżeli nim jest kurz mieszkaniowy, pył roślin, pleśń, puch, sierść zwierząt lub też zmiana klimatu albo mieszkania (czasami przeprowadzka usuwa napady DO.).

Zapał, towarzyszący pierwszemu okresowi prac nad wykrywaniem alergenu swoistego w DO. oraz odczuleniem, stopniowo ostygł. Gorący jego obrońcy — amerykańanie Walker i Coca oraz holenderczyk Storm van Leeuwen, który założył nawet specjalną klinikę dla chorych allergicznych w Leyden — nie znajdują w naśladowcach tej bezwzględnej wiary i pewności co do skutków anti-allergicznego postępowania leczniczego. Klewitz z Marburga twierdzi na podstawie badań, opartych na obfitym materiale, że chory na DO. reaguje również dodatnio na te wyciągi, których allergeny nie mają nic wspólnego z jego chorobą (np. chorzy na dychawicę sienną reagują na wyciąg włosów końskich); autor rzadko widzi dodatni odczyn naskórny na pojedynczy allergen, najczęściej ustrój reaguje na cały szereg wyciągów, przyczem dodatnia próba naskórna nie jest bezwzględnym dowodem istnienia nadwrażliwości na allergen, zawarty w wyciągu; wreszcie, substancja, dająca dodatni wynik próby naskórnej, może nie wpływać przy leczeniu na poprawę. Z tego względu — wnioskuje Klewitz — swoiste odczulenie daje rzadko zupełnie pewne wyniki. Również Anthony przeprowadził u 57 chorych na DO. badania prób odczynu allergenowego za pomocą wodnych wyciągów allergenów i ani u jednego chorego nie wykrył swoistego alergenu. Natomiast u 45-ciu chorych udało mu się otrzymać dodatni odczyn skórny na nieswoiste środki (0,5% peptonu), przyczem skóra reagowała w sposób, charakterystyczny dla odczynu allergenowego. Löb przekłada nieswoiste odczulanie, gdyż wykrywanie alergenu swoistego jest trudne, a odczulanie bardzo często się nie udaje. Przy nieswoistym odczuleniu posługujemy się następującymi środkami: peptonem, tuberkuliną, mlekiem, siarką i surowicami.

Najczęściej bywa stosowany pepton. Löb stosuje Pepton-Witte, zawierający albumozy, podając go — rzadziej dożylnie, częściej domięśniowo, począwszy od 0,1 cm.³ 4% jałowego roztworu, każdorazowo świeżo przygotowanego i stopniowo zwiększając dawkę o 0,1 do maksymalnej, wynoszącej 1 cm.³. Tygodniowa liczba

zastrzyknięć wynosi 2—3, ogółem: 12—15. Po 3—4 miesiącach należy powtórzyć kurację. Podczas kuracji należy kontrolować stan ciepłoty (w gruźlicy czynnej peptonu stosować nie należy). U 33% chorych na DO. autor usuwał napady, przyczem towarzyszący nieżyt oskrzeli ginie przy jednoczesnym podawaniu środków wykrztuśnych, inhalacji, ćwiczeń gimnastycznych i t. p. Widala zalecał pepton *per os* (3 x dziennie po 0,5 godzinę przed jedzeniem) zwłaszcza w DO. u dzieci, w porazywce i w migrenie — z dobrymi wynikami. Miller i Roultston stosują w DO., *rhinitis vasomotorica* i w obrzęku Quinckego dożylnie zastrzykiwania peptonu w ilości od 0,5 do 2,0 cm.³. Również Auld stosuje pepton dożylnie, uważa jednak, że należy go raczej stosować domięśniowo (5—10%) lub doskórnie z obawy przed zapaścią. Kämmerer po stosowaniu domięśniowym peptonu widzi jedynie przejściową poprawę, przyczem uważa, że dodatni wynik kuracji może zależeć od sugestji, co zbliża nas do twierdzenia Ramireza o bezskuteczności stosowania peptonu w DO.

W naszych przypadkach DO., w których wypadło nam przeprowadzić odczulenie nieswoiste, stosowaliśmy pepton 0,5 — 1 cm.³, czyli 50% — doskórnie codziennie lub co II dzień w dawkach, począwszy od 0,1 i stopniowo zwiększając, dochodziliśmy do 0,4 cm.³. Miejsce wybrzek względnie stan gorączkowy nakazywał cofnięcie się w dawkowaniu. Wśród 12 chorych na DO., jedynie u 7-miu wystąpiła poprawa, przyczem u 3-ch chorych nastąpiło wyleczenie (napady DO. zniknęły na 2—3 lata). Oprócz czynnika leczniczego, będącego następstwem podawania peptonu, wchodziły niejednokrotnie w grę — czynniki psychiczne — wiara w działanie leku oraz jednoczesne leczenie objawowe.

Celem nieswoistego odczulenia ustroju, obarczonego DO., wprowadzono poza peptonem — tuberkulinę. Storm van Leeuwen i inni stosują starą tuberkulinę Kocha. Pierwsze wstrzyknięcie u chorego na DO. z mocno dodatnim Pirquetem (lub przy podejrzeniu na *tbc*) wynosi 1 cm.³ (1 : 10.000.000), ze średnio dodatnim Pirquetem i przy braku podejrzenia o gruźlicę — 1 cm.³ (1 : 1.000.000); przy ujemnym lub prawie ujemnym Pirquetcie 1 cm.³ (1 : 100.000).

Wstrzykiwania te wykonywa się podskórnie początkowo 2 razy tygodniowo, następnie 1 raz tygodniowo, po pewnym czasie raz na 2 tygodnie, przyczem za każdym razem zwiększa się dawkę o 0,1 cm.³, cofając się do poprzedniej dawki, gdy wystąpi odczyn miejscowy lub ogólny. Leczenie trwa rok i nawet dłużej. Również Kämmerer stosuje tuberkulinę. Morawitz nie widzi dodatniego wyniku stosowania tuberkulinoterapii. Im większa wrażliwość na tuberkulinę, tem lepszy wynik, twierdzi Klewitz, a że chorzy na DO. allergiczną są nadmiernie wrażliwi na tuberkulinę (Dresel, Klewitz), nawet przy braku czynnej gruźlicy, więc autor stosuje często tuberkulinę i doprowadza do odczynu miejscowego oraz do stanu podgorączkowego. Tuberkulina ma wywołać przestrojenie organizmu, usuwając w ten sposób skłonność do reakcji na zadziałanie alergenu (Klewitz). Jednocześnie autor radzi stosować naświetlanie prom. Roentgena, co również ma odczuć nieswoiście. Zasadniczo przy stosowaniu tuberkulinoterapii należy b. ostrożnie dawkować, zwłaszcza przy podejrzeniu *tbc*. Obserwowałem przez długie lata przypadek DO. u chorego z gruźlicą płuc włóknistą w stanie nieczynnym, u którego Storm van Leeuwen stosował tuberkulinę z ujemnym skutkiem: liczba napadów

DO. zwiększyła się i przeszła w stan astmatyczny, tak, że chory zmuszony być odstawić tuberkulinę.

Nieswoiste odczulenie bywa również wykonywane mlekiem, przyczem 1-go dnia wstrzykuje się domięśniowo 1 cm.³ i codziennie zwiększa się dawkę o 1 cm.³, dochodząc do 10 cm.³, poczem zpowrotem zmniejsza się dawkę o 1 cm.³ do 1 cm.³. Również aolan, autohemoterapia — oraz koliwacyna — mają to samo zadanie. Schottmüller podaje dożylnie szczepionkę nieswoistą z drobnoustrojów, których zazwyczaj nie znajdujemy w drogach oddechowych, celem wywołania za pomocą protein bakteryjnych immunizacji, która udzieli się błonie śluzowej oskrzeli. Spontlich w klinice Radosa wlewa w Belgradzie używa do wywołania nieswoistego odczulenia surowicy przeciwbłonicy B e h-

ringa. Ma on na celu wywołanie wstrząsu anafilaktycznego, jako środka uczulającego, by następnie odczulić ustrój. Autor za pomocą reakcji skórnej przekonywa się, czy niema uczulenia, poczem zastrzykuje podskórnio surowicę, począwszy od 0,25 i stopniowo zwiększając, dochodzi nawet do 5 cm.³ (do zjawienia się odczynu miejscowego). Potem autor wywołuje słabe wstrząsy anafilaktyczne, zastrzykując w ciągu 3-ch miesięcy raz tygodniowo podskórnio 0,5 — 1 cm.³ surowicy. Postępowanie to doprowadziło do zupełnego lub długotrwałego zniknięcia napadów DO., względnie znacznie osłabiło stan DO.

Również siarka, o której wspominaliśmy, jako o środka pyroterapeutycznym, służy do odczulenia nieswoistego.

(Dok. nast.)

O c e n y k s i ą ż e k

M. LOEPER. *Thérapeutique médicale*. (Volume VII: Vaisseaux et reins.) Pages 338. Masson et Cie Editeurs. Paris 1934. Prix 50 francs.

Monografia ta, praca zbiorowa, pod redakcją i auspicjami i przy współpracy L o e p e r a, profesora terapii paryskiego fakultetu lekarskiego, powstała. Słusznie połączono w tym tomie 7-ym „Terapii Lekarskiej” choroby naczyń, interesujące lekarzy wszelkich specjalności, z chorobami nerek, dotyczącymi pozornie tylko internistów. W dziale naczyniowym, wyłącznie przez L o e p e r a opracowanym, omówione są terapia arteriosklerozy i flebosklerozy, dusznicy bolesnej, syfilisu serca i tętnicy głównej, hipertencji i hipotonji. Rozdział, nerkom poświęcony, w pierwszej swej części, opracowany przez L o e p e r a, omawia leczenie, w drugiej, zbiorowej, interpretuje dietetykę i fizjoterapię zachorzeń nerek, ostrych i przewlekłych. Książka nie nadaje się do szczegółowego referatu.

H. H i g e r.

HIPPOKRATES. *Die altbewährte Heilkunst. — Die Kunst*. 2 Teil der „Werke des Hippokrates”, RM. 165 1934, Stuttgart, Hippokrates-Verlag.

Jest to część II-a dzieł H i p p o k r a t e s a w przekładzie lekarza-filologa K a p f e r e r a z Monachium. — Zdarzało się nieraz w starożytności, częściej w średniowieczu, że kompilacyjne dzieła o lecznictwie pisali lekarze teoretycy, a nawet nie lekarze. Monografię „O sztuce lekarskiej” w rodzaju wzmiankowanej w nagłówku — jak słusznie podkreślał już przed laty trzydziestu głośny medykohistoryk, znakomity okulista-filolog H i r s c h b e r g — mógł tworzyć jedynie teoretyk i praktyk, lekarz i przyrodnik w jednej osobie. H i p p o k r a t e s staje tu zdala od hipotez i teoretyki, a posługuje się jedynie osobistym doświadczeniem i wynikami badania przyczynowości zachorzeń. Godne podziwu, jaka moc poznania tryska z każdej stronicy tej 2½ tysięcznej liczącej księgi 75-tomowej. Pisana treściwie i przejrzyście, przystępnie i zrozumiale, technicznie świeżością dnia wczorajszego, rozwija zasady terapii, obowiązujące do dnia dzisiejszego. — Omawia ta księga, z pietyzmem tłaczona przez K a p f e r e r a, dietetykę, żywienia w zależności od ruchu ciała, dyspozycji, konstytucji i diatezy, od zwyczajów i nawyków. Terapia przyczynowa jest najracjonalniejsza, a dba przede wszystkim o utrzymanie fizjologicznej równowagi i harmonji w rozkładzie soków ustroju. Podstawy badań kausalno-etjologicznych i rozumowań u H i p p o k r a t e s a są naukowe i nowoczesne, wymowa faktów suggestywna, stawianie postulatów dyagnostyce i dezyderatów prognostyce zupełnie poważne. Autor z temperamentem przeciwstawia naukę ścisłą lekarzy

wywoodom chaotycznym medycyny ludowej, empiryków, a co gorzej, szalbierzy i cudotwórców, znachorów i partaczy. — Jako jeden z przekonywujących przykładów bardzo racjonalnej — jak na owe czasy — klasyfikacji chorób przytaczam (str. 11/37) podział na choroby egzogenne (uraz, gościec) i endogenne (konstytucjonalne), podział na trzy zasadnicze czynniki zewnątrzpochodne: bodźce atmosferyczne i termiczne, pokarmowe (nadmierne i niedostateczne żywienie) i ruchowe (nadmierne ćwiczenie i nadmierne oszczędzanie mięśni). Do głównych czynników wewnątrzustrojowych zalicza H i p p o k r a t e s konstytucję i dyspozycję, anatomiczną i fizykalno-chemiczną ustroju. Za pierwiastek bardzo dodatni i ożywczo oddziaływający na twórczość naukową oraz za wielką zasługę poczytać należy wydanie luksusowego i wzorowego — z objaśnieniami i komentarzami — przekładu dzieł ojca i twórcy medycyny późniejszej. Fakt ten pietyzmu i czci dla starożytności przy innej sposobności podkreśla też i inny recenzent (prof. B i l i k i e w i c z), pozatem skądinąd również niezbyt zachwycony licznymi ujemnymi i szkodliwymi stronami kultury nowoczesnej Niemiec i jej Trzeciej Rzeszy.

H i g i e r (Warszawa).

Viktor v. WEIZSÄCKER. *Studien zur Pathogenese*. (Wydawnictwo Georg Thieme, Lipsk 1935).

W e i z s ä c k e r, heidelberski neurolog i internista, w ostatnich latach, zgłębiwszy teorię i, jak widać, metodę psychoanalityczną, zaczął stosować ją w celu nowego ujęcia niektórych chorób wewnętrznych, zwłaszcza zaś samych związków psychofizycznych jako takich. Niektóre z tych prac ogłoszone zostały w czasopiśmie, tak np. między innymi historia przypadku zaburzenia w oddawaniu moczu, wspomniana pokrótce w omawianej książeczce, znalazła swoje b. szczegółowe i pogłębione opracowanie w dużej pracy, umieszczonej w *Międzynar. Czasopiśmie Psychoanalitycznym*. W ten sposób powstały obecne „Studja nad patogenesą”, których materiał kliniczny — przebadany i „wyzyskany” z całą sumiennością i wszechstronnością — tudzież szlaki myślowe autora zasługują na najbaczniejszą uwagę każdego prawdziwego klinicysty, skłonnego do bezbolesnego pożegnania się z aparatem dogmatów i utartych kategorii myślowych. Dla klinicysty, który przeszedł — między innymi metodami — przez szkołę myślenia psychoanalitycznego, praca W e i z s ä c k e r a, nie przestając być niezmiernie interesującą, przestaje być rewelacyjną. Dla internisty, któremu metoda ta i jej przesłanki przeważnie jest zupełnie obca, praca W e i z s ä c k e r a musi zrazu wydać się prawdziwą herezją. Pomyśleć tylko! Mowa jest o występowaniu anginy w momentach przełomów życia-

wych, jako środka, ułatwiającego ucieczkę od pewnych konfliktów albo ich rozwiązanie. „W żadnym z przypadków (zebranych przez autora) nie brakuje kryzysu etycznego“. W jednym przypadku moment przełomowy wystąpił w przebiegu leczenia psychoanalitycznego i oznaczał punkt zwrotny w całym rozwoju psychicznym — i oto w takim właśnie momencie zjawiała się angina, bynajmniej nie jako cierpienie przypadkowe, obojętne z punktu widzenia całości, albowiem to właśnie stanowi *punctum saliens* całej rozprawy. „Choroby powstają nie naksztalt jakiegoś przypadku, tylko wynikają z patetycznego ruchu życiowego. Zrozumienie ich powstawania zależy od tego, czy się potrafi śledzić za tym ruchem namietności“. Prawdziwe zrozumienie choroby wymaga rozważania jej jako momentu w całości historycznej osobnika. Ten punkt widzenia

zostaje zastosowany do przypadku moczówki prostej oraz tachykardji paroksyzmalnej. Za podstawowy moment swych rozważań poczytuje autor również t. zw. przez siebie wprowadzenie podmiotu. Podmiot — czyli jednostka i jej historia okazują się niezbędne także i do właściwego zrozumienia zaburzeń, zwanych histerycznymi. Ten rozdział kliniczny reprezentowany jest przez dwie interesujące obserwacje, w których niezmiernie wnikliwa i głęboka analiza wiąże zrozumienie przeżyć i gry czynników fizjologicznych. Sprawy somatyczne okazują się świetnym wykładnikiem sensu, znaczenia tego, co zostało przeżyte duchowo. Przypadki swoje, zbadał jaknajdokładniej w myśl wymogów kliniki współczesnej, uważa autor słusznie za przyczynek do medycyny współpracy w przeciwieństwie do medycyny izolującej.

G. B y c h o w s k i.

Wskazówki praktyczne

R. G r a l k a uważa *Novo-Tropon*, zawierający duże ilości pełnowartościowych białek obok lipidów, soli pokarmowych i kwasu krzemowego w postaci rozpuszczalnej, za wybitny środek odżywczy u dzieci starszych w okresie przedpokwitaniowym i pokwitaniowym. U dzieci młodszych wyraźnego działania nie spostrzega się. Wynik pozytywny polega nie tylko na przybytku wagi, ale i na działaniu na objawy nadwrażliwości nerwowej. (Kinderärztl. Praxis 1935, Z. 6).

—o—

W walce ze schorzeniami paciorkowcowymi i posocznicą u ośsków uważa H. M i s c h k e przetaczanie krwi za niezbędny oręż. W róży ośsków przetaczanie krwi obniżyło odsetek zgonów w pierwszym kwartale życia z 65,9% na 50%. (Kinderärztl. Praxis 1935, Z. 6).

—o—

M. R o c h twierdzi, że opisane przez R o t h a i B e r n h a r d t a *anestezje i parestezje* na zewnętrznej powierzchni ud mają za przyczynę *stany zapalne jelit*, które wciągają w obręb cierpienia nerw skórnoudowy (*n. femorocutaneus*) w jego przebiegu wewnątrzbrzusznym. Najczęstszą przyczyną tego stanu jest zapalenie wyrostka robaczkowego.

—o—

I. S a p h r a poleca nanowo stosowanie *chininy* w *krztuściu* i proponuje do tego celu czopki z *chininum dihydrochloricum carbamid*. 0,1 dwa razy dziennie (Med. Welt, 1934, str. 267).

—o—

S h e r m a n uważa za metodę wyboru *leczenie polio-myelitis ac. ant.* za pomocą *przetaczania krwi uodpornionych dawców* według S c h o t t m ü l l e r a. (Amer. Journ. Dis. Childr. T. 47).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie

I Posiedzenie Naukowe w dniu 14 stycznia 1935 r.

Przewodniczący: Dr. G. S z t o l c m a n.

Obecnych 50 osób, w tem 26 członków i 24 gości.

I. Prof. S z m u r l o przedstawia chorego 64-letniego, któremu dokonał operacji *wycięcia krtani* przed 25 dniami z powodu raka płasko-komórkowego, który zajął całą przednią część krtani i przez spoidło przednie przedostał się na przednią powierzchnię szyi, gdzie wytworzył guz, zajmujący przednią powierzchnię chrząstki tarczowej.

II. Prof. U. J. Dr. Med. A. O s z a c k i. Wygłasza odczyt na temat: „*Leczenie tlenem i bezwodnikiem węglowym w niedomogach krążenia*“.

Na podstawie 22 przypadków, opracowanych ze stanowiska zawartości gazów i ich ciśnień we krwi tętniczej i żyłnej oraz w pęcherzykach, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Schorzenia sercowo-naczyniowe z niewyrównaniem nie powodują niedotlenienia odsetkowego krwi tętniczej, a więc wykazują prawidłowe ciśnienie częściowe tlenu. Natomiast często znajdujemy bezwzględne niedotlenienie krwi tętniczej, jako wyraz mniejszej czy większej niedokrewności.

2) Nawet zastoinowe nieżyty płuc nie powodują odsetkowego niedotlenienia krwi tętniczej.

3) Zapalenie płuc krupowe czy broncho-pneumoniczne, podobnie jak niedodmy uciskowe płuc, powodowane wysiękami i przesiekami opłucnowymi pociągają za sobą odsetkowe niedotlenienie krwi tętniczej.

4) Ograniczone sprawy chorobowe, w płucach się toczące, takie jak ropień, ograniczony proces gruźliczy i t. p.,

mogą nie powodować wcale odsetkowego niedotlenienia krwi tętniczej.

5) Przy niewyrównaniu krążenia spotykamy się z niedotlenieniem krwi tętniczej tylko przy powikłaniu sprawy krążeniowej przez przewlekłe czy ostre sprawy, upośledzające wymianę gazów w płucach.

Są to procesy, podwyższające ciśnienie pęcherzykowe CO₂, a obniżające pęcherzykowe ciśnienie tlenu (zła wentylacja), lub też powodujące niedodmę częściową lub rozlaną płuc, lub wreszcie upośledzające samą dyfuzję gazów w płucach. Do takich spraw należą: zrosty opłucnowe, rozedma, rozległe wysiękowe nieżyty oskrzeli, wreszcie sprawy sklerotyczne, toczące się w obrębie tętnicy płucnej.

Wszystko to są sprawy, prowadzące do wzmożenia ciśnienia tętniczego w krążeniu małym, z następstwem przeciążeniem serca prawego i jego niedomogę. Można je objąć nazwą zespołu krążeniowo-płucnego.

6) Najdalej posunięte niedotlenienie krwi tętniczej spotykamy właśnie w przypadkach opisanych pod L. 5) z równocześnie występującym przeladowaniem krwi żyłnej i tętniczej bezwodnikiem węglowym.

Tak duże wartości odsetkowe CO₂ i PCO₂ we krwi jak przy zespole krążeniowo-płucnym spotykamy tylko w tych przypadkach niewyrównania krążenia bez powikłań płucnych, gdzie niedomoga serca prawego występowała wyraźnie na pierwszy plan (przypadek zastawkowej niedomogi serca prawego obok sklerozy tętnicy płucnej).

7) O ile można wnosić na podstawie tylko makroskopowych obrazów anatomicznych, skleroza tętnicy płucnej tylko o tyle upośledza wymianę gazów pomiędzy krwią a pęcherzykami, o ile jest większego stopnia i dotyczy mniejszych naczyń.

8) Natomiast rozległa skleroza płucna, nawet bez dalszych powikłań płucnych, może przy niedomodze krążenia powodować niedotlenienie krwi tętniczej.

9) Zespołowi krążeniowo-płucnemu, opisanemu pod 5) towarzyszy często przewaga elektrofograficzna załamka P₂ i P₃ nad P₁. Odpowiada to przerostowi prawego przedsionka, jaki spotykamy stale przy obdukcji tych przypadków.

10) Pomimo wysokich wartości CO₂ i PCO₂ nie stwierdzono w tych przypadkach wyraźnej kwasicy krwi.

II posiedzenie wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich w dniu 21.I.1935 r.

Przewodniczy Prof. J a s i ń s k i przy udziale Dr. med. M. S w i d y.

Obecnych 18 członków i 22 gości.

1. Dr. G i r s z o w i c z wygłasza wspomnienie pośmiertne o Dr. C. S z a b a d z i e.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3. Doc. W a s o w s k i demonstrowa przypadek raka krtani, operowanego drogą laryngofissury. Chory 57 lat, zgłosił się w styczniu 1934 r. ze skargami na trwającą od 3 lat chrypkę. Laryngoskopowo stwierdzono guz o nierównej powierzchni, wielkości ziarna soczewicy na lewej strunie głosowej. Ruchy krtani zachowane. Gruczołów na szyi brak. Biopsja wykazała budowę canceroidu. Choremu dokonano laryngofissury, usunięto wiązadło lewe aż do chrząstki, podstawę rany przypalono elektrokoagulacją. Ranę zeszyto, do krtani założono saszek. Gojenie bez powikłań. Po 3 tygodniach usunięto rurkę tracheotomijną. Chorego poddano naświetlaniom R o e n t g e n a metodą C o u t a r d a (Szpital Ujazdowski). Obecnie po roku nawrotu nie ma. W krtani gładka błona. Ograniczenie ruchów lewej połowy krtani.

4. Dr. S t. J a n u s z k i e w i c z: *Badanie radiologiczne XII-nicy.* (Rzecz przeznaczona do druku).

5. Dr. S a l i t ó w n a: *Przypadek agranulocytozy.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabrał głos Dr. S w i d a.

III Posiedzenie Naukowe wspólne z Oddziałem Wileńskim Polskiego T-wa Pediatrycznego w dniu 28.I.1935 o g. 20-ej.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wacław J a s i ń s k i.

Obecni: członków 12, gości 26.

Na początku zebrania Prof. S a f a r e w i c z podał krótki życiorys s. p. Prof. Kazimierza K a r a f f a - K o r b u t a; zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Następnie przystąpiono do porządku dziennego.

Odczytano i przyjęto bez poprawek protokół poprzedniego posiedzenia.

1. Dr. B a g i ń s k i — „*Badania nad przenikaniem prątków B.C.G. przez śluzówkę układu pokarmowego zwierząt dorosłych*”.

Autorowi chodziło o wykrycie mechanizmu przenikania drobnoustrojów przez nabłonek jelita dorosłych zwierząt; otrzymane wyniki dają się sprowadzić do następujących punktów:

1) Wyściółka nabłonkowa jelit zwierząt dorosłych jest przepuszczalna dla prątków B. C. G.

2) Przenikanie to odbywa się w sposób charakterystyczny dla tej grupy drobnoustrojów:

a) pod wpływem obecności w treści jelita prątków B. C. G. (grupy gruźliczej) odbywa się odczynowe uruchomienie układu śród błonkowo-siatczkowego,

b) nabłonek błony śluzowej ulega pewnym zmianom ułatwiającym przenikanie prątków wgłąb,

c) następuje rozluźnienie spoiwości pomiędzy komórkami, powstają t. zw. przestrzenie Grünhagena,

d) w związku z tem ulega zmianom rąbek szczoteczki, wskutek czego komórki przybierają charakterystyczny wygląd,

e) najprawdopodobniej prątki mogą przenikać dwoma drogami: bądź bezpośrednio poprzez szczeliny międzykomórkowe do naczyń chłonnych, bądź też drogą fagocytozy,

f) w nabłonku daje się obserwować wzmoczoną migrację fagocytów (mikro i makrofagów) różnego pochodzenia.

g) fagocyty bardzo licznie wędrują aż do rąbka oskórkowego, tam odbywa się fagocytoza prątków, które przedostały się przez zmieniony rąbek oskórkowy,

h) fagocyty wędrują do naczyń chłonnych, znacznie rozszerzonych, w których może następować ich rozpad oraz zwolnienie pochłoniętych prątków,

i) można obserwować w większych naczyniach chłonnych prątki, które tą drogą dostają się do różnych narządów.

II. Dr. P r a ż m o w s k i: „*Uwagi nad obecną epidemią błonicy*”.

Prelegent podaje, że liczba przypadków błonicy w Polsce stale wzrasta i w roku 1934 doszła do nienotowanej dotychczas wysokości 23.393 zachorowań. W związku z powyższym sprawa masowego stosowania szczepień przeciwbłonicy winna zainteresować szeroki ogół lekarzy. Ponieważ Wilno jest jednym z nielicznych miast w Polsce, w którym od roku 1931 przeprowadzane są na terenie szkolnym systematyczne szczepienia przeciwbłonicy, przeto zebrany materiał skuteczności szczepień wymaga wyciągnięcia zeń odpowiednich wniosków. Tembardziej, że w roku 1934 w Wilnie zaznaczył się wybitny wzrost zachorowalności na błonicę, przyczem zapadalność podniosła się ze 112, jako przeciętnej dla 100.000 mieszkańców w latach 1931, 2, 3, do 190 — w roku 1934.

Obserwacje nad zachorowaniami na błonicę wśród dzieci szczepionych i nieszczepionych przeprowadzono w okresie 3-ch lat t. j. od 1 stycznia 1932 r. do 1 stycznia 1935 r. W tym czasie na ogólną liczbę 23.402 dzieci nieszczepionych okresu przedszkolnego przypadło 546 zachorowań na błonicę t. j. 2,33%, czyli 1 zachorowanie na 42 dzieci.

Natomiast na 929 dzieci szczepionych tegoż okresu wieku przypadło 6 zachorowań t. j. 0,86% czyli 1-no zachorowanie na 126 dzieci. Z tego wynika, że błonica wśród dzieci szczepionych okresu przedszkolnego wystąpiła 3 razy rzadziej, niż u dzieci nieszczepionych.

Jednakże najbardziej miarodajne dane uzyskujemy porównując dzieci okresu szkolnego, gdyż wśród nich jedynie szczepienia przybrały charakter masowy. W tym samym okresie 3-ch lat na 12.673 dzieci nieszczepionych wieku szkolnego zgłoszono 211 zachorowań na błonicę t. j. 1,66% a więc 1-no zachorowanie przypadło na 58 dzieci. Natomiast wśród 9.479 dzieci szczepionych tego wieku okazało się 12 zachorowań, t. j. 0,21% czyli 1-no zachorowanie na 466 dzieci.

Tak więc wśród dzieci szczepionych okresu szkolnego błonica wystąpiła 8 razy rzadziej niż u dzieci nieszczepionych.

Jednakże akcja szczepienna mimo swej intensywności nie obniżyła dotychczas zapadalności ogólnej na błonicę w Wilnie. Tłomaczy się to stosunkowo małym rozpowszechnieniem szczepień w okresie wieku przedszkolnego, dającego największy odsetek (65%) zachorowań.

Ponieważ dotychczas prowadzona wśród lekarzy i ogółu ludności propaganda szczepień nie odniosła sukcesu, o ile chodzi o szczepienia wśród młodszych dzieci, przeto należałoby w Wilnie za przykładem innych miast rozpocząć szczepienie przeciwbłonicy wspólnie ze szczepieniami ospowemi.

W dyskusji przemawiali Dr. B o h u s z e w s k a, Dr. G e d g o w t t, Prof. J a s i ń s k i i prelegent.

IV Posiedzenie Naukowe w dniu 4 lutego 1935 roku

Przewodniczący: Prof. Dr. Wacław J a s i ń s k i.

Obecnych 18 osób: w tem 10 członków i 8 gości.

1. Doc. Dr. Tadeusz W a s o w s k i i Dr. J. S a m b o r s k i wygłaszają referat na temat: „*Zmiany anatomiczne dookoła nerwu błędnego po sztucznym zakrzepieniu żyły szyjnej* (referat przeznaczony do druku).

W dyskusji przemawiała Doc. Dr. J. H u r y n o w i c z ó w n a.

II. Doc. Dr. S. M a h r b u r g wygłasza referat na temat: „*Przyczynę do rzadkich postaci zawałów mięśnia sercowego*” (referat przeznaczony do druku).

W dyskusji zabiera głos Dr. B u r a k, Prof. Dr. P e l c z a r.

III. Dr. B i e ł o s z a b s k i wygłosił referat na temat: „*Sprawozdanie z IV. Międzynarodowego Zjazdu Radiologów w Zurychu*” (24 — 31.VII.1934 r.) (referat przeznaczony do druku).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Wiedeńskim Towarzystwie Medycyny Wewnętrznej na posiedzeniu z d. 14. V. 1935 r. (Med. Klin. 1935, N. 32) wygłosił W e n c k e b a c h odczyt o *stosunku oddychania do krwioobiegu*. Podczas wdechu górna połowa klatki piersiowej rozszerza się mocno, dolna ulega także rozszerzeniu pod działaniem nacisku przepony, któremu przeciwstawia się zawartość jamy brzusznej. Wpływ oddychania na tętno wyraża się małą falą podczas wdechu i powiększeniem się jej już na początku wydechu. Każda zmiana oddychania odzywa się w ten lub ów sposób na krwioobieg. Zmiany powyższe powstać mogą

na tle zwyrodnienia przepony, zrostów opłucnowych, a jeszcze bardziej zrostów przeponowych, jako wyraz nieprawidłowej działalności serca. Klatka piersiowa ulega z wiekiem rozszerzeniu i traci elastyczność, wytwarza się niemal fizjologiczna pozycja wdechowa klatki piersiowej, a wraz z tem powiększona objętość płuc (*volumen pulmonum auctum*). Przyczynia się też do tego stanu klatki piersiowej, że podczas każdej pracy mięśniowej, zarówno ciężkiej, jak i lekkiej, następuje ustawienie wdechowe klatki piersiowej, nawet każde natężenie uwagi prowadzi do tego ustawienia. Podczas każdej gimnastyki oddechowej należy główny nacisk kłaść nie na forsowny wdech, lecz na mocny wydech. Stosunek wzajemny płuc i krążenia dobrze ilustrują stany patologiczne: w przypadku wrodzonego cierpienia serca stwierdzono obok poliglobulji powiększenie płuc, które uważać tu można za objaw przystosowania się; u ludzi z konstytucją asteniczną występują następstwa braków

zawartości jamy brzusznej, jako oporu dla przepony, mianowicie udział dolnej połowy klatki piersiowej w oddychaniu zostaje wyeliminowany, stąd wciągnięcie inspiracyjne dolnej części klatki piersiowej, powstaje t. zw. gruszkowata klatka piersiowa (*thorax piriformis*). Ludzie tacy są anemiczni, ilość ich krwi krążącej jest mała. Czasem występuje duszność wysiłkowa, podobna do napadu dławicy piersiowej (*angina pectoris*), chociaż nie połączona z bólem. Pod wpływem uciskania brzucha poprawia się w tych razach oddech. Kompensatę tych stanów stanowi oddech paradoksalny: na początku wdechu brzuch zostaje wciągnięty, a podczas wydechu wydyma się. We wszystkich ćwiczeniach oddechowych należy ćwiczyć wydech. Prelegent zwraca się do wychowawców młodzieży z apelem, aby wzięli to sobie do serca i porzucili sprzeczne z zasadami fizjologii dążenie do ustawienia inspiracyjnego klatki piersiowej, jako celu estetycznego.

Korespondencja.

Demeter faszystowska.

Rzym, w czerwcu 1935 roku

Axel M u n t h e w swej pięknej „Księdze z San Michele“, opisując straszliwe trzęsienie ziemi w Messynie, opowiada o spotkanej kobiecie, która, siedząc na gruzach kościoła, karmiła piersią dwoje niemowląt, własne oraz cudze, i kończy słowami: „Patrzyłem na tę prostą wieśniaczkę, o pięknie zbudowanym, dumnym ciele i wyniosłych piersiach, na dwoje przepysznych, silnie ssących dzieciaków i nagle zdałem sobie sprawę, czem była ta kobieta: oto siedziała przede mną Demeter wielkiej Grecji, gdzie została urodzona *magna mater* Rzymian. Była matką — naturą, a z jej pełnej piersi ponad setkami tysięcy grobów płynął niezwykły strumień życia“.

W dniu wigilji Bożego Narodzenia Italia obchodziła poraz drugi doroczną uroczystość „Dnia matki i dziecka“. Przebieg święta był zorganizowany z właściwym faszystowski rozmachem, pompą i teatralną dekoracyjnością. Obchody odbyły się we wszystkich bez wyjątku gminach Królestwa pod czujnym okiem władz lokalnych oraz przedstawicieli władz partyjnych.

Najokazalej, naturalnie, wystąpiła stolica. Już 19 grudnia przybyły do Rzymu 94 reprezentantki tyłuż prowincyj państwa. Każda prowincja wysłała kobietę, która, wyszedłszy zamaż już po zwycięstwie faszystów (Marcia di Roma. 28.10.1922 r.), wydała na świat największą liczbę żyjącego potomstwa. Przybyłe następczynie boskiej Demetr miały razem 910 żyjących dzieci. Na drugi dzień w hotelu, gdzie zamieszkały owe matki, odbyło się uroczyste rozdanie dyplomów oraz srebrnych medali pamiątkowych z podobizną M u s s o l i n i e g o z jednej strony, a starą plaskorzeźbą rzymską, wyobrażającą macierzystwo z drugiej. Sileno F a b b r i, prezes O.N.M.I. (Opera Nazionale per Maternita e Infanzia — Organizacja Narodowa Opieki nad Matką i Dzieckiem), powitał zebrane imieniem organizacji, zaznaczając, że uroczystość odbywa się z woli M u s s o l i n i e g o, który uważa, że w panującym obecnie w Italji klimacie politycznym — macierzyństwo winno być wysunięte na plan pierwszy. W organie O. N. M. I. „Maternita e Infanzia“ (Macierzyństwo i Dzieciństwo), Achilles S t a r a c e, sekretarz generalny partji, druga osoba po Wodzu w hierarchji stronnictwa, umieścił specjalny artykuł, w którym mówi: „...dzień matki i dziecka chciałby Duce widzieć jako jeden z najbardziej charakterystycznych przejawów woli faszystów, uczczenia i gloryfikacji najwyższych wartości rasy“.

Rankiem 22 grudnia 94 matki, oklaskiwane gorąco przez

tłum rzymski, udały się na grób Nieznanego Żołnierza oraz na grób poległych faszystów na Kapitolu, aby złożyć wieńce, w południe zaś przyjął je Il Duce w słynnym palazzo Venezia, obecnie siedzibie prezydium rady ministrów. Przedstawicielka Zary zdjęła ze swej szyi niebieską chustkę z trzema lwami, odznakę organizacji „Pro Dalmazia“, z wyhaftowanym ręcznie napisem w dialekcie lokalnym: „Nu co Ti, Ti, co nu“ (my z Tobą, Ty z nami) i ofiarowała ją M u s s o l i n i e m u. Po krótkim przemówieniu, szef rządu wręczył każdej kopertę, zawierającą cztery tysiące lirów. Tegoż dnia kobiety były przyjęte przez Papieża na specjalnie wyznaczonej audjencji.

24 grudnia całe Włochy zespoliły się w holdzie, złożonym Matce i Dziecku. Wielka sala teatru „Augusteo“ w Rzymie, mieszczącego się w starożytnych murach dawnego teatru cezara Augusta, wypełniła się po brzegi. W pierwszych rzędach zasiadło 35 par małżeńskich, świeżo zaślubionych, dalej 300 matek z dziećmi na ręku, przedstawiciele faszystowskich związków walki, przedstawiciele G.U.F. (Gruppi Universitari Fascisti — Akademickie Związki Faszystowskie) i t.d. Po przemówieniu prezesa O.N.M.I. Królowa Helena, w otoczeniu marszałków Izby Posłów i Senatu oraz gubernatora Rzymu, rozdała obecnym matkom koperty, zawierające dyplom i sto lirów, oraz podarki dla dzieci, zaś nowozaślubionym bony pięćsetlirowe płatne po urodzeniu się pierwszego dziecka. W Medjołanie salę teatru „Manzini“ zatłoczyła również arystokracja specjalnego autoramentu; tłum szczęśliwych matek i ojców, kobiety w stanie błogosławionym, nowożeńcy — w przemożnej części przedstawiciele ludu. Uroczystość zagał prezydent prowincji, poczem rozdano nagrody różnego rodzaju. Między innemi dwieście siedemdziesiąt czterech polisów asekuracyjnych, w wysokości tysiąca lirów każda, otrzymały dzieci, urodzone w tym samym dniu, w którym przyszła na świat córka następcy tronu, księżniczka Marja Pia.

Ogółem w „Dniu Matki i Dziecka“ rozdano w całym państwie 9.076 nagród pieniężnych dla nowozaślubionych na łączną sumę 3.290.670 lirów; 15.450 nagród za macierzyństwo na sumę 3.439.876 lirów; 15.131 nagród za higieniczne wychowanie dziecka na sumę 1.245.510 lirów; (matki zamożne otrzymały 16.000 dyplomów); 2.350 stypendjów im. Marji Pii di Savoia na pokrycie kosztów umieszczenia w przytułkach na sumę 282000 lirów oraz 20346 nagród na sumę 1269442 lirów rozdano rodzinom, posiadającym liczne potomstwo. Oprócz tego rozdano 32.564 komplety wyprawek niemowlęcych. Wartość nagród wynosiła 9446478 lirów.

Pozatem za zasługi, położone na polu opieki nad matką

i dzieckiem, wydano 20 medali złotych, 100 srebrnych, 100 brązowych oraz 450 dyplomów. Urządzono 1212 specjalnych widowisk kinematograficznych, druki propagandowe różnego rodzaju rozpowszechniono w liczbie 550 tysięcy.

„Opera Nazionale per Maternità e Infanzia” (Organizacja narodowa dla Opieki nad Matką i Dzieckiem) została powołana do życia ustawą z dnia 10.12.1925 r. Zadaniem organizacji jest opieka nad kobietą w okresie ciąży i karmienia dziecka, udzielanie porad i wskazówek z zakresu higieny, terapii i profilaktyki matki i dziecka, opieka nad sierotami, dziećmi nieślubnymi i t. d. Organizuje ona pozatem wykłady wędrownie, poświęcone sprawie dzieci, docierając do najbardziej zapadłych gmin. W miejscowościach, uważanych jako ośrodki akcji propagandowej, zakładają się ambulatorja lekarskie, obsługujące okolicę, akuszer znajduje się w każdej gminie wiejskiej. Dla dzieci anemicznych, skroficznych i skłonnych do gruźlicy urządzone są kolonie w górach i nad morzem. O.N.M.I. zależna jest całkowicie od państwa i działa za pomocą specjalnych związków kobiecych.

W okresie lat 1926 — 1934 działalność O.N.M.I. można ująć w następujących zwartych i wymownych cyfrach: stworzono 7500 zakładów opieki nad matką i dzieckiem, jak. poradnie akuszerskie, zakłady położnicze, ambulatorja pediatryczne, żłobki, krople mleka, domy matki i dziecka, i udzielono 6.000.000 porad różnego rodzaju. Wysokość ogólnej sumy świadczeń O.N.M.I. za ten czas wyniosła okragło 800 milionów lirów.

O.N.M.I. jest fragmentem polityki demograficznej wspólczesnej Italji, prowadzonej z żelazną wytrwałością, nieubłaganą konsekwencją i dużą umiejętnością fascynującego oddziaływania na psychikę szerokich mas. Dla uwidocznienia i wypuklenia celów i przyczyn tej polityki należy sięgnąć do obiektywnego zwierciadła liczb, odbijającego statykę i dynamikę demografji Włoch.

Powierzchnia Italji, naturalnie bez kolonii, wynosi 310.177 km², t. j. 0,8 powierzchni Polski, ludność zaś 42.212.000 głów, czyli 1,3 ludności Polski, więc gęstość zaludnienia półwyspu apenińskiego, wynosząca 134 os/km² jest 1,6 wyższa niż w Polsce, mającej 85 os/km². Pod względem liczby mieszkańców Włochy zajmują w Europie czwarte miejsce (nie licząc Z.S.R.R.), pod względem zaś gęstości zaludnienia piąte, odpowiadając mniej więcej stanowi rzeczy w Niemczech (139 os/km²). Dla jasności obrazu zaznaczyć należy, że gęstość zaludnienia Włoch wykazuje znaczne wahania w poszczególnych „compartimento” (odpowiednik województwa) od 40 os/km² w Sardynji, 48 os/km² w Weneto Trydenckiem do 259 os/km² w Kampanji oraz 264 os/km² w Ligurji. Poczóż więc wielka akcja populacyjna, prowadzona wielkim nakładem sił i środków, poco tak głośnie surmy propagandowe?

O przyszłości narodu nie decyduje liczebność lub gęstość zaludnienia w chwili obecnej, lecz przede wszystkim stan przyrostu naturalnego, krótko mówiąc, nie moment statyczny lecz dynamiczny demografji. W ostatnim dwudziestopięcioleciu przyrost naturalny Włoch wykazuje tendencję zniżkową, wynosząc w latach 1909—12 — 12,2⁰/₀₀, w 1931 — 10,2, w r. 1932 — 9,2. W Polsce — 16,4, 14,7 i 13,7⁰/₀₀, więc również spadek przyrostu.

W porównaniu zaś z krzywą przyrostu naturalnego w pozostałych mocarstwach Europy stan rzeczy w Italji przedstawia się znacznie korzystniej, odnośne bowiem cyfry wynoszą dla Niemiec 12,9, 4,8 i 4,3⁰/₀₀, dla Anglji 10,7, 3,5 i 3,3; dla Francji 0,7, 1,1, i 1,5⁰/₀₀. Francja więc ma tendencję zwyżkową, lecz liczby absolutne są niezmiernie niske. Podobny obraz widzimy i gdzieindziej z nielicznymi tylko wyjątkami. Wśród

narodów romańskich jedna Hiszpanja pochwilić się może stałą zwyżką (9,5, 10,5 i 11,9⁰/₀₀, a rok 1932 sygnalizuje również w Rumunji poprawę sytuacji 16,4, 12,5 i 14,2⁰/₀₀). Przede wszystkim jednak rosnąca szybko na wschodzie groźna potęga światowa — Japonja wykazuje się i pod tym względem liczbami rekordowymi: 13,1, 13,2 i 15,2⁰/₀₀ przy gęstości zaludnienia 171 os/km². Jakkolwiek więc zagadnienie przyrostu w Italji zdaje się nie budzić obaw w chwili obecnej, jednak sprawa wymaga głębszego zbadania, zwłaszcza, że faszyzm wypowiada się zawsze jako przeciwnik polityki na krótkiej fali.

Według teorii demograficznej faszyzmu przy ocenie rozwoju narodu najważniejsze są sprawy małżeństwa, urodzeń żywych oraz płodności. W okresie lat 1872 — 1930 przeciętna roczna zawartych w Italji małżeństw według pięciolecia wahała się od 6,4⁰/₀₀ w latach 1916—20 do 9,0, w latach 1921—25, podnosząc się do rekordowej liczby 14,0 w r. 1920. Leż poczynając od r. 1921, liczba zawieranych małżeństw spada stale aż do 6,9⁰/₀₀ w r. 1933. (Odnosne liczby w Polsce wynoszą: 1919—23 11,3, 1924—28 — 8,8, 1929—33 — 8,9⁰/₀₀). Również liczba urodzeń w tym okresie, wahać się nieznacznie, stale spada od 36,8% w pięcioleciu 1871—75 do 26,8% w pięcioleciu 1926—30. Następne lata przynoszą dalszą zniżkę — 24,9, 23,8 i 23,7. (W Polsce 30,2, 28,7 i 26,5). W poszczególnych „compartimento” liczby urodzeń żywych wahać się znacznie od 15 w Ligurji i 15,6 w Piemencie do 32,0 w Kallabrii i 32,9 w Lukanii (liczby z roku 1932). Najbardziej jednak niepokojącym objawem jest stały spadek płodności, przeciętna roczna liczba urodzeń na 100 kobiet w wieku lat 15—44 wynosi według okresów: 1880—82 — 164,7, 1900—02 — 160,8, 1910—12 — 154,0, 1920—22 — 139,2, — 1930—32 — 110,0⁰/₀₀. (W Polsce odnośna liczba dla kobiet w wieku lat 15 — 49 wynosi 109⁰/₀₀).

W świetle tych liczb staje się zrozumiała polityka demograficzna regimu faszystowskiego, zwalczająca w sposób zdecydowany teorię neomaltuzjanizmu i prowadząca konsekwentną akcję, sprzyjającą wzrostowi ludności. Faszyzm stworzył własną teorię demograficzną, t. zw. teorię cyklicznego rozwoju narodów, której najwybitniejszym przedstawicielem jest profesor uniwersytetu w Rzymie dr. Corrado G i n i. Według tej teorii narody przechodzą stopniowe fazy powstaniowe, rozwoju i upadku, według niej również o prężności narodu decyduje nie przyrost naturalny, lecz liczba urodzeń żywych. Stąd troska faszyzmu o rozwój rodziny, o liczbę małżeństw i urodzeń — akcja znajduje całkowite poparcie kościoła katolickiego.

Wobec tego zaś, że o rozrodzości danego narodu decyduje stosunkowo nieznaczny odsetek żyjącego pokolenia, faszyzm opiera swą akcję populacyjną na tych warstwach narodu, które wykazują największą płodność. W związku z tem specjalną uwagę skierowano na ludność chłopską, odznaczającą się większą tężyzną fizyczną i moralną, i na tych przesłankach oparty jest w dużej mierze tak silny w szeregach faszystowskich kierunek ruralizacji. Z tego też źródła zrodziło się popieranie sportu, jako środka rozwoju tężyzny fizycznej rasy. Na tych założeniach ideowych opiera się kult rodziny, jako podstawowej komórki społecznej, klasycznym przykładem tej akcji jest właśnie dzień matki i dziecka.

Działalność O.N.M.I. jest jednym z ważnych poczyną demograficznych faszyzmu. Celem podniesienia liczby urodzeń stosuje się pozatem szereg środków doraźnych, jak ulgi podatkowe, dodatki rodzinne, przywileje mieszkaniowe dla rodzin obdarzonych licznym potomstwem, pierwszeństwo w otrzymaniu posad przy równych kwalifikacjach dla obciążonych rodziną przed bezdzietnymi, dla żonatych przed bezżennymi; nałożenie specjalnego podatku na kawalerów, z którego

dochód idzie na opiekę nad matką i dzieckiem, szczegółowa rejestracja chorób wenerycznych. Kodeks karny przewiduje surowe kary dla lekarzy, stosujących zabiegi niedozwolone. Różnice między dzieckiem legalnym i nielegalnym nie istnieją.

Rozumiejąc i doceniając w całej rozciągłości znaczenie reakcji społeczeństwa na poczynania władz, faszyzm wszystkie swe posunięcia prowadzi przy równoczesnym urabianiu

odpowiednich nastrojów wśród mas. Tym zasadam jest również wierny i w swej polityce demograficznej.

W „Dniu Matki i Dziecka” zespolono bliskie duszy włoskiej antyczne tradycje bogini płodności z radosną dla świata chrześcijańskiego rocznicą dalekiego dnia w Betleem, gdy zmęczona twarz Marji pochylała się poraz pierwszy nad ubogim żłobkiem, w którym na garstce siana spoczęło Dzieciątko.

Bronisław Krystyn Wierzejski (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Polskiego Związku Przeciwzłotycznego.

Dalsze spostrzeżenia, dotyczące umieralności ogólnej dzieci, szczepionych przeciw gruźlicy (B.C.G.)

Podał

M. PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA (Warszawa).

W pracy „O umieralności ogólnej niemowląt, szczepionych przeciw gruźlicy w świetle statystyki” (Warsz. Czas. Lek. 1933 Nr. 11—12) staraliśmy się ustalić współczynnik umieralności ogólnej wśród niemowląt, szczepionych B. C. G., biorąc pod uwagę wszelkie czynniki, które mogą wpłynąć na wysokość określanego współczynnika. Zaznaczyliśmy wówczas, że, nie przecząc teoretycznie uzasadnionej możliwości istnienia uodpornienia nieswoistego pod wpływem szczepień B. C. G., posiadamy wątpliwości, czy podawane w statystykach autorów zagranicznych, duże różnice między umieralnością niemowląt szczepionych i nieszczepionych wynikają z istotnie tak znacznego zmniejszenia się umieralności dzieci szczepionych, czy też przyczyny tego szukać należy w czym innym. W wątpliwościach tych umacniało nas i to, że różnice między współczynnikami umieralności są różne w różnych krajach i wahają się w bardzo szerokich granicach. Na podstawie analizy danych cyfrowych, ogłoszonych w piśmiennictwie, doszliśmy do wniosku, że przyczyna tych różnic leży w różnych sposobach przeprowadzania zestawień liczbowych, które bądź to nie uwzględniają podstawowych zasad statystyki, bądź też pomijają czynniki, mogące wpływać na wysokość określanego współczynnika umieralności. Nie będziemy dziś powtarzali szczegółowo tego, cośmy dokładnie omówili w poprzedniej pracy, t. j. jakie czynniki muszą być brane pod uwagę przy obliczaniu współczynnika umieralności dla dzieci szczepionych i nieszczepionych, aby uzyskać miarodajne, zdaniem naszym, wyniki obliczeń. Przypomnimy jedynie, że w obliczeniach, robionych na naszym materiale, porównywaliśmy grupy dzieci szczepionych i nieszczepionych o składzie, jeśli nie zupełnie identycznym, to bardzo zbliżonym pod względem pochodzenia (ślubne i nieślubne) i rasy. Statystyka umieralności ogólnej m. Warszawy wykazuje, że istnieją duże różnice pomiędzy umieralnością niemowląt ślubnych i nieślubnych oraz niemowląt chrześcijańskich i żydowskich. Od stosunku więc liczbowego w danej grupie niemowląt ślubnych do nieślubnych, chrześcijan do żydów zależeć będzie wysokość współczynnika umieralności, obliczonego dla tej grupy. Ze względu na to, że wśród dzieci szczepionych mamy w obserwacji mało dzieci nieślubnych i żydowskich, musieliśmy je ze statystyki naszej wyłączyć i obliczać jedynie umieralność wśród dzieci ślubnych chrześcijan, porównując ją z umieralnością ogólną dzieci tej samej kategorii w

Warszawie. W obliczeniach naszych przeprowadzonych w roku 1933, a opartych na grupie dzieci w liczbie 3.480, ustaliliśmy współczynnik umieralności dla niemowląt szczepionych ślubnych chrześcijan w wysokości 8,04% ($\pm 1,3$), w grupie zaś, wziętej do porównania ze statystyki oficjalnej miasta Warszawy, umieralność ogólna niemowląt ślubnych chrześcijan wynosiła w tych samych latach przeciętnie 8,60 ($\pm 0,34$).

Tablica I.

	1928	1929	1930	1931	Ogółem za 4 lata
Umieralność w Warszawie niemowląt chrześc. ślub. od 6 dni — 12 mies.	8,94%	9,03%	8,11%	8,35%	8,60% ($\pm 0,34$)
Umieralność szczepionych chrześc. ślub. do 12 mies.	8,47%	8,67%	6,66%	8,88%	8,04% ($\pm 1,3$)

W obecnej pracy zajmujemy się sprawdzeniem, jaka jest umieralność dzieci, szczepionych w ich życiu późniejszym, t. j. poza okresem niemowlęctwa.

W styczniu 1934 r. zrobiliśmy powszechne wywiady u wszystkich dzieci, szczepionych w Warszawie w latach 1928—1931 (roczników 1926 i 1927 do obliczeń naszych nie wciągamy ze względu na małą liczbę szczepionych dzieci, rocznika 1932 z tego względu, że w okresie wywiadów ukończył on w całości dopiero pierwszy rok życia). Część dzieci szczepionych utraciliśmy z ewidencji skutkiem zmiany miejsca zamieszkania, dzieci nieślubne utraciliśmy z naszej obserwacji prawie wszystkie w I i II r. życia, odrzucamy nieliczne dzieci żydowskie; pozostałe dają nam możność zorientowania się co do losu dzieci szczepionych w wieku od 1—5 lat.

Na podstawie zebranych danych umieralność dzieci szczepionych w poszczególnych latach przedstawia się następująco.

Do porównania bierzemy dane ze statystyki m. Warszawy; przy obliczaniu umieralności bierzemy pod uwagę dzieci chrześcijańskie ślubne. Podział na ślubne i nieślubne ma znaczenie statystyczne jedynie w I i II roku życia ze względu na duże różnice w umieralności dzieci tych dwu kategorii w tym wieku; w latach późniejszych różnica między współczynnikami umieralności zaciera się (nie dochodzi do 0,1), może więc być pominięta.

Tablica II przedstawia umieralność dzieci, szczepionych w okresie pierwszych 5 lat życia, przyczem grupę szczepionych dzieci poszczególnego rocznika śledzimy w ciągu kilku lat życia i stwierdzamy, że np. spośród urodzonych w 1928 r. zmarła w wieku 2 lat, t. j. w latach 1930 i 1931, pewna ich liczba. Obliczając ogólną

umieralność dzieci w Warszawie, nie możemy posługiwać się identyczną metodą, t. zn. nie możemy prześledzić indywidualnie losu dzieci jednego rocznika. Dążąc do możliwie najdokładniejszych liczb porównawczych, stosujemy system obliczeń, uwidoczniiony w tabl. III, a więc np. umieralność w 2-gim r. życia wśród dzieci, urodzonych w roku 1928, określi nam liczba zgonów dzieci w roku 1929 w wieku od 1 do 2 lat, w 3-cim r. życia liczba zgonów w r. 1930 dzieci w wieku od 2 do 3 lat itd.

W ten sposób obliczony współczynnik umieralności ogólnej dla dzieci szczepionych i dla ogółu dzieci w Warszawie w wieku od 1 do 5 lat życia przedstawia się jak na tablicy III-ej.

Tablica II.

rok	1928	1929	1930	1931	razem	%	granice wahań prawdop.
liczba szczepionych	802	1.103	900	675	3.480		
z tych zmarło w I r. życia	63	92	60	60	280	8,04	$\pm 1,3$
pozostało	734	1.011	840	615	3.200		
do 1.1.34 r. stracono z obserwacji	111	52	192	67	422		
pozostało	623	959	648	548	2.778		
zmarło w II r. życia	10	15	13	21	59	2,12	$\pm 0,74$
pozostało	613	944	635	→	2.192		
zmarło w III r. życia	4	11	8	→	23	1,04	$\pm 0,61$
pozostało	609	933	→	→	1.542		
zmarło w IV r. życia	2	8	→	→	10	0,64	$\pm 0,80$
pozostało	607	→	→	→	607		
zmarło w V r. życia	2	→	→	→	2	0,32	$\pm 0,62$

Tablica III.

Umieralność ogólna w wieku od 1—5 lat w Warszawie.
Statystyka oficjalna *.

rok	1928	1929	1930	1931	razem	%	granice wahań prawdop.
urodzone	14.082	13.536	14.805	12.486	54.909		
zmarło w I r. życia	1.260	1.223	1.201	1.043	4.727	8,60	$\pm 0,34$
pozostało	12.822	12.313	13.604	11.443	50.182		
zmarło w II r. życia	351 zgoni w 1929	360 zgoni w 1930	240 zgoni w 1931	377 zgoni w 1932	1.328	2,64	$\pm 0,28$
pozostało	12.471	11.953	13.364	11.066	48.854		
zmarło w 3 r. życia	186 zgoni w 1930	139 zgoni w 1931	149 zgoni w 1932	105 zgoni w 1933	579	1,18	$\pm 0,13$
pozostało	12.285	11.814	13.215	10.961	48.275		
zmarło w 4 r. życia	81 zgoni w 1931	73 zgoni w 1932	69 zgoni w 1933	72 zgoni w 1934	295	0,61	$\pm 0,10$
pozostało	12.204	11.741	13.146	→	37.091		
zmarło w 5 r. życia	64 zgoni w 1932	55 zgoni w 1933	53 zgoni w 1934	→	176	0,47	$\pm 0,09$

*) Od liczby urodzonych odliczono liczbę zmarłych do 6 dni. Od liczby zmarłych w I r. życia odliczono zgony do 6 dni.

Tablica IV *).

	w II r. życia	w III r. życia	w IV r. życia	w V r. życia
Umieralność dzieci w Warszawie	2,64% ($\pm 0,28$)	1,18% ($\pm 0,13$)	0,61% ($\pm 0,10$)	0,47% ($\pm 0,09$)
Umieralność dzieci szczepionych	2,12% ($\pm 0,74$)	1,04% ($\pm 0,61$)	0,64% ($\pm 0,80$)	0,32% ($\pm 0,62$)

*) Zgony w II roku życia dotyczą dzieci chrześcijańskich ślubnych, w III, IV i V r. życia chrześcijańskich wogóle (podział na ślubne i nieślubne, jak wspomniano poprzednio, nie odgrywa już ważniejszej roli w obliczeniach umieralności w tym wieku).

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— Komunikat Zjazdowy Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. W dniu 29 i 30 czerwca 1935 r. odbył się zjazd P. T. D. w Krakowie w Siedzibie Tow. Lek. Krak. Na zjazd przybyli goście z Czechosłowacji z prof. Sambergerem, Gawalowskim i Hübschmanem na czele. Po zagajeniu obrad prof. Walter uczył w podniosłych słowach pamięć ś. p. I Marszałka Polski. Głównym tematem zjazdu była endokrynologia w chorobach skóry. Prócz tego ogłoszono szereg bardzo ciekawych referatów. Przewodniczącym honorowym zjazdu wybrano prof. Dr. Sambergera. Posiedzeniu przewodniczyli prof. Lenartowicz, prof. Gawalowsky, doc. Richova, prof. Straszynski, prof. Hübschman, doc. Petracek, prof. Pawlas, doc. Prochazka, dr. Fabian, dr. Sonnenberg i dr. Bochyński. Uczestnicy w pierwszym dniu zjazdu udali się na Sowińiec

gdzie wzięli udział w sypaniu Kopca, w drugim dniu złożyli hołd prochom ś. p. Marszałka w krypcie na Wawelu. Jednocześnie ze zjazdem odbyło się posiedzenie zarządu i posiedzenie delegatów. Posiedzenie zajął prof. Leszczyński, prezes Towarzystwa. W okresie kadencji zarząd zajmował się głównie 3 sprawami: zjazdem słowiańskich dermatologów w Pradze w r. 1934, przygotowaniem do zjazdu Krakowskiego i zjazdem międzynarodowym, odbyć się mającym w Budapeszcie w r. b., na którym powstać ma międzynarodowe Towarzystwo Dermatologiczne. Po sprawozdaniu prezesa, skarbnika i redaktora uchwalono podziękowanie dla administratora Przeglądu Dermatologicznego, kol. dra Raszkesa. Po sprawozdaniu komisji rewizyjnej uchwalono zarządowi towarzystwa absolutorjum. Na wniosek prof. Leszczyńskiego wybrano delegatów na zjazd w Budapeszcie

w osobach kolegów: prof. Leszczyńskiego, prof. Waltera, prof. Pawłasa i doc. Kapuscinskiego. Zamiast proponowanej przez kol. prof. Straszyńskiego komisji terminologii dermatologicznej uchwalono wprowadzenie kącika porad językowych w Przeglądzie Dermatologicznym. Na wniosek kol. prof. Straszyńskiego wobec trzydziestoletniego istnienia Przeglądu Dermatologicznego postanowiono wydać skorowidz prac za całe ubiegłe trzydziestolecie. O pomoc finansową zwrócono się do kierowników klinik. Prof. Straszyński i Pawłas zadeklarowali po zł. 100 od kliniki poznańskiej i wileńskiej. Postanowiono zmienić statut, wprowadzając trzyletni termin zjazdów zamiast obecnego dwuletniego. W koncu przeprowadzono wybory do władz towarzystwa, które dały wyniki następujące: Prezesem został wybrany ponownie przez aklamację prof. dr. Roman Leszczyński, wiceprezesami — prof. Walter i prof. Lenartowicz, skarbnikiem dr. Bruner, sekretarzem dr. Cholewius, członkami zarządu prof. Pawłas, prof. Straszyński, doc. Grzybowski; redaktorem Przeglądu — doc. Kapuściński. Do komisji rewizyjnej wybrano dra Racinowskiego i dra Dąbrowskiego. Zjazd zakończył się przyjęciem u Pana Prezydenta stoł. król. m. Krakowa — dra Kaplickiego. Sekretarz Towarzystwa: (—) Dr. K. Cholewius.

— Komunikat. III kurs dla lekarzy z zakresu Eugeniki ze specjalnym uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego, zorganizowany przez Państwową Szkołę Higieny i Radę Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, rozpoczyna się w Państwowej Szkole Higieny dn. 30 września i trwać będzie do dn. 19 października 1935 r. W celu umożliwienia uczestnictwa w kursie lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 19 — 22 w gmachu Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24. Zgłoszenia przyjmuje i informacji udziela Sekretariat kursu: Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24.

Program

III-go Kursu dla lekarzy z zakresu Eugeniki ze specjalnym uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego zorganizowanego przez Państwową Szkołę Higieny i Radę Naukową Polskiego T-wa Eugenicznego, od 30 września do 19 października 1935 r.

Wykłady będą się odbywały wieczorem w godzinach:

Data	19—20	20—21	21—22
30/IX poniedz.	19,30 Otwarcie kursu	Dr. L. WERNIC Rozwój pojęć naukowych w eugenie polskiej i krajów zachodnich.	
1/X wtorek	Dr. M. KACPRZAK Z zagadnień rozrodczości		Dr. M. KACPRZAK Zagadnienie statystyki rodzinnej.
2/X środa	Prof. M. SKALIŃSKA O dziedziczności i jej prawach.		Prof. M. SKALIŃSKA O mutacji.
3/X czwartek	Prof. E. STOŁYHWO O rasach i typach ludzkich w ogóle.		Prof. E. STOŁYHWO O rasach ludzkich w Polsce.
4/X piątek	Prof. S. CZARNOWSKI Granice selekcji biologicznej a kierunki selekcji społecznej.		Dr. MIKULSKI Zagadnienie bliźniąt w zakresie dziedziczności i sprawa szkolenia bliźniąt.

Data	19—20	20—21	21—22
5/X sobota	Dr. T. ZAWODZIŃSKI Ruch neomaltuzjanizmu a zagadnienie antykoncepcji.		Dr. H. SZCZODROWSKI Dzieje rozwoju walki ze zwyrodnieniem rasy w Polsce niepodległej.
7/X poniedz.	Doc. Dr. H. GNOIŃSKI O konstytucjach fizycznych człowieka.		
8/X wtorek	Prof. L. HIRSZFELD O odporności organizmu i jej dziedziczeniu		Prof. L. HIRSZFELD O typach krwi i ich dziedziczeniu.
9/X środa	Inż. A. LEJWA O dziedziczeniu zaburzeń hormonalnych.		Dr. St. ŻURAKOWSKI O metodach reaktywacji organizmu ludzkiego.
10/X czwartek	Prof. Wł. STERLING Dziedziczenie chorób nerwowych.		Adjunkt Dr. R. DRESZER Dziedziczenie chorób psychicznych.
11/X piątek	Prof. H. MELANOWSKI O dziedziczeniu chorób oczu.		Doc. Dr. D. ZUBERBIER O dziedziczeniu chorób słuchu.
12/X sobota	Doc. Dr. G. SZULC Gruźlica a dziedziczność.		Dr. H. SZPIDBAUM Dziedziczenie i znaczenie eugeniczne różnych postaci cukrzycy.
14/X poniedz.	Płk Dr. J. NELKEN Higiena psychiczna a alkoholizm.		Płk Dr. J. NELKEN Zagadnienie narkomanji
15/X wtorek	Dr. T. WELFLE Rola chorób dziecięcych w selekcji biologicznej.		Dr. L. WERNIC Rola chorób wenerycznych w selekcji biologicznej.
16/X środa	Dr. J. NOWAKOWSKI O poradnictwie przedślubnym.		Dr. T. SIENKO Małżeństwo z punktu widzenia Eugeniki.
17/X czwartek	Prof. W. GRZYWO-DĄBROWSKI Ustawy sterylizacyjne z punktu widzenia zwalczania przestępczości i patologicznej dziedziczności.		
18/X piątek	Sędzia K. FLESZYŃSKI O projekcie prawa małżeńskiego w Polsce.	Adwokat S. MARKUSFELD Prawodawstwo Eugeniczne na zachodzie i projekty polskie.	Mec. I. ETTINGER Pierwiastki Eugeniczne w prawodawstwie polskim.
19/X sobota	Min. Dr. W. CHODŹKO O roli i znaczeniu T-wa Medycyny Zapobiegawczej i stosunku jej do eugeniki.		Zamknięcie kursu.

U w a g a: Dopuszczalne są zmiany w programie.

Sekretariat kursu: 1) Dr. Nowakowski—Warszawa, Nowy Świat 1
2) Państwowa Szkoła Higieny — Warszawa, Chocimska 24.

— Polskie Towarzystwo Oto-Rynolaryngologiczne, Oddział w Krakowie podaje do wiadomości, że XI Zjazd Oto-Laryngologiczny oraz Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Otolaryn-

g o l o g i c z n e g o odbędzie się w Krakowie, ul. Radziwiłłowska L. 4 w dniach 15 i 16 września b. r. Dwa referaty programowe wygłoszą: 1) Brokman i Karbowski (Warszawa): Zespół infekcyjno-toksyczny u dzieci, oraz 2) Miodoński i Schwarzbart (Kraków): Zwężenia krtni i tchawicy i ich leczenie. Pozostałe odczyty wygłoszą: Alter, Chorażycki (Warszawa), Dobrzański (Lwów), Gans (Kraków), Jankowski (Lwów), Schusterówna (Lwów), Schwarzbart, Spira (Kraków), Tencer (Warszawa). Dnia 14-go o godz. 21-ej odbędzie się zebranie towarzyskie w sali Hotelu Francuskiego. Informacyj w sprawie mieszkań udziela Dr. A. Schwarzbart, Kraków, Starowiślna 4. — Wskazane zgłoszenie najpóźniej na tydzień przed Zjazdem. Za Zarząd: Dr. A. Schwarzbart, m.p. Prezes Oddziału Krakowskiego.

— Sekretarz Generalny T o w a r z y s t w a C y t o l o g i j i D o s w i a d c z a l n e j Pani Profesor Dr. Rho-

da Erdmann zawiadamia, że najbliższy K o n g r e s M i ę d z y n a r o d o w y t e g o T - w a odbędzie się w Kopenhadze w Instytucie Prof. A. Fischera prawdopodobnie w sierpniu 1936. Dokładny termin będzie podany później. Wszystkie życzenia, jak i zgłoszenia na Zjazd uprasza się nadsyłać pod jej adresem: Berlin - Wilmersdorf, Nassauischestr. 17, II.

— Instytut spraw społecznych w komunikacie z sierpnia r. b. zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, zagrażające zdrowiu i życiu robotników, pracujących w fabrykach asbestu (a s b e s t o z a). W Polsce, na terenie Łodzi, gdzie znajdują się fabryki asbestu, mają być podobno zainicjowane przez tamtejszą Ubezpieczalnię Społeczną badania rentgenologiczne robotników, narażonych na asbestozę. Pożądana jest stała opieka lekarska nad wymienionymi robotnikami oraz odpowiednie warunki higieniczne w warsztatach pracy.

Résumé des articles originaux.

I. PINES. Rôle des courbures de la colonne vertébrale dans la formation de la maladie ulcéreuse de la partie stomacho-duodénale.

L'auteur attire l'attention sur l'importance des courbures de la colonne vertébrale dans l'origine de la maladie ulcéreuse de la partie stomacho-duodénale. La constatation de ces courbures doit faire naître des doutes quant à possibilité du traitement efficace par la médication interne. Mais même une opération chirurgicale ne peut pas corriger l'anomalie de la structure. Une certaine chance de succès peut avoir seulement la résection totale de l'estomac.

T. GOLIBORSKA. Sur la valeur du milieu de Clauberg pour la découverte des bacilles de la diphtérie.

1. La mise en utilisation du milieu de C l a u b e r g constitue un grand progrès dans l'examen bactériologique de la diphtérie. L'emploi de ce milieu augmente de 11,1% le nombre de résultats positifs en comparaison avec le milieu de L o e f f l e r.

2. L'examen macroscopique des colonies est parfois insuffisant pour affirmer la diphtérie. En se servant d'un milieu pas trop frais, il faut chaque fois vérifier ses constatations faites macroscopiquement par un examen microscopique.

3. Dans 61,2% de cas de notre matériel la poussée de tous les germes sur milieu de C l a u b e r g a été entravée, ce qui nous a dispensés des autres recherches.

4. Sur 108 cas dans lesquels nous avons constaté la présence du bacille diphtérique, dans 2 cas seulement (1,8%)

la culture sur milieu de C l a u b e r g a été négative, tandis que sur bouillon de L o e f f l e r elle était positive.

5. En faveur du milieu de C l a u b e r g plaide l'observation que dans 6,7% de cas l'aspect morphologique du bacille diphtérique cultivé sur ce milieu est plus typique que sur bouillon de L o e f f l e r. Cependant même sur milieu de C l a u b e r g le bacille diphtérique peut prendre dans 3,7% de cas un aspect morphologique atypique.

6. L'inconvénient du milieu de C l a u b e r g est qu'on doit se servir d'un milieu fraîchement préparé au moins 2 fois par semaine.

H. NOBLIN. Le venin du cobra dans le traitement des tumeurs malignes.

L'auteur expose les résultats du traitement des malades atteints de tumeurs malignes, par des injections sous-cutanées du venin du cobra, qui possède des propriétés anesthésiques et détruit in vitro les cellules des tumeurs.

Au cours des expériences on a réussi à guérir les tumeurs néoplasmatiques des souris sous l'action des injections du venin du cobra. Tout d'abord les énonciations des médecins français sur les essais de traiter au moyen du venin du cobra les malades atteints de tumeurs malignes ont éveillé de grandes espérances, mais les essais subséquents ont complètement échoué. On n'a pas réussi à obtenir la guérison des lésions cancéreuses chez des hommes à l'aide d'injections du venin du cobra. La propriété anesthésique attribuée au venin du cobra est inconstante, de courte durée et reste beaucoup inférieure aux autres moyens anesthésiques dont dispose la pharmacologie.

TREŚĆ: I. PINES. Rola skrzywień kręgosłupa w powstawaniu choroby wrzodowej odcinka żołądkowo-dwunastniczego. (Dok.). — T. GOLIBORSKA. O wartości podłoża Clauberga dla wykrywania prątków błonicy. — H. NOBLINÓWNA. Jad kobry w leczeniu nowotworów złośliwych. — L. LEJZEROWICZ. O leczeniu przeciwallergenem dychawicy oskrzelowej. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — M. PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA. Dalsze spostrzeżenia, dotyczące umieralności ogólnej dzieci szczepionych przeciw gruźlicy (B. C. G.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: I. PINES. Rôle des courbures de la colonne vertébrale dans la formation de la maladie ulcéreuse de la partie stomacho-duodénale (fin). — T. GOLIBORSKA. Sur la valeur du milieu de Clauberg pour la découverte des bacilles de la diphtérie. — H. NOBLIN. Le venin du cobra dans le traitement des tumeurs malignes. — L. LEJZEROWICZ. Sur le traitement antiallergénique de l'asthme bronchial. (Rev. gén.). — M. PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA. Nouvelles observations concernant la mortalité générale des enfants vaccinés contre la tuberculose (B. C. G.).

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300. — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała str. zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200. — do 400.—