

# 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 XIII

WARSZAWA, 10 GRUDNIA 1936 R.

Nr. 46

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

Z Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego  
w Warszawie.

(Dyrektor: Prof. Dr. K. Orzechowski).

#### **Padaczka zwana samoistną, jej stosunek do padaczki organicznej i częstość występowania.**

Podał  
Konstanty ŚWIDER (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 45).

W pracy niniejszej postawiłem sobie za cel rozszerzenie się, o ile to możliwe, dokładne, jak przedstawiają się liczbowo stosunki padaczki organicznej i samoistnej na podstawie materiału Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego za czas jej istnienia, t. j. od roku 1921 do końca roku 1935 t. j. za lat 15.

Z prac statystycznych nad padaczką, których dotąd było niewiele (Ammann, Bolten, Bychowski, Klessens, Isserlin, Schott, Tillmann, Wyrlich i t. d.), a którym jako cel poświęcało wyświetlenie etiologii padaczki, symptomatologii, określenie jej częstości, wieku zachorowania i t. p., jedynie w pracy Redlicha, Boltena i liczbach Klessensa znajdują się dane, dotyczące się stosunku liczbowego padaczki samoistnej do organicznej. Redlich liczbę padaczki samoistnej podaje ogólnikowo. Natomiast Bolten ma 86 przypadków padaczki znajduje 30 przypadków padaczki samoistnej (około 40%). Dane Klessensa, które cytuję za F. Krausem i H. Gruhlem, dotyczą 743 przypadków padaczki, w czym 445 było genuinnych (około 59%).

Po badaniach, przeprowadzonych na materiale Kliniki Warszawskiej mogłem oczekiwać, że dadzą one wyniki pewniejsze i raczej pozwalające na jakieś, choćby ogólne wnioski, a to z tego powodu, że przypadki były na ogół nie tylko obserwowane i badane dokładnie, lecz ponieważ z natury rzeczy badania te, jako późniejsze, musiały uwzględniać sposoby, dawniej nie stosowane, więc badanie płynu mózgowordzeniowego, rentgenologiczne, stosowanie hiperwentylacji i t. p. Celem moich poszukiwań było zdanie sobie sprawy, jak często padaczka sama, istna się zdarza, i czy rzeczywiście sprawdza się zapowiedź dawnych badaczy, że w miarę postępu symptomatologii obszar padaczki samoistnej bardzo wydatnie się zmniejsza.

Historie chorób uwzględniały w anamnezie przede wszystkim dzieje dzieciństwa, tego najważniejszego okresu zmian, przygotowujących późniejszą padaczkę, więc przejście ciąży matki, porodu, wczesne urazy, choroby mózgu i opon, wogóle choroby zakaźne. O ile to było możliwe, starałem się uniknąć błędu przyznawania roli etiologicznej urazowi może nieznacznemu lub chorobie zakaźnej, zbyt blądej. Wyniki dodatnie raczej były skromne liczbowo z tego powodu, że bardzo często dorośli, a z tymi przeważnie mieliśmy do czynienia, zbyt mało wiedzą o okolicznościach, które towarzyszyły ich porodowi, o przebytych chorobach i urazach w dzieciństwie. Okoliczność ta powoduje i u nas, podobnie jak w statystykach innych autorów, przerost liczbowy padaczki samoistnej.

Na 415 przypadków 181 przypadków badanych było encefalograficznie. Tylko odma czaszkowa zdecydowała o podłożu organicznym w 67 przypadkach (wyraźna asymetria komór, wodogłowie wewnętrzne). We wszystkich prawie przypadkach robiono zwykłe zdjęcia rentgenowskie czaszki. Tam, gdzie badania, zwłaszcza podmożowego nie robiono, określenie samoistości jest nieuzasadnione. Występowanie różnicy odruchów i objawu Babińskiego po odmie uważaliśmy za dowód organiczności.

Samo nakłucie łądźwiowe i badanie płynu mózgowordzeniowego mają doniosłe znaczenie, np. stwierdzenie wybitnego wzmożenia ciśnienia płynu, zmian chemicznych lub cytologicznych płynu najczęściej pozwala niewątpliwie uważać przypadek za organiczny, o ile badania nie zostały przeprowadzone w stanie epileptycznym lub w niezbyt krótkim czasie po napadzie.

U wszystkich chorych badano płyn mózgowordzeniowy, o czym wspominać dla dokładności.

Na podstawie różnicy odruchów ścięgowych lub okostnowych, przy stałym objawie Babińskiego, zwłaszcza, jeśli od początku napady mają charakter typu Jacksona, musimy myśleć o podłożu organicznym przypadku padaczki.

Niestety, mając przed sobą przypadek długotrwałej padaczki, nie mamy zazwyczaj możliwości ustalenia, czy objawy organiczne są następstwem napadów, czy też istniały już przed wystąpieniem padaczki. Tego rodzaju przypadki pozostawiliśmy prawie wszystkie w grupie genuinnej, choć właściwie należało dla nich wydzielić osobną grupę przypadków wątpliwych. Na szcze-

ście, tych przypadków niepewnych było niewiele i w ostatecznych wnioskach one nie zaważają.

Tylko w pewnej grupie przypadków stosowano hiperwentylację, którą później zarzucono, jako metodę stałą, z powodu, że zbyt rzadko dawała wyniki dodatnie. Próbę z pitressyną i próbę solną stosowano tylko w ostatnich czasach, i to rzadko, ponieważ zazwyczaj zawodziła.

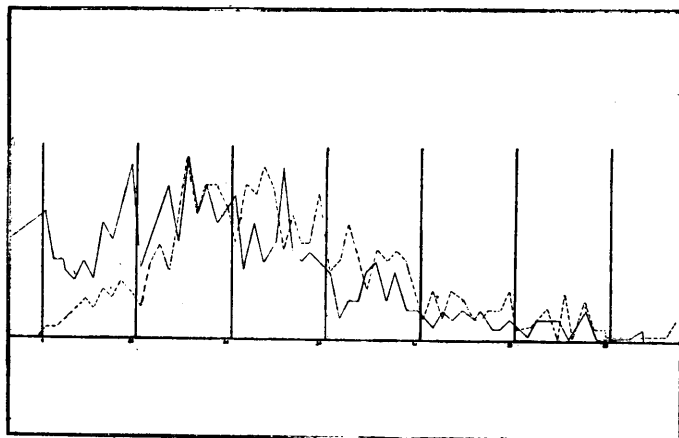
Wiek naszych chorych w czasie przyjęcia wahał się w granicach:

|                        |                  |             |
|------------------------|------------------|-------------|
| 1—10 r. życia          | — 32 przypadki   | ( 7 % ),    |
| 11—20 r. życia         | — 118 przypadków | ( 28 % ),   |
| 21—30 r. życia         | — 133 przypadki  | ( 31,8 % ), |
| 31—40 r. życia         | — 79 przypadków  | ( 19 % ),   |
| 41—50 r. życia         | — 33 przypadki   | ( 8 % ),    |
| 51—60 r. życia i wyżej |                  | ( 5 % ),    |

(zob. tablicę).

Wiek rozpoczęcia się choroby waha się, t. j. w wieku 1 do 10 roku życia choroba rozpoczęła się w 103 przypadkach (25%); w 11 do 20 roku życia w 131 przypadkach (31,3%); w 21 do 30 roku życia w 103 przypadkach (24%); w 31 do 40 roku życia w 46 przypadkach (11%); w 41 do 50 roku życia w 20 przypadkach (5%); w 51 do 60 roku życia w 11 przypadkach (30%); powyżej 60 roku życia — 1 przypadek.

Choroba trwała w okresie badania (już 1 rok w 154 przypadkach (37,1%), 2 lata w 42 przypadkach (10%), 3 lata w 31 przypadkach (7,4%), 4 lata w 15 przypadkach (3,6%), 5 lat w 22 przypadkach (5,4%), 6 lat w 14 przypadkach (3%), 9 lat w 19 przypadkach (4%) i t. d.



----- = krzywa wieku w chwili przyjęcia do kliniki

———— = krzywa wieku na początku choroby

liczba przypadków = oś rzędnych

rok życia = oś odciętych.

Znaczna liczba przypadków dotyczyła więc ludzi stosunkowo młodych, u których choroba niewiele lat trwała. Pozwala to do pewnego stopnia wykluczyć błąd zaliczenia większej liczby przypadków genuinnych z powodu objawów organicznych, spowodowanych przez napady, do grupy organicznej. Przyjmując bowiem za rzecz prawdopodobną, że trwałe objawy ponapadowe raczej występują u chorych z długo trwającą chorobą, więc już starszych. Po wtóre, organiczne zmiany ponapadowe zachodzić mogą tylko u tych chorych, którzy ciężko przechodzili swoje napady, u których napady pozostawiały co najmniej kilka godzin do kilku dni trwający okres rozbicia cielesnego i duchowego, senności, bólów głowy i choćby lekkich zaburzeń psychicznych, objawów wskazujących, że wśród owych napadów

kurcz naczyń oponowo-mózgowych doprowadził do zmian strukturalnych w tkance mózgowej. Chorych, u których z wywiadów dowiadywano się, że przechodzili napady z cięższymi stanami klinicznymi ponapadowymi, wyłączyliśmy przeto z grupy padaczki organicznej.

Do grupy padaczki organicznej zaliczyliśmy przypadki, które albo w dzieciństwie przeszły zdarzenie chorobowe, które mogło spowodować lub, oczywiście, spowodowało chorobę mózgu, oraz te, u których badaniem stwierdzono choćby niewielkie, lecz niewątpliwe objawy organiczne, i to takie, które wedle wszelkiego prawdopodobieństwa nie mogły być w związku z przejściem napadów, jako takich.

Pozostałe przypadki bez odpowiednich szczegółów anamnestycznych i bez zmian organicznych utworzyły naszą grupę padaczki samoistnej.

Przypadki, w których dopiero po odmie wystąpił np. objaw Babińskiego lub różnica odruchów, zaliczyliśmy do grupy organicznej wychodząc z założenia, wypowiedzianego swego czasu przez Tyczkę, że odma zaakcentowuje chwilowe objawy organiczne lub wydobywa je z utajenia. Natomiast zgodnie z poglądem Krausego włączyliśmy do padaczki samoistnej — padaczkę Jacksona, czuciową lub ruchową, o ile nic zresztą, za organicznością przypadku nie przemawiało. Błąd w ocenie przypadku jako organiczno-mózgowego mógł się wkręcić w przypadku z różnicą odruchów skórnych lub ścięgnowo-okostnowych, jeśli różnica odruchów zależała od zmiany anatomicznej w rdzeniu. Taki jednak przypadek w naszym materiale mógł być chyba wyjątkiem.

W czasie od roku 1921 do końca roku 1935 przeszło przez Klinikę neurologiczną 453 epileptyków. Wyłączono z tej liczby 38 historii chorób przypadków, krótko obserwowanych, albo u których pewne badania, np. płynu mózgowo-rdzeniowego, ciśnienia krwi, odczynu Wassermanna i t. p., nie były przeprowadzone.

Z pozostałych 415 przypadków — 324 odpowiadało padaczce organicznej. Grupa ta obejmuje następujące podgrupy etiologiczne: kiła 54 przypadki, urazy 38 przypadków, guzy mózgu 11 przypadków, blizny mózgowo-oponowe 221 przypadków, najrozmaitszej, często tylko przypuszczalnej etiologii (ciąża, poród, urazy, choroby mózgu i opon, choroby zakaźne, czasem połączone z większym lub mniejszym wodogłowiem).

Padaczki samoistnej mieliśmy pozostałych przypadków 91 (21,9%). W porównaniu ze statystykami innych autorów, jak Redlicha około 50%, Boltena około 40%, Klessensa około 59%, jest to liczba znacznie mniejsza.

Jako wniosek, który należy wysnuć z przytoczonych dotychczas danych, stwierdzić należy, że sprawdziły się przewidywania dawnych autorów z Redlichem na czele, iż zakres padaczki samoistnej ulega z biegiem czasu stopniowemu zmniejszaniu na korzyść objawowych postaci padaczki. Natomiast nie potwierdzają się poglądy, przeczące w ogóle istnieniu padaczki samoistnej jako odrębnej jednostki chorobowej o swojej dla siebie przyczynie, czemu najsilniejszy wyraz dał Abadie. Przy dzisiejszym stanie wiedzy nie podobna rozstrzygnąć tego zagadnienia, ale i nie podobna pominąć pokażnej, bądź co bądź, grupy, obejmującej w naszym zestawieniu 21,9% ogółu przypadków. Prawdopodobnie kruszyć się będzie nadal ta grupa padaczki z postępem wiedzy, lecz czy zniknie całkowicie, okaże przyszłość.

Na zakończenie podaję skróty niektórych historii chorób, żeby ma nich uwidocznic, na jakich podstawach w przypadkach wątpliwych przydzielaliśmy je do jednej lub drugiej głównej postaci, organicznej lub genuinnej. W przytoczonych skrótach historii chorób uwzględniono tylko odchylenia od normy, nie wymieniając wyników prawidłowych. Jeśli wyraźnie nie stwierdzono tego odmiennie, należy rozumieć, że w danym przypadku encefalografia była wykonana, i że obraz encefalograficzny był prawidłowy. Podobnie, jeśli nie podkreślono zbyt rzadkiego występowania napadów padaczkowych, należy rozumieć, że częstość ich była w granicach przeciętnych.

#### Przykłady przypadków padaczki organicznej.

Przyp. 1. Chora D. A. lat 19 (liczba karty 188—1925) od 10 lat miewa napady prawostronne Jacksona. Siostra również epileptyczka. Przedmiotowo: odruchy brzuszne dolne niepewne. Kolanowy prawy żywszy. Objaw Babińskiego po stronie prawej. Na zdjęciach poodmowych komora lewa szersza.

Przyp. 2. Chora R. J. lat 17 (l. k. 251—1926) od kilku miesięcy cierpi na napady o charakterze myoklonicznym. Odruchów brzusznych brak, z wyjątkiem może górnych. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa bardzo żywe. Obj. Rossolimo i Mendel-Bechterewa po stronie lewej. Odmy czaszkowej nie robiono. (Może początek stwardnienia rozsianego?).

Przyp. 3. Chora W. Z. lat 13 (l. k. 122—1927). Ojciec alkoholik. W dzieciństwie miewała konwulsje. Od 7 lat typowe napady ogólne. Przedmiotowo: prawy dolny nerw twarzowy słabiej unerwia. Łuki podniebienia silniej napięte po stronie lewej. Próba na mijanie: lewa k. g. zbacza na zewnątrz. Odruch kolanowy i Achillesa żywszy po lewej. Na obu stopach podejrzany Babiński.

Przyp. 4. Chora S. J. lat 23 (l. k. 322—1927). Od 10 lat miewa ogólne napady padaczkowe. Przedmiotowo: Odruch z kości promieniowej żywszy po stronie prawej. Odruch kolanowy prawy może żywszy. Gałązkę prawą, dolną nerwu twarzowego słabiej unerwia. Zanik nerwu wzrokowego. Odmy nie robiono.

Przyp. 5. Chora T. L. lat 15 (l. k. 117—1933). Od pół roku miewa napady ogólne lub częściowe, przeważnie w nocy. Ojciec epileptyk. Przedmiotowo: Odruch Achillesa żywszy po stronie prawej. Objaw Babińskiego po stronie prawej. Zdjęcia poodmowe obustronne wodogłowie wewnętrzne.

Przyp. 6. Chora R. J. lat 19 (l. k. 202—1933). Od roku brak miesiączkowania. Drażliwa i przekorna. Objaw Kerniga obustronnie zaznaczony. Prawy nerw twarzowy lepiej unerwia. Odruchów brzusznych środkowych i dolnych brak. Odruch Achillesa żywszy po stronie prawej. Słabo zaznaczony Babiński po lewej. Chód niepewny. Zdjęcia poodmowe czaszki: napowietrzenie kory po stronie lewej nieco intensywniejsze. Miernie wodogłowie rogów przednich.

Przyp. 7. Chora G. H. lat 33 (l. k. 265—1934). Od 8 lat miewa ogólne napady. Powieki zaciska nieco słabiej po stronie prawej. Prawa fałda nosowo-wargowa nieco płytsza. Dolną gałązkę nerwu twarzowego prawego słabiej unerwia. Ślad niepewności przy ruchu palec — nos prawą ręką. Może lewy odruch Achillesa żywszy. Objaw Babińskiego po stronie prawej. Brak odruchów brzusznych.

Przyp. 8. Chora R. E. lat 20 (l. k. 309—1934). Od 2 miesięcy kilka ogólnych napadów padaczkowych. Przedmiotowo: oczopląs rotacyjny przy patrzeniu na boki. Odruchów brzusznych i podeszwowych brak. Odruchy kolanowe i

Achillesa po lewej żywsze. Obustronny Rossolimo (przy Jendrassiku). Odmy nie robiono. Początek stwardnienia rozsianego.

Przyp. 9. Chora M. P. lat 50 (l. k. 44—1935). Od lat 15 napady padaczkowe. Pierwszy napad wkrótce po cięciu cesarskim. Przedmiotowo: połowicze niedowidzenie lewostronne. W polu hemianopsyjnym rozróżnia poruszające się przedmioty oraz światło. Obustronny drobnofalisty oczopląs przy położeniu skrajnym. Ciśnienie krwi prawidłowe. Brak wybitniejszych objawów miażdżycowych. (Nie można wykluczyć, że objawy organiczne są następstwem napadów).

Przyp. 10. Chora S. M. lat 39 (l. k. 257—1935). Przywieziona do Kliniki w stanie padaczkowym. Napady padaczki miewa od lat 10. Stan przedmiotowy w 9 dni po ustąpieniu stanu padaczkowego: niewielka różnica w odruchach ścięgowo-kostnowych, po stronie lewej żywsze. Podejrzany Babiński po lewej. Zdjęcie poodmowe: znaczne napowietrzenie kory płata czołowego po stronie prawej, w okolicy potylicznej na granicy z ciemieniową widoczne znaczne rozszerzenie 3-ich rowków. (Zmiany organiczne mogłyby być następstwem napadów lub stanu padaczkowego).

Przyp. 11. Chory B. L. lat 46 (l. k. 117—1926). Matka umysłowo chora. Od 4 miesięcy napady, przeważnie nocą. Duża blizna w okolicy skroniowej prawej po urazie przed 9 laty. Przedmiotowo: znaczne wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne na rentgenogramach poodmowych.

Przyp. 12. Chory R. B. lat 36 (l. k. 143—1926). Przed 5 laty 2 upadki z wysokości z utratą przytomności. Od tego czasu bóle głowy i wymioty, do których od 1 i 1/2 roku dołączyły się ogólne napady epileptyczne. Czaszka wodogłowiowa. Zdjęcia poodmowe wykazują wybitne wodogłowie wewnętrzne obustronne, asymetryczne.

Przyp. 13. Chory S. J. lat 25 (l. k. 252—1928). Od dzieciństwa ogólne napady epileptyczne oraz „absences“. Przedmiotowo: oczopląs poziomy przy patrzeniu w prawo. Dolna gałązka prawego nerwu twarzowego słabiej unerwia. Objaw Rossolimo po stronie lewej. Od roku miewa na pewien czas przed napadem zrywania mięśniowe, najwyraźniejsze w k. d. prawej. Przy wywoływaniu odruchu Achillesa po stronie lewej występuje kontralateralny skurcz mięśnia czworogłowego (odruch myokloniczny). (Odmy nie robiono. (Epilepsja z myokloniami, prawdopodobnie organiczna).

Przyp. 14. Chory R. J. lat 27 (l. k. 340—1928). Od 7 lat duże i małe napady padaczkowe. Osłabienie pamięci: Duża impulsywność. Prawy dolny nerw twarzowy słabiej unerwia. Początkowe ciśnienie płynu m.-rdz. 470. Zdjęcie czaszki: dość duże siodełko tureckie, wyraźne żyły środkowicze, rozległe zwapnienia na granicy między okolicą czołową i ciemieniową. Odmy nie robiono.

Przyp. 15. Chory D. E. lat 30 (l. k. 210—1929). Od 4 i 1/2 lat napady padaczki tylko nocą. Przedmiotowo: przy patrzeniu na boki ruchy oczopląsowe. Hipomimia. Diadochokineza nieco upośledzona po stronie lewej. Niekiedy podejrzany Babiński po lewej. Roentgen czaszki: nieco pogłębione wyciski palczaste. Zdjęcia poodmowe bez zmian.

Przyp. 16. Chory Dz. S. lat 31 (l. k. 325—1929). Od kilku lat napady padaczkowe ogólne. Zdjęcie poodmowe: wybitne wodogłowie wewnętrzne oraz asymetria komór.

Przyp. 17. Chory Sz. W. lat 18 (l. k. 68—1920). Od lat 9 miewa napady, rozpoczynające się drgawkami w kończynie górnej prawej, przechodzące później w ogólne. Przedmiotowo: brak lewego odruchu łokciowego. Objaw Rossolimo po stronie prawej. Odmy nie robiono. (Przypadek wątpliwy co do przynależności).

Przyp. 18. Chory Ch. J. lat 40 (l. k. 173—1930). Miewa od 2 lat napady drgawkowe ogólne co miesiąc. W okresie międzynaapadowym w płynie m.-rdz. Pandya ++, białko

0,60% leukocyty 4 w 1 cm<sup>3</sup>. Odmy nie robiono. Brat chory również na padaczkę. (Padaczka prawdopodobnie organiczna).

Przyp. 19. Chory B. L. lat 19 (l. k. 333—1930). Od lat 6 cierpi na napady Jacksona w nocy. Przy patrzeniu ku bokom ruchy oczopląsowe. Babiński niepewny po lewej. (Prawdopodobnie padaczka organiczna).

Przyp. 20. Chory L. M. lat 29 (l. k. 30/353—1933). Podobno poród miał być ciężki. Płonica o ciężkim przebiegu w dzieciństwie. Od mniej więcej roku ogólne napady drgawkowe. Alkoholik. Przedmiotowo: Niesymetria twarzy. Żrenica lewa niezupełnie okrągła. Obustronny objaw Chwostka. Obniżenie słuchu po stronie prawej pochodzenia nerwowego. Objaw Babińskiego po stronie prawej, po lewej wątpliwy.

Przyp. 21. Chory Sz. P. lat 42 (l. k. 14/325—1933). Od 3 lat miewa omdlenia. Od roku cierpi na napady padaczki i uporczywie bóle głowy. Prawa żrenica nieco szersza, lewa niezupełnie okrągła. Prawy dolny nerw twarzowy paretyczny. Przy mowie zacina się. Odruch rogówkowy może słabszy po stronie lewej. Pseudoklonus stóp z obu stron. Pewne ubóstwo mimiki. Ruch pięta-kolano obustronnie lekko ataktyczny. Roentg. poodmowy: obustronne wodogłowie wewnętrzne, większe po stronie lewej.

Przyp. 22. Chory L. H. lat 24 (l. k. 68—1933). Od 9 lat napady prawostronnego Jacksona, które później przeobraziły się w ogólne. Rossolimo po stronie prawej. Odruchy ścięgnowo-okostnowe żywsze po lewej. Odmy nie robiono.

Przyp. 23. Chory K. K. lat 21 (l. k. 249—1933). Od 7 lat napady Jacksona, rozpoczynające się od prawej połowy twarzy. Przedmiotowo: objaw Rossolimo po stronie prawej. Prawy dolny nerw twarzowy słabiej unerwia. Zdjęcia poodmowe: wodogłowie wewnętrzne, komora lewa wyraźnie większa od prawej.

Przyp. 24. Chory N. W. lat 28 (l. k. 300—1933). Od kilku miesięcy kilka napadów, rozpoczynających się od lewej k. g. Kończyna ta obecnie osłabiona. Lewy dolny nerw twarzowy słabiej unerwia. Ciśnienie płynu mózgowo-rdż. w pozycji leżącej 400 ze spadkiem do 300. Na zdjęciach poodmowych bardzo znaczne napowietrzenie rowków mózgowych.

Przyp. 25. Chory R. W. lat 18 (l. k. 319—1933). W dzieciństwie konwulsje. Od roku napady ogólne. Obustronny Rossolimo, po stronie prawej żywszy. Odmy nie robiono.

Przyp. 26. Chory B. S. lat 22 (l. k. 390—1933). Leczony w klinice dwukrotnie. Od 4 lat napady ogólne, przeważnie w nocy. Miewa halucynacje wzrokowe. Obustronna anosmia. Ciśnienie płynu mózgowo-rdż. duże. Podejrzany Rossolimo po prawej. Mierne postępujące wodogłowie wewnętrzne (dwukrotna encefalografia).

Przyp. 27. Chory M. H. lat 45 (l. k. 167—1934). Przed 16 laty pierwszy napad Jacksona (l. k. d.). W ciągu ostatniego roku dwa takie napady. Lewy dolny nerw twarzowy lekko paretyczny. Odruchy ścięgnowo-okostnowe z kończyny górnej prawej żywsze. Odruchy kolanowy i Achilleśa żywsze po stronie lewej. Odmy nie robiono.

Przyp. 28. Chory S. T. lat 21 (l. k. 52—1935). Od kilku lat codzienne napady wstrząsów myoklonicznych. Raz duży napad padaczki. Odruchy brzuszne po prawej żywsze. Obustronny Rossolimo, żywszy prawy. Zdjęcia poodmowe wykazały rozszerzenie komór bocznych, prawa większa od lewej (padaczka organiczna z myokloniami).

Przyp. 29. Chory Z. Sz. lat 13 (l. k. 179—1935). Od 2 lat miewa napady o typie Jacksona, rozpoczynające się od l. k. g., niekiedy również napady ogólne. Na zdjęciach poodmowych duże wodogłowie komór, komora prawa nieco

większa i przeciągnięta w prawo, znaczne napowietrzenie kory mózgowej.

Przyp. 30. Chory S. W. lat 23 (l. k. 272—1935). Od 7 lat napady padaczki, duże i małe. Lekkie opadnięcie powieki górnej lewej. Obustronny wybitny Rossolimo. Ciśnienie płynu m.-rdż. początkowe 530 w poz. siedz. Zdjęcia poodmowe wykazały znaczne wodogłowie wewnętrzne, przy czym lewa komora większa.

Przyp. 31. Chory B. Cz. lat 30 (l. k. 23/413—1934). Przy wstąpieniu do kliniki stan padaczkowy. Od 2 lat bóle głowy. Przed kilku dniami po nadużyciu wysokości miał kilka dużych napadów. Przedmiotowo: oczopląs poziomy w położeniach krańcowych. Prawy dolny nerw twarzowy słabiej unerwia. Odruchy brzuszne słabe. Odruch kolanowy lewy żywszy. (Przypadek wątpliwy).

#### Przykład padaczki samoistnej

z objawami organicznymi wtórnymi.

Przyp. 32. Chora K. M. lat 24 (l. k. 265—1933). Obserwowana 3-krotnie w klinice. Od 12 lat miewa napady padaczki duże i małe, ostatnio dość często, po napadzie rozbiecie, senna. Przedmiotowo: żrenica prawa nieco szersza. Reakcja na światło powolna. Prawy kącik ust ustawiony wyżej od lewego. Język zbacza w lewo. Brak odruchów brzusznych. Obustronny Babiński. Niezbyt duża asymetria rogów przednich i przesunięcie komory 3 nieco w lewo na zdjęciach poodmowych.

#### Przykłady przypadków padaczki samoistnej.

Przyp. 33. Chora S. A. lat 16 (l. k. 212—1929). Od 9 lat typowe napady padaczki. Z tego powodu leczyla się 3-krotnie w klinice. Przedmiotowo: lekki niedowład prawej dolnej gałki nerwu twarzowego. Rentgenogramy poodmowe prawidłowe.

Przyp. 34. Chora I. K. lat 34 (l. k. 246—1934). Od roku ogólne napady padaczki. Przed 3 miesiącami złamanie miednicy w nieszczęśliwym wypadku i po tym ustanie periodu. Przedmiotowo: bez zmian. Rentgenogramy poodmowe prawidłowe.

Przyp. 35. Chory T. J. lat 33 (l. k. 155—1921). Od lat 5 drgawki, rozpoczynające się od prawej dłoni, przechodzące w ogólne. Przedmiotowo: bez zmian. Odmy nie robiono. (Badania odmowe zaczęto wykonywać w klinice od roku 1924).

#### PIŚMIENNICTWO.

R. Ammann. Über Epilepsiestatistik. Epilepsia 4. 1914, str. 383. Abadie J. Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies. Revue Neurolog. 1932, str. 1048—1138. Abadie J. Referat na zjeździe neurologów w Londynie. 1935. Revue Neurolog. 1935. Octobre. Baum. Erfahrungen über Epilepsie bei Hirnverletzten. Ztsch. f. d. N. u. Ps. 1930. Binswanger. Die klin. Stellung der sog. genuinen Epilepsie 1913. Berlin Karger. Binswanger. Epilepsie. Wien. 1899. G. C. Bolten. Die Erklärung der Erscheinungen bei Epilepsie. Deutsche Ztschr. für Nervenheilkunde. 1915, t. 53, str. 56—98. J. Braun. Über Pathogenese, Klinik und Therapie der Epilepsie. Schweiz. Arch. f. N. u. P. 1935, z. 1, str. 63, z. 2, str. 221. Bychowski Z. Zur Statistik der traum. Epilepsie im Kriege. Neur. Zentrbl. 1919, t. 38, str. 423. Ducoudray J. De l'épilepsie jacks. tardive. Toulouse. 1932. Foerster O. Die Pathogenese des epil. Krampfanfals. Dtsch. Ztsch. für Nervenheilkunde. 1926, t. 94, str. 15. H. W. Gruhle. Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie. Zentralbl. f. d. ges. N. u. P. 1924, t. 34, str. 1. I. Gutman. Zentralbl. f. d. ges. N. u. P. 1929, t. 53, str. 603. Heilbronner K. Die Epilepsie. (Podr. med. wewn. Mohr-Stähelin). 1912. M. Isserlin. Über die Bedeutung der Erfahrungen an

Kriegshirngeschädigten. 1930, zesz. 10, str. 569—577. Kraepelin E. Zur Epilepsiefrage. Ztsch. f. d. ges. N. u. P. 1919, t. 52, str. 107. Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig. 1904, str. 623—682. F. Krause i H. Schum. Die epil. Erkrankungen. Die spez. Chirurgie der Gehirnkrankheiten. 1931, str. 21—56. Minkowski M. Anatomia patologiczna padaczki. Rocznik Psych. 1930, zesz. 12, str. 76 i 1933, zesz. 22, str. 1. Minkowski M. Referat na Zjeździe neurologów w Londynie. 1935. Revue Neurolog. 1935. Octobre. Muskens L. J. J. Epilepsie. Berlin. 1926 (Springer), str. 167. Orzechowski K. Klinika i patogeniza padaczki. Roczn. Psych. 1929, zesz. 9, str. 30. Orzechowski K. Zaburzenia wegetatywne w padaczce. Revue Neurolog. 1935. Octobre. (Referat na Zjeździe neurologów w Londynie 1935). Prussak i Prussakowa. O napadach padaczki w stwardnieniu rozsianym. Lekarz Wojsk. 1929. Redlich E. Die klin. Stellung der sog. genuinen Epilepsie. 1913. Berlin Karger. Redlich E. Über die Beziehungen der genuinen und symptomatischen Epilepsie. Dtsch. f. Nervenheilkunde. 1909, t. 36, str. 197. Reynolds. Epi-

lepsie. 1865 (von Beigel). Scholz. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bumke. t. 7. Anatomie der Psychosen. Scholz. Über die Entstehung des Hirnbefundes bei der Epilepsie. Ztsch. f. d. ges. N. u. P. 1933, str. 1. A. Schott. Beitrag zur Lehre von der Epilepsie. Archiv f. Psych. u. N. 1922, t. 65, str. 112. Schroesler G. Zentralbl. f. d. ges. N. u. P. 1934, t. 72, str. 523. Spielmeyer. Dtsch. ztsch. f. Nervenheilkunde. 1926, t. 94, str. 54. Sterling W. Pograniczne padaczki. Roczn. Psych. 1929, str. 64. Sterling W. Dziecko epileptyczne. „Szkoła specjalna”. 1930—31, t. 7, Nr. 1. Sterling W. Z symptomatologii nieznanych lub szczególnie rzadkich zjawisk padaczkowych. Warsz. Czas. Lek. 1934, Nr. 10, str. 1. Tilmann. Zur Frage der genuinen Epilepsie. Dtsch. med. Wochschr. 1926, str. 1595. W. Tyczka. Encefalografia padaczkowców. Neurologia Polska. 1925, t. 8, str. 279. J. K. K. Wilson. Fortschritte der Medicin. 1927, str. 310, Nr. 11 (ref.) J. Wyrsch. Zur Frage der geogr. Verbreitung der Epilepsie. Archiv f. Neurologie u. Psychiatrie. 1921, t. 9, str. 309.

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.  
Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej.  
(Kierownik: Prof. L. Hirszfild).

### Badania doświadczalne nad własnościami biologicznymi i chemoterapeutycznymi butylo-tiolaratu bizmutu (Neocardylu).

Podał

Dr Ludwik ANIGSTEIN, Docent U. J. P. (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 45).

Próby leczenia kiły doświadczalnej za pomocą Neocardylu obejmują 27 królików w 4-ch seriach, z których jednej wstrzyknięto 0,03 g Bi, drugiej 0,01 g Bi, trzeciej 0,006 g Bi, czwartej 0,003 g Bi na kg wagi zwierzęcia. We wszystkich przypadkach stosowano środek ten podczas wyraźnie rozwiniętych zmian kiłowych, polegających bądź to na nacieku pierwotnym jednego jądra obok zapalenia ogólnego jądra drugiego, bądź też na zapaleniu ograniczonym tylko jednego z jąder. Neocardyl stosowano zazwyczaj 4-go lub 5-go dnia istnienia zmian powyższych, przy czym posługiwano się jedynie materiałem, gdzie stwierdzono krętki blade w ciemnym polu. Badania na krętki blade przeprowadzano w dalszym ciągu, poczynawszy od następnego dnia po wstrzyknięciu Neocardylu.

Protokół 5. Królik Nr. 46. Waga 2790 g, szczepiony kiłą 20.X.34. śródjądrowo do jądra lewego, śródkrokowo jądro prawe.

10.XI.34. Pierwsze objawy kiłowe w obydwóch jądrach. 15.XI.34. Naciek duży rozlany jądra lewego (*Orchitis diffusa sinistra*). Naciek pierwotny jądra prawego (*Sclerosis dextra*). Liczne krętki blade stwierdzone w nacieku jądra lewego. Wstrzyknięto 0,17 cm<sup>3</sup> Neocardylu = 0,003 g. Bi/Kg. (Tab. 6). 16.XI.34. Naciek jądra lewego mniejszy, skóra luźniejsza. Naciek jądra prawego mniejszy. Owrzodzenie pokryte strupem. Krętki blade b. nieliczne, dużo nieruchomych. (Tab. 7). 17.XI.34. Naciek jądra lewego wielkości ziarna grochu. (*Orchitis circumscripta*). Naciek jądra prawego znacznie mniejszy. Krętków białych brak. 21.XI.34. Naciek jądra lewego znikł. Jądro normalne. Naciek jądra prawego b. ograniczony, wielkości drobnego grochu. Całkowite wygojenie.

Protokół 6. Królik Nr. 47. Waga 2270 g. Szczepiony kiłą, jak poprzedni 20.X.34.

10.XI.34. Naciek pierwotny jądra prawego. Naciek roz-

lany jądra lewego (*Orchitis diffusa*). Krętki blade ruchliwe, liczne w obydwóch jądrach.

19.XI.34. Wstrzyknięto 0,27 cm<sup>3</sup> Neocardylu = 0,006 g Bi/Kg.

16.XI.34. Naciek jądra lewego ograniczony, naciek jądra prawego mniejszy. Krętki blade b. nieliczne, dużo nieruchomych.

17.XI. Bez zmiany.

18.XI. Znaczne zmniejszenie nacieków. Krętków brak.

21.XI. Obydwa jądra normalne.

Protokół 7. Królik Nr. 48. Waga 1830 g. Szczepiony kiłą 20.X.34.

10.XI.34. Naciek pierwotny jądra prawego (*Sclerosis*) z owrzodzeniem. Krętki blade obecne.

Naciek ograniczony wielkości ziarna grochu jądra lewego. Krętki blade obecne.

15.XI.34. Nacieki większe. Liczne krętki blade. Wstrzyknięto śródmięśniowo Neocardylu 0,36 cm<sup>3</sup> = 0,01 g Bi/Kg. Owrzodzenie pokryte strupem. Nacieki w obydwóch jądrach mniejsze. Krętków brak.

23.XI.34. Obydwa jądra normalne.

Protokoły powyższe są jedynie ilustracją szeregu prób, wykonanych na 27 królikach z wybitnymi zmianami pierwotnymi, u których jednorazowe wstrzyknięcie Neocardylu w dawkach powyższych wywołało szybkie zniknięcie zarówno objawów chorobowych, jak również krętków białych. Jak widzimy z danych powyższych zmiany znikły z dnia na dzień, równocześnie ze znikaniem krętków, które już po upływie 24-ech godzin zatracały ruchliwość i występowały w mniejszej liczbie. Wyniki powyższe pokrywają się z wynikami leczniczymi stosowanymi Neocardylu u ludzi (Lejman, 1935), gdzie również po pierwszym wstrzyknięciu zauważono znaczną poprawę, zaś po 5—6 wstrzyknięciach zupełne wessanie się nacieków. Do podobnych wyników doszedł na materiale klinicznym ludzkim Chyiewski (1932), który stosując inne preparaty bizmutu-lipo-rozpuszczalnego (Bivatol, Cardyl), wskazuje na szybkie niszczenie krętków białych oraz na szybkie ustępowanie zmian chorobowych.

Oczywiście, że zarówno wyniki pracy niniejszej nad bizmutoterapią kiły doświadczalnej za pomocą Neocardylu, jak również spostrzeżenia nad działaniem środka tego w kiłę nabytej nie upoważniają nas jeszcze do wniosku o sterylizacji ustroju, jednakowoż nie ulega-

wątpliwości, że w Neocardylu posiadamy środek swoisty o wybitnych własnościach krętkobójczych.

### Streszczenie.

Badania niniejsze miały na celu określenie wartości chemoterapeutycznej preparatu bizmutowego „Neocardylu”, rozpuszczalnego w oliwie i będącego w organicznym połączeniu z siarką.

Badania przeprowadzono ogółem na 126 królikach, zastrzykując preparat ten jednorazowo śródmięśniowo. Dawki powyżej 0,02 g Bi na kg wagi (*dosis tolerata*) ciała królika wywierają wpływ toksyczny zwłaszcza na nerki, wywołując nefrozę z elektywnym działaniem na kanaliki kręte.

Stosując technikę mikrochemiczną, stwierdzono bizmut metaliczny w nerkach królika oraz w moczu jeszcze po upływie miesiąca od dnia zastrzyknięcia.

„Neocardyl” wywiera wybitnie hamujące działanie na zakażenie świdrowcami i dorem powrotnym zwierząt doświadczalnych.

Próby leczenia kiły doświadczalnej za pomocą „Neocardylu” obejmują 27 króli, którym zastrzykiwano śródmięśniowo „Neocardyl” podczas wyraźnie zaznaczonych zmian kiłowych jądra. Już po upływie 24 godzin krętki traciły ruchliwość i występowały w mniejszej liczbie, zaś po upływie jednego miesiąca następowało całkowite wygojenie zarówno owrzodzenia pierwotnego, jak i mięszowego zapalenia jądra po jednorazowej dawce „Neocardylu” w stosunku do 0,003 g Bi na kg wagi ciała.

Autor pragnie złożyć wyrazy podziękowania P. D-rowi M. Płońskiego i J. Lenartowiczowi za wydatną pomoc jego w przeprowadzeniu badań histopatologicznych, oraz P. Prof. D-rowi J. Lenartowiczowi za cenne wskazówki techniczne i udzielenie szczepu kiły doświadczalnej.

### PIŚMIENNICTWO (\*).

Chylewski. Badania kliniczne i doświadczalne nad lipo-rozpuszczalnymi preparatami bizmutu. Przegl. Dermat. 1932, Nr. 3. Lejman K. Neocardyl w leczeniu kiły. Medycyna, 1935, Nr. 7. Levaditi C. Le bismuth dans le traitement de la syphilis. Paris, Masson, 1924. Levaditi C. et Nicolau S. Le mécanisme d'action des dérivés bismutiques dans les trypanosomiasis et les spirillosis. Ann. Inst. Past. 1924, 38. 179. Levaditi, C. Nicolau S., Schoen H., Girand A. et Manin Y. — Mode de resorption et mécanisme de l'action du bismuth dans la syphilis experim. Ann. Inst. Past. 1926. 40. 541. Levaditi, C., Sanchis-Bayyarri, V. Schoen R., Manin Y. — Etude experim. des bismuths liposolubles. Ann. Inst. Past. 1928. 42. 1489. Levaditi C. Etat actuel de la bismuthotherapie et de la bismuthoprevention de la syphilis. Ergebn. der Hyg., Bact. Immun. Forsch. u. Exp. Therapie. W. Weichardt, 1933. XIV. 297. Lenartowicz J. Untersuchungen über experim. Syphilis. — Bull. Acad. Polon., Classe Medecine. Cracovie. 1930. Lomholt. Quecksilber und Bismuth. Hand. der Geschl. Krankh. 1928. Bd. 18.

\*) Spis powyższy zawiera jedynie prace podstawowe, dotyczące bizmutoterapii kiły doświadczalnej, oraz ostatnie publikacje polskie o Neocardylu.

### Objaśnienia fotografii.

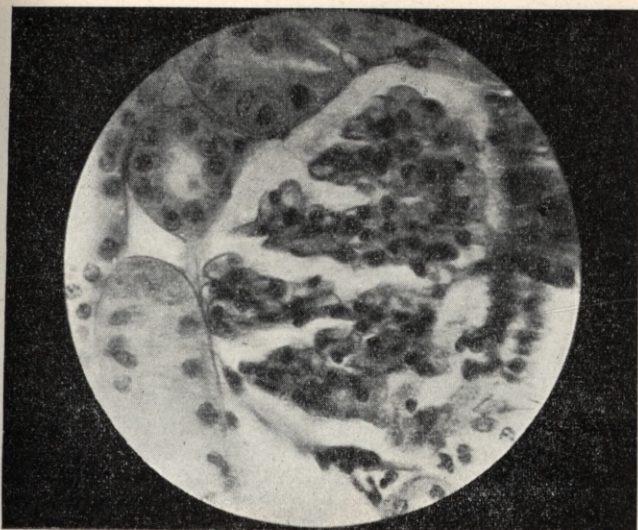
A. Histopatologia nerek królików Nr. Nr. 3 (1—4), 5 (5—6), 10 (7—10).

1. Obrzmienie komórek śródłonka pętli naczyniowych. Przestrzeń podotoczkowa rozszerzona, zawiera miejscami bezkształtną masę oraz pojedyncze krwinki. Komórki i jądra otoczki spłaszczone.
2. Kłębek całkowicie zniszczony, miejscami komórki otoczki zachowane. W świetle bezładne skupienie śródłonka pętli naczyniowej o strukturze zatartej. Jądra miejscami zachowane.
3. W świetle kanalika krętego złuszczone nabłonki skupione w masę. Na obwodzie tej masy widać gęsto skupione jądra, tworzące miejscami jednolity rąbek, barwiący się silnie hematoksylina. W innych kanalikach widać znaczne obrzmienie i miejscami złuszczenie nabłonków.
4. Obrzmienie, złuszczenie i rozpad ziarnisty nabłonków kanalików. W świetle pojedyncze jądra bez zarodki (martwica).
5. Światło kanalika wypełnione złuszczonymi, częściowo uległymi martwicy nabłonkami. Miejscami złogi wapniowe (ciemne masy bez struktury), barwiące się intensywnie hematoksylina.
6. Złogi bizmutu metalicznego w istocie rdzeniowej, w postaci skupień, różnej wielkości. Bizmut uwidocznił się za pomocą reakcji mikrochemicznej Demelina.
7. Tętniczka nerkowa o świetle całkowicie zaciopowanym złoгами soli bizmutowych. Budowa śródłonka naczynia zatarta.
8. Skupienie bizmutu metalicznego w naczyniach włosowatych istoty rdzeniowej nerki. Metoda Demelina.

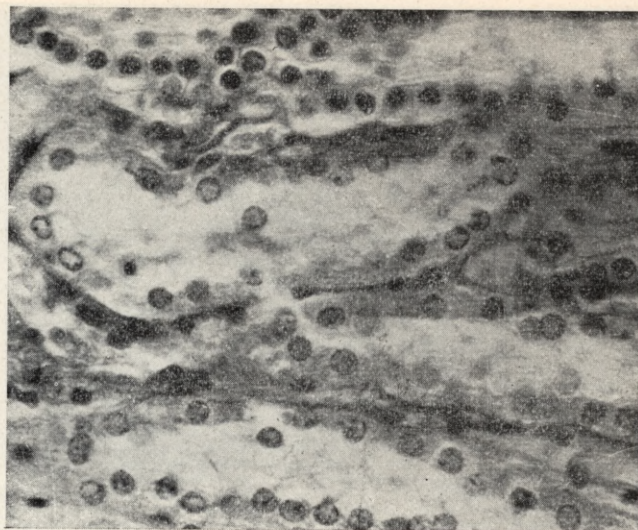
- 9, 10. Złogi wapniowe w masach intensywnie barwiących się hematoksylina w świetle kanalików wśród złuszczonych i uległych martwicy nabłonków. Różny stopień nasycenia solami wapnia.

Wszystkie skrawki barwione hematoksylina-eozyna. Pow. około 700X.

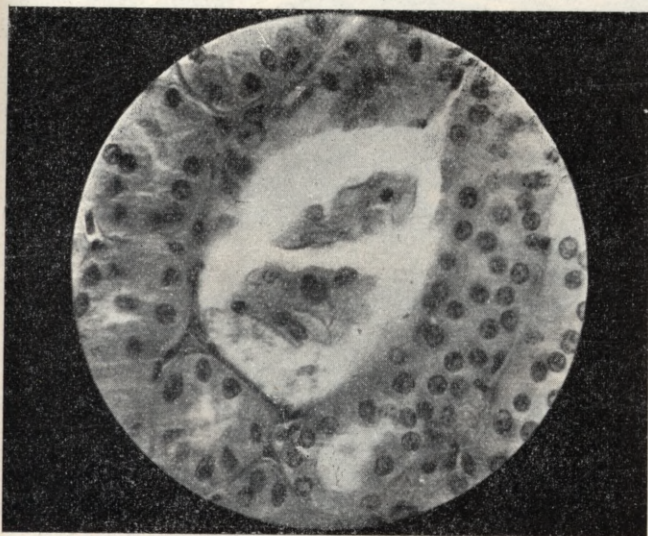
- B. Kiła doświadczalna narządów płciowych królika Nr. 46, leczonego za pomocą Neocardylu. Szczepienie kiłą lewego jądra śródmiedziowo, prawego — śródkrokwowo, 20.X.34.
11. Pierwsze objawy kiłowe w obydwóch jądrach wystąpiły 10.XI.34.
- 15.XI.34. Naciek duży rozlany jądra lewego (*Orchitis diffusa*). Naciek pierwotny jądra prawego z owrzodzeniem (*Sclerosis*). Bardzo liczne krętki blade w zawartości nacieku. Zastrzyknięto 0,17 ccm Neocardylu — 0,003 g Bi/Kg.
12. 16.XI.34. Ten sam królik. Naciek jądra lewego słabszy, skóra mniej napięta. Naciek prawego jądra mniejszy. Owrzodzenie pokryte strupem. Krętków w zawartości nacieku b. mało, dużo krętków nieruchomych.
13. Ten sam królik 17.XI.34. Naciek jądra lewego wielkości grochu (*Orchitis circumscripta*). Naciek jądra prawego zmniejsza się. Owrzodzenie pokryte strupem. Krętków brak.
14. Ten sam królik 21.XI.34. Naciek lewego jądra znikł. Jądro normalne. W jądrze prawym naciek bardzo ograniczony, wielkości małego grochu. Całkowite wygojenie owrzodzenia.



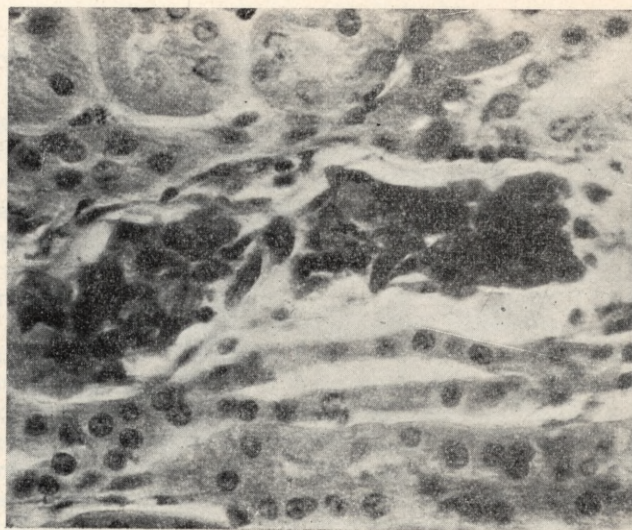
Fot. 1.



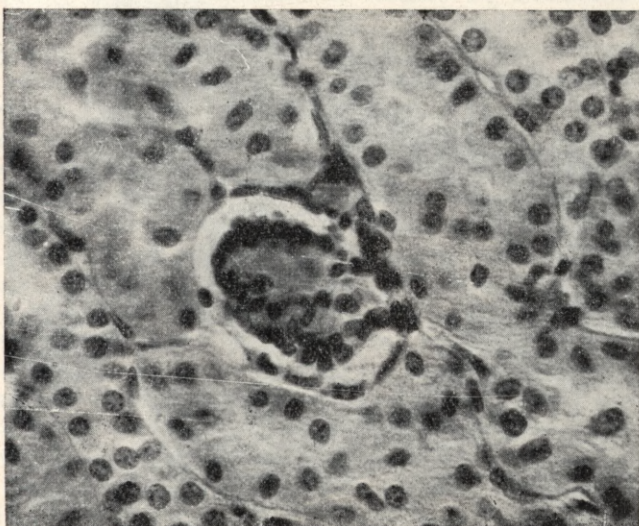
Fot. 4.



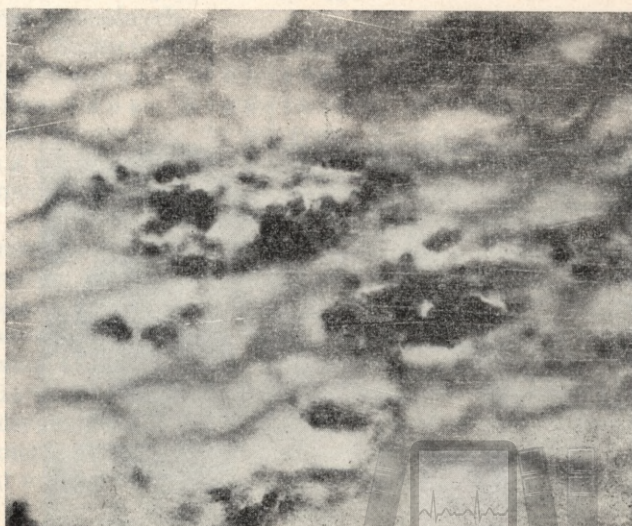
Fot. 2.



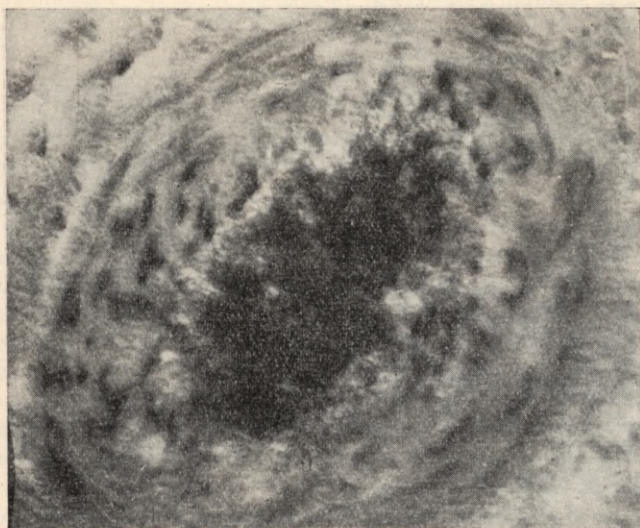
Fot. 5.



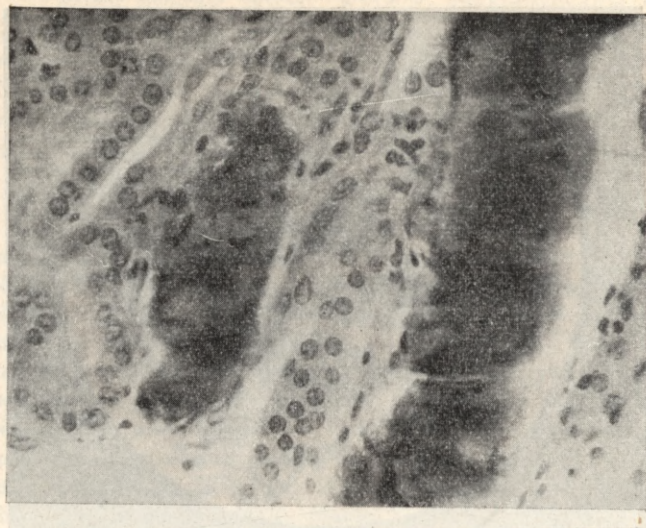
Fot. 3.



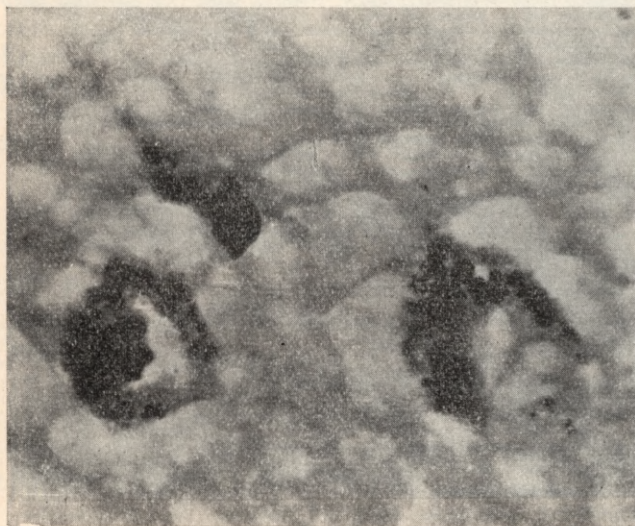
Fot. 6.



Fot. 7.



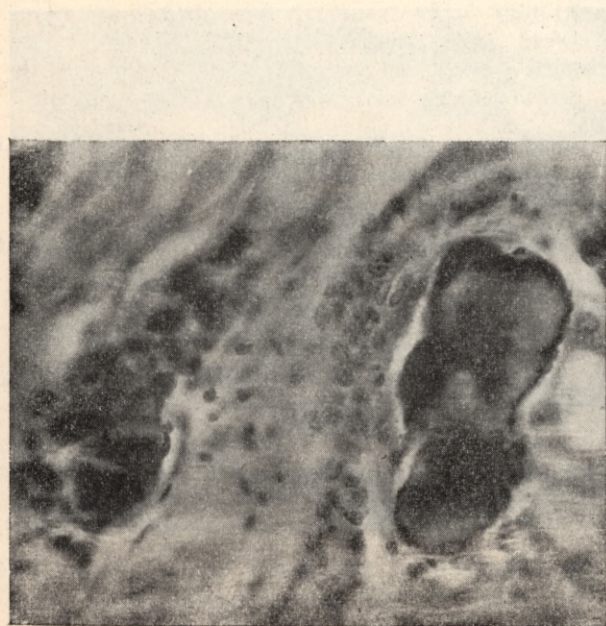
Fot. 10.



Fot. 8.



Fot. 11.



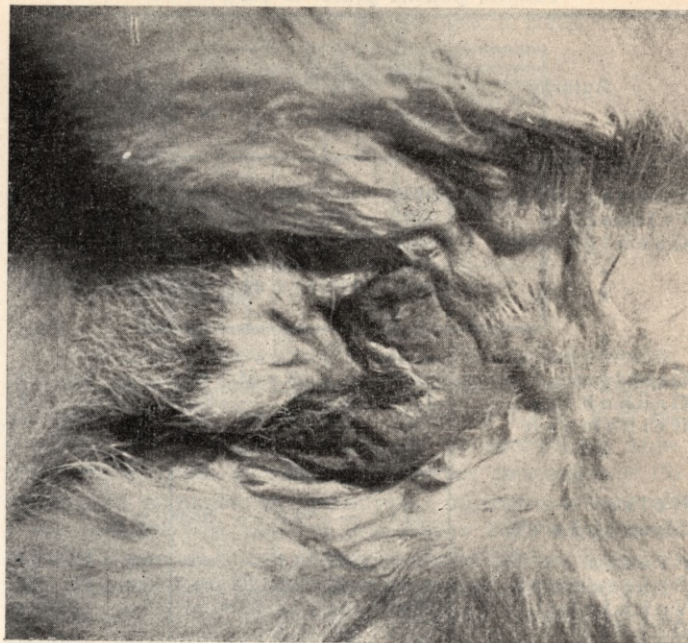
Fot. 9.



Fot. 12.



Fot. 13.



Fot. 14.

Z Państwowego Zakładu Higieny.

(Dział Bakteriologii — Dyrektor: Prof. L. Hirszfeld)  
i

z Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego.  
(Dyrektor: Prof. M. Grzybowski).

### O wartości antygeny krętkowego (Palligen) w serodiagnostyce kiły.

Podali

Zofia MILINSKA-SZWOJNICKA i Bolesław RASZKES  
(Warszawa).

Istota odczynu Bordet-Wassermanna nie jest dotychczas znana. Wassermann stanął początkowo na stanowisku, że w surowicy kiłowej występują ciała odpornościowe dla krętków białych, a ponieważ nieznana jeszcze wówczas była hodowla tego zarazka, przeto używał jako antygeny wodnego wyciągu wątroby kiłowej. Przesłanki te okazały się niesłuszne z chwilą, gdy Landsteiner, Levaditi i inni wykazali, że również dobre, a nawet lepsze wyniki dają w odczynie Bordet-Wassermanna alkoholowe wyciągi narządów normalnych. Tezę Wassermanna podważyły również badania Noguchiego, który stwierdził, że hodowla krętków białych jest znacznie gorszym antygenem, niż wyciągi alkoholowe narządów normalnych. Podczas gdy Wassermann bronił teorii swoistości swego odczynu, wystąpili Weil i Braun z koncepcją, że odczyn Bordet-Wassermanna jest wyrazem auto-przeciwciał, które powstają na skutek zadziałania produktów rozpadu własnych tkanek pod wpływem zakażenia kiłowego. Teoria ta tłumaczy więc fakt reagowania surowic kiłowych z wyciągami alkoholowymi narządów normalnych. Teoria Weila i Brauna zyskała bardzo duże poparcie z chwilą ukazania się prac Sachsa, który, opierając się na doświadczeniach Landsteinerja, dowiódł, że, po uodpornieniu wyciągami alkoholowymi narządów króli-

ka z dodatkiem surowicy świńskiej, wywołać można u królika ciała odpornościowe, które się zachowują identycznie, jak surowica kiłowa, co również wynika i z badań Hirszfelda i Halberówny, którzy wywołali dodatni odczyn Bordet-Wassermanna u królika, zastrzykując wyciągi alkoholowe własnej krwi (jako haptenu).

Opierając się na tych faktach wysunął Sachs przez analogię koncepcję, że pod wpływem zakażenia kiłowego następuje rozpad własnej tkanki w ustroju, przy czym wyzwala się substancje lipoidalne, które w połączeniu z ciałami krętków białych wywołują ciała odpornościowe, reagujące *in vitro* z wyciągami alkoholowymi narządów normalnych. Sprawa doszukiwania się ciał odpornościowych dla krętków białych stała się więc znów aktualna. Badania Klopstocka, Georgyiego i Fischera wykazały, że po uodpornieniu królików zabitymi krętkami białymi występują u nich ciała odpornościowe, reagujące z wyciągami alkoholowymi narządów normalnych.

Spostrzeżenia te skłoniły wielu autorów, jak Hoffmana, Mühlensa, Kolmana, Hinklemanna, Klopstocka, do podjęcia na nowo prób stosowania do odczynu Bordet-Wassermanna antygenów z krętków białych. Jednak początkowo te próby nie dały zadowalających wyników.

Dopiero badania Gaehgtensa w roku 1928, przeprowadzone na dużym materiale, wykazały, że nie wyciągi alkoholowe, lecz wodne, i to z dodatkiem fenolu, dają, jako antygen, znacznie lepsze wyniki, niż używane zwykle alkoholowe wyciągi z narządów normalnych. Badania Gaehgtensa zostały potwierdzone przez bardzo wielu autorów, którzy podkreślają wybitną przewagę antygeny Palligen nie tylko nad antygenami wiązania komplementu, lecz również nad antygenami, stosowanymi w odczynach kłaczkujących.

W jak znacznym stopniu antygen krętkowy Palligen posiada przewagę pod względem czułości, ilustruje tablica, podana przez Döhnera.

Tablica, podana przez D ö h n e r t a .

| Autorzy             | Ogólna liczba badań | Liczba przyp. kiłowych | O. Wa. % | Od. kiłczk. % | Pa. R. % | Nieswoiste odczyny |               |          |
|---------------------|---------------------|------------------------|----------|---------------|----------|--------------------|---------------|----------|
|                     |                     |                        |          |               |          | O. Wa. %           | Od. kiłczk. % | Pa. R. % |
| Bender-Bruns        | 1237                | 949                    | 39,6     | —             | 58,0     | 0,16               | —             | 1,21     |
| Fritzsche           | 1012                | 224                    | 53,6     | 54,3          | 88,8     | —                  | —             | 0,8      |
| Gaehgtens           | 6168                | 2325                   | 32,5     | —             | 41,2     | —                  | —             | 1,7      |
| "                   | 4691                | 1777                   | 33,2     | —             | 44,8     | —                  | —             | —        |
| "                   | 3981                | 1185                   | 51,4     | 64,0          | 66,8     | 0,8                | 1,7           | 1,8      |
| "                   | ponad 50000         | —                      | 45-50    | —             | 65       | —                  | —             | 0,5      |
| Gaehgtens i Otto    | ponad 2000          | —                      | 52       | 51            | 68       | 0,4-1,6            | 1,3           | 0,4      |
| Grüneberg           | 1704                | 823                    | 75       | —             | 85,4     | —                  | —             | 1,3      |
| Heinemann           | 1015                | 146                    | 62       | 75            | 93       | —                  | —             | —        |
| "                   | —                   | —                      | 66       | 76            | 88       | —                  | —             | —        |
| "                   | —                   | 526                    | 62       | 75            | 93       | —                  | —             | —        |
| Hölzer — Ssuschkowa | 274                 | —                      | 14,9     | —             | 25,6     | —                  | —             | —        |
| Krauss              | 3720                | 1380                   | 57,7     | —             | 84       | 0,3                | 5,4           | 1,1      |
| Schlesmann          | 4755                | 2940                   | 52,1     | 70            | 68,7     | 2,0                | 4,7           | 3,6      |
| Vohwinkel           | 2246                | 284                    | 40,7     | 55,8          | 54       | 0,5                | 1,3           | 1,0      |
| Döhnert             | 1253                | 397                    | 41,3     | 55,6          | 69,2     | —                  | —             | —        |

Zachęcenici tak dobrymi wynikami, przebadaliśmy równolegle 2.492 surowice z antygenem z krętków błędnych (Palligen), z antygenami Mc Intosha, Bordet-Ruelensa i antygenem Sachsa-Wittebskiego, stosowanym w odczynie kiłczkującym. Oryginalny antygen Palligen otrzymaliśmy z Drezna (Sächsishe Serumwercke A. G.).

Przy odczynie odchylenia dopełniacza z antygenem Mc Intosha i Bordet-Ruelensa posługiwaliśmy się techniką stale stosowaną w Państwowym Zakładzie Higieny (technika ta będzie ogłoszona w najbliższym numerze Medycyny Doświadczalnej i Społecznej).

Technika odczynu Bordet-Wassermana, stosowana przez Gaehgtensa (Pallida-Reaktion — P. R.), jest następująca.

Istota i sposób przygotowania antygeny:

Antygen Palligen jest zawiesiną hodowli krętków błędnych w roztworze fizjologicznym soli z dodatkiem 0,3% fenolu. W celu otrzymania do odczynu jednolitej zawiesiny trzęsie się ją przez jedną godzinę na trzęsawce, następnie rozcieńcza się ją roztworem fizjologicznym NaCl z dodatkiem 0,3% fenolu w stosunku 1:2, czyli do 1 części antygeny dodaje się 1 część karbolizowanego roztworu soli fizjologicznej. Rozcieńczenie i dawka antygeny są jednostkami stałymi, których się nie miareczkuje, natomiast każdorazowo określa się potrzebne do odczynu stężenie dopełniacza, którego dawka również jest stała i wynosi 0,25 ccm.

Miareczkowanie dopełniacza odbywa się w obecności antygeny przy równoczesnym użyciu dwóch surowic — kiłowej i normalnej, jak to wykazują tablice Nr. 1 i Nr. 2.

Tablica Nr. 1.

Określenie stężenia dopełniacza przy P. R.

| próbówki             | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6      |
|----------------------|------|------|------|------|------|--------|
| stężenie dopełniacza | 8%   | 9%   | 10%  | 11%  | 12%  | 15%    |
| dawka dopełniacza    | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1ccm |
| NaCl 0,85%           | 0,4  | 0,4  | 0,4  | 0,4  | 0,4  | 0,4ccm |
| antygen 1:2          | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25   |

łaznia 37° C minut 30.

3% krwinki uczul. | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5  
łaznia 37° C minut 30 i odczytać, przy jakim stężeniu dopełniacza wystąpiła całkowita hemoliza

Tablica Nr. 2.

Miareczkowanie dopełniacza w obecności surowic dodatniej i ujemnej.

| próbówki                  | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7        |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|----------|
| stężenie do-<br>pełniacza | 8%   | 9%   | 10%  | 11%  | 12%  | 15%  | 10%      |
| surowica                  | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 ccm |
| NaCl 0,85%                | 0,2  | 0,2  | 0,2  | 0,2  | 0,2  | 0,2  | 0,25     |
| dopełniacz                | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,2      |
| antygen 1:2               | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | —        |
| NaCl z 0,3% fenolem       | —    | —    | —    | —    | —    | —    | 0,25     |

łaznia 37° C minut 30

3% krwinki uczul. | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5  
łaznia 37° C minut 30 i odczytać wyniki.

Właściwe stężenie dopełniacza do odczynu wykazuje tablica Nr. 2. Bierze się jednak nie to rozcieńczenie, które wynika z miareczkowania, lecz stężenie większe o jedną gradację, np. jeżeli z miareczkowania wypada stężenie 10%, to bierze się do odczynu 11%.

Tablica Nr. 2 jest niejako sprawdzianem, czy stężenie dopełniacza, wynikające z tablicy Nr. 1, jest dostateczne i może być użyte do odczynu, co nam wykaże wystąpienie hemolizy przy surowicy ujemnej i jej zahamowanie przy dodatniej. Należy jednak podkreślić, że, jeżeli z miareczkowania w tablicy Nr. 2 okaże się np., że już stężenie 8% dopełniacza daje całkowitą hemolizę z surowicą ujemną, to autor mimo to używa do odczynu stężenia, wynikającego z tablicy Nr. 1, a więc stężenia 11%. Gaehgtens radzi używać, jako kontroli ujemnej do miareczkowania dopełniacza, mieszaniny z kilku surowic ujemnych.

Tablica Nr. 3.

Technika odczynu P. R.

| próbówki                                          | 1    | 2     |
|---------------------------------------------------|------|-------|
| surowica                                          | 0,05 | 0,05  |
| NaCl 0,85%                                        | 0,2  | 0,25  |
| antygen 1:2                                       | 0,25 | —     |
| NaCl z 0,3% fenolem                               | —    | 0,25  |
| dopełniacz, stężenie, wynikające z miareczkowania | 0,25 | 0,2*) |

Chłodnia przy + 4°—5° C minut 30 potem łaznia 37° C minut 30

3% krwinki uczul. | 0,5 | 0,5

łaznia 37° C minut 30 i odczytać wyniki.

Po 18—20 godz. trzymania w chłodni odczytuje się po raz drugi.

Jak już poprzednio zaznaczyliśmy, ogółem przebadaliśmy 2.492 surowice, w czym badanych:

antygenami Palligen i Mc. Intosha było 1725

antygenami Palligen i Bordet-Rue-

lensa . . . . . 1302

antygenami Palligen i citocholowym . . . 1606

Poza tym surowic kontrolnych, z wyłączeniem kiły, było 767, które również były badane ze wszystkimi trzema antygenami.

Wyniki tych badań uwidocznione są w tablicy Nr. 4.

\*) Probówka druga stanowi kontrolę surowicy i tutaj dodaje się dopełniacz zawsze 10% w ilości 0,2 ccm.

Tablica Nr. 4.

Zestawienie porównawcze wyników z antygenami Palligen, Mc Intosha, Bordet-Ruelensa i citocholowym.

| Antygen Palligen | Antygen Mc Intosha |      |            |                      |             | Antygen Bordet-Ruelensa |     |            |                      | Ant. citocholowy |      |            |                      |              |
|------------------|--------------------|------|------------|----------------------|-------------|-------------------------|-----|------------|----------------------|------------------|------|------------|----------------------|--------------|
|                  |                    |      | Ra-<br>zem | na<br>korz.<br>Pall. | Mc.<br>Int. |                         |     | Ra-<br>zem | Na<br>korz.<br>Pall. |                  |      | Ra-<br>zem | na<br>korz.<br>Pall. | cito<br>chol |
|                  | +                  | —    |            |                      |             | +                       | —   |            |                      | +                | —    |            |                      |              |
| +                | 238                | 144  | 472        | 30,5%                |             | 155                     | 201 | 356        | 56,5%                | 360              | 89   | 449        | 19,8%                |              |
| —                | 5                  | 1248 | 1253       |                      | 0,4%        |                         | 946 | 946        |                      | 28               | 1129 | 1157       |                      | 2,4%         |
|                  |                    |      | 1725       |                      |             |                         |     | 1320       |                      |                  |      | 1606       |                      |              |

Jak wynika z powyższej tablicy, wiązanie dopełniacza z antygenem Palligen w porównaniu z antygenem Mc Intosha okazało się czulsze w 144 przypadkach, co wynosi 30,5%. Były jednak i takie surowice, które dały wyniki ujemne z antygenem Palligen, a dodatnie z antygenem Mc Intosha, lecz było ich zaledwie 0,4%.

W porównaniu z antygenem Bordet-Ruelensa na korzyść antygeny Palligen trzeba odnieść 56,5%, albowiem na 356 wyników dodatnich z antygenem Palligen zaledwie 155 było dodatnich z antygenem Bordet-Ruelensa.

Rozpatrując wyniki porównawcze między antygenem krętkowym i citocholowym, stwierdza się i tutaj przewagę antygeny Palligen nad antygenem citocholowym, który dotychczas uchodził za jeden z najczulszych i najbardziej swoistych antygenów spośród wszystkich metod kłaczujących, przewaga ta wynosi 19,8%. Podobnie, jak przy antygenie Mc Intosha istnieją i tu surowice, które dają dodatni odczyn citocholowy, a ujemny odczyn P. R., jednak liczba ta w porównaniu z P. R. jest bardzo mała, wynosi 2,4%. Być może, że, zwiększając dawkę cholesteryny uda się antygen citocholowy bardziej uczulić i ostrość jego dostosować do antygeny Palligen.

Opierając się na spostrzeżeniach Gaehgensa, który w swoich pracach nad antygenem Palligen zaznacza, że antygen ten daje tak czułe wyniki jedynie w połączeniu z fenolem, chcieliśmy się przekonać, czy, stosując do rozcieńczenia zarówno antygeny Mc Intosha, jak i Bordet-Ruelensa, karbolizowany roztwór fizjologiczny soli, nie udałoby się ich również przez to uczulić. W tym celu przebadaliśmy z antygenem Mc Intosha 768 surowic, a z antygenem Bordet-Ruelensa 650 surowic, rozcieńczając jeden antygen tylko solą fizjologiczną, a drugi solą fizjologiczną z dodatkiem 0,3% fenolu. Antygeny karbolizowane oznaczone są: Mc<sub>3</sub> (Mc Intosh) i B-R<sub>3</sub> (Bordet-Ruelens).

Wyniki tych badań wykazują tablice Nr. 5 i 6.

Tablica Nr. 5.

Wyniki porównawcze między ant. Mc Intosha i Mc<sub>3</sub>.

| Ant Mc Intosha | Ant Mc <sub>3</sub> tj. karbolizowany |     |       |                                    |
|----------------|---------------------------------------|-----|-------|------------------------------------|
|                | +                                     | —   | Razem | na ko-<br>rzyść<br>Mc <sub>3</sub> |
|                |                                       |     |       |                                    |
| +              | 145                                   |     | 145   |                                    |
| —              | 11                                    | 630 | 641   | 1,7%                               |
| Razem          |                                       |     | 786   |                                    |

Tablica Nr. 6.

Wyniki porównawcze między B-R a B-R<sub>3</sub>.

| Ant. Bordet-Ruelens | Ant. B-R <sub>3</sub> tj. karbolizowany |     |       |                                     |
|---------------------|-----------------------------------------|-----|-------|-------------------------------------|
|                     | +                                       | —   | Razem | na ko-<br>rzyść<br>B-R <sub>3</sub> |
|                     |                                         |     |       |                                     |
| +                   | 58                                      |     | 58    |                                     |
| —                   | 16                                      | 576 | 592   | 2,7%                                |
| Razem               |                                         |     | 650   |                                     |

Jak widać z powyższych tablic, czułość antygenów, rozcieńczonych karbolizowanym roztworem soli fizjologicznej, nieco się zwiększyła. (Mc<sub>3</sub> o 1,7%, a B-R<sub>3</sub> o 2,7%), lecz, jak się przekonamy, na surowicach kontrolnych, kosztem swoistości. Obecnie przystąpimy do omówienia wyników, otrzymanych z surowicami kontrolnymi, niekilowymi, których zbadałaliśmy 767; wśród tych surowic przeważały tak zwane surowice labilne, łożyskowe i pepowinowe z kliniki ginekologicznej, surowice gruźlicze, rzeżączkowe, surowice z oddziału wewnętrznego szpitala Wołskiego (zapalenie płuc, grypa, schorzenia dróg żółciowych, choroby przemiany materii, nowotwory i t. p.).

Wyniki, otrzymane na tym materiale przy użyciu różnych antygenów, są następujące:

1) Antygen Palligen dał 0,9% odczynów nieswoistych.

2) Antygen Mc Intosha, rozcieńczony roztworem fizjologicznym soli, nie dał odczynów nieswoistych.

3) Antygen Mc Intosha, rozcieńczony karbolizowanym roztworem fizjologicznym soli, dał 5,6% odczynów nieswoistych.

4) Antygen Sachsa-Witebskyego (odczyn kłaczujący citochol. II) nie dał odczynów nieswoistych.

5) Antygen Bordet-Ruelensa, rozcieńczony roztworem fizjologicznym soli, nie dał odczynów nieswoistych.

6) Antygen B-R rozcieńczony roztworem fizjologicznym soli z fenolem dał 3,5% odczynów nieswoistych.

W ogólnej liczbie surowic kilowych było 430 surowic z kliniki dermatologicznej U. J. P. w Warszawie, które są klinicznie szczegółowo omówione.

Pośród tych 430 przypadków były 243 surowice kilowe i 187 niekilowych (różne schorzenia skóry, rzeżączka oraz surowice osobników zdrowych).

Spośród 187 przypadków, w których anamnestycznie i drogą badania klinicznego nie udało się stwierdzić kiły, a w których zarówno odczyn B.-Wassermana, jak i odczyn citocholowy dały wynik ujemny, otrzymano z antygenem Palligen w 4-przypadkach odczyn dodatni, co wynosi 2,1%. Pokróćce opiszemy te 4 przypadki niezgodne:

1. Kobieta 20-letnia, wywiady bez znaczenia, klinicznie kiły nie stwierdza się. O. W. (—), O. Cit. (—), PaR. (+++).

2. Chłopiec 13-letni nieznanego pochodzenia (z domu wychowawczego). Klinicznie bez objawów kiły. O. W. (—), O. Cit. (—), PaR. (+).

W obu powyższych przypadkach nie udało się wykonać powtórnego badania krwi.

3. Kobieta 25-letnia. Wywiady bez znaczenia. Klinicznie stwierdza się gruźlicę toczniową skóry. O. W. (—), O. Cit.

(—), Pa. R. (+). Ponowne badanie krwi: O. W. (—), O. Cit. (—), Pa. R. (+).

4. Kobieta 40-letnia. Lues negatur. Rodziła 2-krotnie. 1-sze dziecko urodzone nieżywe — 2-gie zmarło w 1-szym miesiącu życia z nieznannej przyczyny, nie ronila. Klinicznie stwierdza się uogólnione zapalenie skóry (*dermo-epidermitis generalisata*).

O. W. (—), O. Cit. (—), Pa. R. (+++). Krew pobrano do badania w okresie, gdy otrzymywała leczenie bodźcowe (wstrzykiwania mleka i krwi własnej). Ponowne badanie krwi: O. W. (—), O. Cit. (—), Pa. R. (±).

Spośród tych 4-ch przypadków nieswoistość Pa. R. nie budzi wątpliwości w dwóch ostatnich. Przemawia za nią w przypadku 3 badanie kliniczne, wywiady i ujemne O. W. i O. citochol., zaś w przyp. 4 badanie kliniczne, ujemne O. W. i O. citochol., a zwłaszcza samoistne ustąpienie dodatniej Pa. R. po powtórным zbadaniu. Należy podkreślić, że chwiejność surowicy mogła być wywołana w tym przypadku leczeniem bodźcowym. Z pozostałych dwóch przypadków szczególnie przyp. 2 nasuwa podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z kiał wrodzoną.

Przechodząc do surowic niewątpliwie kilowych, zestawimy wyniki odczynu wiązania dopełniacza z antygenem Mc Intosha i Pa. R. (tabl. I) oraz wyniki odczynu citocholowego i Pa. R. (tabl. II). Zestawienia wyników o. w. d. z antygenem Bordet-Ruelensa na materiale klinicznym nie podajemy ze względu na niską czułość tego antygeny.

Tablica Nr. I.

Zestawienie wyników O. W. (ant. Mc Intosha) i Pa. R. (243 surowice kilowe).

| Rozpoznanie              | Zgodnie dodatnie | Zgodnie ujemne | McI dodatni PaR ujemna | McI ujemny PaR dodat | Ogółem |
|--------------------------|------------------|----------------|------------------------|----------------------|--------|
| Lues I . . . . .         | 9                | 3              | —                      | 14                   | 26     |
| Lues II . . . . .        | 21               | 19             | —                      | 14                   | 54     |
| Lues III . . . . .       | 6                | —              | —                      | 1                    | 7      |
| Lues latens . . . . .    | 29               | 65             | —                      | 32                   | 126    |
| Metalues . . . . .       | 10               | 6              | —                      | 9                    | 25     |
| Lues congenita . . . . . | 2                | 2              | —                      | 1                    | 5      |
| Ogółem . . . . .         | 77               | 95             | —                      | 71                   | 243    |
| %                        | 31.7%            | 39.1%          |                        | 29.2%                |        |

Na 243 surowice kilowe odczyn Bordet-Wassermannna (antygen Mc Intosha) wypadł dodatnio w 31,7%, Pa. R. w 60,9% (o 29,2% więcej). Ani razu nie stwierdzono ujemnej PaR w przypadku dodatniego odczynu Bordet-Wassermannna.

Na 229 surowic kilowych odczyn citocholowy wypadł dodatnio w 46,7%, PaR w 58,5%. Wyniki niezgodne na korzyść odczynu citocholowego stwierdzono w 3,9%, na korzyść PaR — w 15,7%, a zatem o 11,8% więcej.

Porównanie czułości PaR i innych odczynów w poszczególnych postaciach klinicznych kiły wykazuje, że PaR w kile wczesnej (I+II) posiada w zestawieniu z O. W. tę samą nadwyżkę odczynów dodatnich, co i w kile późnej (*lues III*, *lues latens*, *metalues*), a mianowi-

Tablica Nr. II.

Zestawienie wyników odczynu citocholowego i Pa. R. (229 surowic kilowych).

| Rozpoznanie              | Zgodnie dodatnie | Zgodnie ujemne | O. citoch. dodatnio PaR ujemna | O. citoch. ujemny PaR dodat | Ogółem |
|--------------------------|------------------|----------------|--------------------------------|-----------------------------|--------|
| Lues I . . . . .         | 13               | 3              | —                              | 4                           | 20     |
| Lues II . . . . .        | 28               | 18             | 2                              | 5                           | 53     |
| Lues III . . . . .       | 7                | —              | —                              | —                           | 7      |
| Lues latens . . . . .    | 34               | 59             | 5                              | 23                          | 121    |
| Metalues . . . . .       | 14               | 4              | 2                              | 4                           | 24     |
| Lues congenita . . . . . | 2                | 2              | —                              | —                           | 4      |
| Ogółem . . . . .         | 98               | 86             | 9                              | 36                          | 229    |
| %                        | 42.8%            | 37.6%          | 3.9%                           | 15.7%                       |        |

cie ok. 48%. W zestawieniu z odczynem citocholowym PaR wykazuje mniejszą czułość w kile wczesnej (nadwyżka odczynów dodatnich PaR ok. 18%), niż w późnej (nadwyżka ok. 33%).

Spostrzeżenia nasze przemawiają za tym, że prze-waga czułości Pa. R. w kile wczesnej w porównaniu z odczynem B.-Wassermannna uzależniona jest od dużego odsetka odczynów dodatnich w kile pierwotnej nieleczonej (spośród 20 przyp. kiły pierwotnej nieleczonej wyniki niezgodne na korzyść PaR wypadły aż w 12 przyp.).

Nie przeprowadzaliśmy specjalnych badań w celu stwierdzenia szybkości występowania dodatniej Pa. R. w tym okresie kiły (w tym celu należałoby codziennie badać krew w nieleczonej kile pierwotnej, czekając na pojawienie się dodatniej Pa. R. oraz O. W.), za tym nie możemy potwierdzać spostrzeżenia Kraussa, że odczyn ten o 8 dni wyprzedza wystąpienie dodatniego O. W. Wydaje się jednak niewątpliwie, jak to uwidocz-nia duża liczba niezgodnych wyników na korzyść PaR wy nieleczonej kile pierwotnej, że odczyn ten występuje wcześniej dodatni we krwi, niż O. W.

Spośród 205 przypadków kiły leczonej, w których wykonano jednocześnie odczyn B.-Wassermannna z antygenem Mc Intosha i Pa. R., wyniki niezgodne na korzyść Pa. R. uzyskano w 57 surowicach (około 28%), ani razu natomiast nie stwierdzono wyniku niezgodnego na korzyść o. B.-W.

Spośród 197 przypadków kiły leczonej, w których wykonano jednocześnie odczyn citocholowy i PaR, wyniki niezgodne na korzyść PaR uzyskano w 32 surowicach (ok. 16%) na korzyść odczynu citocholowego — w 7 surowicach (w 3,5%).

Z zestawienia tych liczb wynika, że PaR u osob-ników kilowych leczonych przechodzi w ujemną oporniej, niż odczyn Bordet-Wassermannna.

Wyższy odsetek dodatniej PaR w kile utajonej le-czonej mógłby przemawiać za tym, że odczyn ten jest wy-razem wytwarzania się ciał antykrętkowych niezależnych od przemian ustrojowych, znajdujących wyraz w odczy-nach antylipoidalnych.

Analizując wyniki, otrzymane na materiale kilowym, musimy podkreślić zgodnie z wynikami, otrzymanymi przez innych autorów, jak: Krauss, Grüneberg, Bender i Bruns, Fritzsche, Marquart, Schlesmann, Heinemann i wielu innych, że odczyn Bordet-Wassermann'a z antygenem Palligen przewyższa pod względem ostrości nie tylko odchylenie dopełniacza nawet z tak czułym antygenem, jak antygen Mc Intosha, lecz i odczyn kłaczkujący, które są na ogół czulsze od odczynu Bordet-Wassermann'a. Należy podkreślić, że czułość odczynu z antygenem Palligen nie odbywa się kosztem swoistości, gdyż odsetek odczynów nieswoistych na materiale kontrolnym wynosi zaledwie 0,9%.

Jednakże widzimy, że są surowice kilowe, aczkolwiek jest ich bardzo niewiele, które dają ujemny odczyn

z antygenem Palligen, a dodatni z antygenem Mc Intosha (0,4%) lub citocholowym (2,4%).

Antygen Palligen zasługuje niewątpliwie na szersze zastosowanie w serodiagnostyce kły, należałoby jednak dążyć do uproszczenia techniki, która jest dość kłopotliwa przy masowym badaniu.

#### PIŚMIENICTWO.

1. Klopstock: pod wg. Kraussa. 2. Gaetgens; ibid. 3. Gaetgens i Otto: Med. Klin. Nr. 22/1929, Med. Welt 1932, 1, 765. 4. Grüneberg: Derm. Wschr. Bd. 99, Nr. 41; D. M. Wschr., Nr. 12/1929. 5. Krauss: Erfahrungen mit d. Pallidaantigen..., Halle, 1935. 6. Fritzsche: Derm. Wschr., Bd. 101, Nr. 50, 1935 r. 7. Bender i Bruns: Klin. Wschr., Nr. 18/1936. 8. Döhnert: ibid. Nr. 39/1936. 9. Heinemann: Zbl. Hyg. 1932, 27. 397. 10. Schönfeld: Med. Welt 1931, 1559. 11. Vohwinkel: Med. Klin. 1933. 429.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### Rzeczy nowsze o chorobach alergicznych nosa i jego jam obocznych.

Podał

M. WEINTAL (Warszawa—Otwock). \*)

Zagadnienie chorób alergicznych nosa, nieżyty naczyńioruchowego, kataru siennego, staje się kwestią coraz bardziej palącą, przed którą nowocześnie wyszkolony rymolog staje codziennie i którą musi rozwiązywać, i to bynajmniej nie według szablonu, lecz indywidualnie dla każdego przypadku. Coraz więcej bowiem cierpień nosa i jego jam obocznych musimy kłaść na karb stanów alergicznych, których istota, dość jeszcze zagmatwana zarówno w dziedzinie rozpoznania, jak zwłaszcza leczenia, powoduje, że cierpienia te stają się prawdziwym „*crux medicorum*”. W niektórych krajach, jak np. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, cierpienie to przybiera charakter klęski społecznej, której ulega około 1% ludności; ze statystyk niektórych laryngologów amerykańskich (Baum) wynika, że około 25% wszystkich cierpień rymologicznych jest charakteru alergicznego. Nic więc dziwnego, że właśnie Amerykanom zawdzięczamy największą liczbę prac na ten temat.

Z przeglądu prac za rok ubiegły, to bowiem jest treścią tego referatu, wynika, że różnorodność podejścia do tematu, zalecanie różnych metod leczenia, ciągle nowych, dowodzi niezbicie, że sprawa nieżyty naczyńioruchowego nosa daleka jest jeszcze od rozwiązania.

W dziedzinie etiologii i patogenetyz stanów alergicznych jest kilka ciekawych uśłoowań, które rzucą może w niedalekiej przyszłości nieco więcej światła na tę sprawę. Znane dotychczas czynniki etiologiczne, uczulenia bakteryjne, pokarmowe, przez pyłki roślin i t. d., nie rozwiązują zagadnienia. Dlaczego wyżej wspomniane czynniki u jednej grupy osobników wywołują cierpienia, na innych, żyjących w tych samych warunkach, nie mają żadnego wpływu? Pokrywanie wszystkiego bardzo mało mówiącym określeniem „konstytucja” zupełnie sprawy nie tłumaczy. W dążeniu do jej wyjaśnienia powstają dwie nowe koncepcje, obydwie ze strony specja-

listów wiedeńskich. Jedna — to praca Wiethego i Koerbela, kontynuowana i obecnie, oparta na badaniu 88-iu chorych na *rhinitis vasomotoria* z kliniki Neumanna w kierunku zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Autorzy dokonali u tych chorych badania przemiany podstawowej, określenia specyficzno-dynamicznego działania białka i przeprowadzenia metody Abderhaldena w interferometrycznej interpretacji Paula Hirscha, pozwalającej za pomocą specjalnej skali określić stopień dysfunkcji poszczególnych narządów wydzielania wewnętrznego lub ich grup.

Wszystkie te przypadki wykazywały typowe objawy nieżyty naczyńioruchowego nosa: obfita wydzielina wodnista, bądź lekko śluzowa, zmienne zatkanie nosa zarówno w czasie zimna, jak i ciepła, często nocą, zwłaszcza silnie po stronie, na której pacjent leży w czasie snu, napady kichania, zwłaszcza rano, przy opuszczaniu łóżka, swędzenie w nosie, gardzieli i nosogardzieli, w uszach, rzadziej w oczach, bóle głowy, niekiedy o charakterze migreny. Badania wyżej wspomnianymi metodami wykazały w 90% wszystkich przypadków dysfunkcję gruczołów wydzielania wewnętrznego, najczęściej zespołu tarczycy, całej przysadki i gruczołów płciowych. U mniejszości pacjentów stwierdzono niedomaganie innych gruczołów poszczególnych lub całych ich zespołów. W 75% stwierdzono zmniejszenie specyficzno-dynamicznego działania białka. Na tle zaburzenia w czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego występują zaburzenia w przemianie materii, której nieprawidłowe i szkodliwe produkty, dostawszy się do krwi, powodują powstanie antygenów i stany alergiczne.

Że właśnie te zaburzenia w czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego są przyczyną choroby, świadczą wyniki leczenia odpowiednimi organopreparatami: na 27 leczonych przypadków 19 zostało wyleczonych zupełnie, 3 — przejściowo, 5 — bez efektu.

Do podobnych wyników doszedł również wiedeńczyk Glasscheib, który w przypadkach nieżyty naczyńioruchowego stwierdzał obniżenie lub zniesienie specyficzno-dynamicznego działania białka na skutek hipofunkcji przedniego płata przysadki; leczenie dietą bezbiałkową oraz preparatami przedniego płata przysadki (Praephytan, Prolan) było skuteczne.

\*) Referat, wygłoszony na posiedzeniu oddziałowym oddziału laryngologicznego Szpitala Starozałonnych na Czysem — Ordynator: Dr med. Karłowski.

Spostrzeżenia ciekawe i nowe wymagają potwierdzenia ze strony innych badaczy.

Koncepcja druga, nie wyłączająca, zresztą, pierwszej, — to praca Menzla i Löwensteina, również z Wiednia. Na zasadzie wyniku skórnych odczynów tuberkulinowych u chorych na *rhinitis vasomotoria* autorzy badali krew tych chorych metodą Löwensteina i w 33% stwierdzili bacillemię gruźliczą, przy czym nie stwierdzono żadnych zmian gruźliczych w innych narządach, zwłaszcza w płucach. Leczenie tuberkuliną dawało dobre wyniki \*).

Że gruźlica skłonna jest do nieżyty naczyńioruchowych, jest rzeczą wiadomą, a Hedderich tłumaczy to występującą u nich nadczułością neurovegetatywną, która obok uczulenia alergicznego jest podstawą przyczynową nieżyty naczyńioruchowego nosa.

Dość ciekawe spostrzeżenia na temat patogenezy, nieżyty siennego nosa poczynił Japończyk Hara, pracujący w Los Angeles. Fakt, że w Japonii katar sienny jest chorobą nieznaną, i że Japończycy w Ameryce często na tę chorobę zapadają, a zdrowieją po powrocie do ojczyzny, skłonił autora do badań celem wykrycia przyczyny tego. Na zasadzie dokładnych badań i zestawień krzywych temperatury powietrza, opadów, szybkości wiatru, insolacji, wilgotności powietrza oraz rozmieszczenia roślin, dostarczających pyłek, w Kalifornii i 6-ciu miastach Japonii, autor dochodzi do wniosku, że obecność pyłku w powietrzu nie wystarcza do powstawania kataru siennego. Koncentracja tych pyłków w powietrzu w Japonii jest większa, niż w Kalifornii, a brak chorych na katar sienny należy tłumaczyć tym, że wysoka wilgotność, obfite deszcze i inne specyficzne warunki meteorologiczne Japonii, jak się zdaje, zapobiegają rozsiewaniu lekkich, łatwo unoszących się pyłków, które są zwykle uważane za przyczynę kataru siennego.

Oczywistą jest rzeczą, że te wszystkie próby wytłumaczenia etiologicznego cierpień alergicznych nosa dotyczą tych przypadków, w których ta etiologia jest niejasna. Pewną jest rzeczą, że pierwotne zmiany ropne lub przerostowe w jamach obocznych nosa, jak i nosie samym, mogą być i bywają przyczyną nieżyty naczyńioruchowego nosa. Przykładem tego może być ogłoszona przez Menzla grupa 4-ch przypadków jednostronnego nieżyty naczyńioruchowego nosa na tle ostrego ropnego zapalenia zatoki szczękowej po tej stronie. Po wyleczeniu zatoki czy to przemywaniem (w 3-ch przypadkach), czy też przy pomocy operacji Caldwell-Luca (w 1-ym przyp.) nastąpiło zupełne wyleczenie nieżyty naczyńioruchowego nosa. Powstanie tej sprawy u tych osobników autor tłumaczy właściwą im wzmogoną wrażliwością układu wegetatywnego (lekka hipertyreoz, duża pobudliwość, lęklność, skłonność do czerwienienia się i płaczu z błahych przyczyn, bicie serca, przyspieszenie tętna, drżenie rąk, bóle głowy). Ta wrażliwość spowodowała wystąpienie nieżyty naczyńioruchowego wskutek ucisku na zakończenia nerwu trójdzielnego wydzieliny, zatrzymującej się w zatoce szczękowej z powodu obstrukcji nosowej, uniemożliwiającej normalne podczas oddychania opróżnianie zatok.

Kilku autorów zajmuje się w pracach roku ubiegłego

\*) W ostatnich czasach ogłosił Menzel przypadek *rhinitis vasomotoria*, w którym badaniem histologicznym stwierdzono typowe zmiany gruźlicze w śluzówce muszli dolnych u pacjentki bez jakichkolwiek zmian gruźliczych w innych narządach. Wyleczenie tej sprawy spowodowało ustąpienie nieżyty naczyńioruchowego nosa.

go również zagadnieniami diagnostyki cierpień alergicznych nosa, które niekiedy mogą pod tym względem sprawić pewne trudności.

Jedną z prostych wskazówek diagnostycznych będzie typowa dla alergii eozynofilia i to nie tylko we krwi, lecz również w śluzówce nosa i jej przerostach (lub polipach). Zwrócenie uwagi na tę okoliczność może oddać duże usługi rozpoznawcze tam, gdzie pochodzenie polipów wydaje się niejasne, a wszelkie metody leczenia nie zapobiegają nawrotom. Wykrycie tła alergicznego w tych przypadkach przez stwierdzenie eozynofili w polipach skieruje leczenie na odpowiednią drogę (Hlavacek).

Dean i Linton proponują dla celów rozpoznawczych, zamiast testów skórnych, próbę na śluzówce nosa. Polega ona na dośluzówkowym wstrzyknięciu igłą dentystyczną 0,1 cm<sup>3</sup> odpowiedniego alergenu. Próbę wykonywać najlepiej albo na muszli dolnej, albo na dolnej powierzchni muszli środkowej, po uprzednim znieczuleniu 1% kokainą. Inna odmiana tej próby polega na dwukrotnej skaryfikacji śluzówki i nałaniu na miejsce skaryfikowane kropli alergenu. W razie zastosowania alergenu, na który pacjent jest uczulony, po upływie 15—30 minut występuje miejscowy obrzęk; objawy późniejsze—zwykle po kilku godzinach—to zatkanie nosa, kichanie, ból głowy, napad astmy lub inne objawy charakterystyczne dla danego osobnika. Trwają one zwykle kilka godzin do czterech dni; gdy stwierdzamy ich brak, znaczy to, że odczyn jest ujemny. Po przejściu objawów, wywołanych przez jeden alergen, możemy przeprowadzić test z innym alergenem. Niektóre przypadki, wykazujące test dośluzówkowy dodatni przed leczeniem jonizacją, po przeprowadzeniu tego leczenia wykazują test ujemny, — jest to dowodem skuteczności kuracji.

Próba dośluzówkowa, według doświadczenia autorów, jest znacznie czulsza, niż skórna, jest od niej mniej przykra dla pacjenta, wywołuje mniejszą i krócej trwającą reakcję i nie jest szkodliwa, jak próby dawniej stosowane.

Prof. Klewicz z Marburga na zasadzie badań Albusa wprowadza nowy sposób stwierdzania obecności i stopnia alergii przy pomocy odczynu Wassermana w modyfikacji Hechta. Za pomocą tego odczynu stwierdza autor koncentrację przeciwciał w surowicy krwi. Wartości tej koncentracji powyżej 4-ch, według jego skali, dowodzą konieczności przeprowadzenia leczenia; wartości poniżej 4-ch dowodzą wygaśnięcia stanu uczulenia. Ten sposób postępowania ma więc nie tylko wartość rozpoznawczą, lecz również wskazuje, czy w danym przypadku należy przeprowadzić w okresie przednapadowym (luty, marzec) leczenie profilaktyczne, czy też nie. Jako antygen autor używa preparatu „Hel-lisen“ Bayera.

Watkins posługuje się b. prostą i pewną próbą rozpoznawczą, zwłaszcza w wątpliwych co do swego charakteru stanach alergicznych. Jest nią metoda Oviela i Barbera. Próbkę moczu, po zakwaszeniu kwasem siarkowym, wstrząsa się z 1/5 eteru i odstawia. W stanach alergicznych powstaje „kożuch“ tak gęsty, że próbkę można wywrócić dnem do góry bez wylania zawartości.

Pewne znaczenie diagnostyczne może mieć wynik badań Katarzyny Buhrmester co do składu chemicznego wydzieliny nosowej w nieżycie alergicznym nosa i w ropnych zapalnych stanach zatoki szczękowej. Wykazują one, że:

- 1) zawartość wody w wydzielinach w niezycie nacynioruchowym jest większa, niż w ropieniach zatok;
- 2) części stałych i białka zawierają prawie 3 razy mniej, niż wydzielina z ropiejącej zatoki;
- 3) popiołu w częściach stałych w niezycie alergicz.

nym jest więcej, niż w wydzielinie w ropnym zapaleniu zatoki szczękowej;

- 4) zawartość wapnia w stanach uczuleniowych jest większa, niż w zapaleniu zatok.

(Dok. nast.)

## Oceny książek

DÖDERLEIN A. *Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs*. (Wyd. G. Thieme w Lipsku, 1937).

Ukazało się szesnaste wydanie książki, która po raz pierwszy wyszła w r. 1893. Już wówczas przeznaczony był ten krótki, bo tylko 245 stroniczek liczący podręcznik zarówno dla studentów, jak i dla wykładowców. Obecne wydanie ma to samo przeznaczenie. Książka jest również bardzo cenna dla lekarza — praktyka. Przed dokonaniem zabiegu może młody lekarz zajrzeć do odpowiedniego rozdziału książki, zorientować się przy jej pomocy co do szczegółów położenia płodu i zamierzonej operacji. Podręcznik odznacza się nader jasnym układem. Wykład jest treściwy i bardzo dostępny. 175 wyśmienitych rysunków ułatwia znakomicie przyswojenie sobie zasadniczych obrazów położenia płodu i odpowiedniego zabiegu. Wielkie doświadczenie autora — emer. profesora zwyczajnego położnictwa w uniwersytecie Monachijskim, wykładowcego ten przedmiot przez lat przeszło czterdzieści, sprawiło, że książeczka ta była zawsze chętnie poszukiwana zarówno przez doświadczonych położników, którym ułatwiała szkolenie młod-

szych kolegów, jak i przez tych, którzy uczyli się dopiero położnictwa. Autor kładzie szczególny nacisk (w odróżnieniu od poprzednich wydań) na niektóre szczegóły operacji położniczych, które uważa za bardzo ważne, jak np. nakładanie kleszczy na następującą główkę zamiast ogólnie używanego sposobu Veit-Smellie lub Martin-Wieganda. W książeczce czytelnik znajdzie obok szkolnych przypadków także wskazówki operacyjne w szczególnie powikłanych porodach. Trudno dopatrzeć się w tym podręczniku właściwych braków, uderza jednak, że autor zupełnie pomija opis cięcia cesarskiego w dolnym odcinku z wszelkimi jego odmianami oraz nie wspomina zupełnie o operacji Sellheima w porodach zakażonych. Może czyni to tylko z uwagi na to, że operacje te powinny być wykonywane przez doświadczonych i operacyjnie wyszkolonych położników. Książeczka Döderleina stanowi mały, ale dobry podręcznik. Z poprzednich wydań korzystały całe pokolenia położników i wielu jeszcze może skorzystać z nowego wydania.

W. S z e n w i c.

## Wskazówki praktyczne

*Oparzenia twarzy I i II stopnia radzi See men*, w celu uniknięcia szpecących blizn, *opatrywać na sucho* (bandaż bismutowy). Tą drogą otrzymuje się najlepiej zabliznienie. Teraz należy rozstrzygnąć, czy blizna wymaga jeszcze udoskonalenia przez operację plastyczną. W okresie ziarninowania można zapobiec zbytniemu kurczeniu się blizny przez rozciąganie jej paskami plastra. (M. m. W. 1936, Nr. 19).

—o—

*W hipoksemii pochodzenia płucnego* dużą i szybką ulgę przynosi *upust krwi*. Zabieg ten wskazany jest także w tych postaciach zapalenia płuc, którym towarzyszy wybitna sinica twarzy, nie zawadzi jednak i w tych przypadkach, w których sinicy nie ma. (Hippokrates 1936, Nr. 5).

—o—

*W leczeniu cukrzycy, powiklanej chorobami posocznico-chirurgicznymi*, dopuszczalny jest obfity dowóz węglowodanów, tłuszcze należy bardzo ograniczyć. Melchior i W ag n e r dają trzy razy dziennie po 20 jednostek insuliny, pożywienie, zawierające 3 razy po 30—40 gr węglowodanów. Ażeby uniknąć zbyt wielkich wahań poziomu cukru we krwi,

podzielić należy węglowodany na 2 porcje, podawane w 40 do 95 minut, względnie 1½ do 2 godzin po zastrzyknięciu insuliny. Tłuszczów nie więcej, niż 30 do 40 gr, ilość białka podnosić wolna do 1—1½ gr na kilo wagi ciała. (Ztbl. Chir. 1936, Nr. 12).

—o—

Według H a m b u r g e r a najlepszym środkiem przeciwko *padaczce dziecięcej* jest *Prominal*, w postaci tabletek po 0,2 lub proszków. Pod względem działania prominal przewyższa luminal i nie wywołuje senności. Rozpoczyna się od ½ tabletki zrana i wieczorem bezpośrednio przed lub po jedzeniu. Jeżeli działanie jest niedostateczne, przechodzi się na 2 razy dziennie po całej tabletkę. Po pewnym czasie, gdy napady ustały w zupełności, można stopniowo zmniejszać dawkę do pierwotnej (zrana 1 tabletkę, wieczorem pół, później zrana i wieczorem po pół), a wreszcie do połowy pierwotnej. W rzadkich przypadkach, gdy stosowana dawka wywołuje senność, można bez obawy nasilenia się częstości napadów dawkę zmniejszyć. W dawkach, nie przekraczających dozwolonej wysokości, prominal jest środkiem absolutnie nieszkodliwym. (Med. Klin. 1936, Nr. 13).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 4 czerwca 1936 r.

Obecnych 27.

Przewodniczył Z. S r e b r n y.

Odczyt:

Dr St. Rubinrot. *Sport i ćwiczenia fizyczne jako zagadnienie społeczno-lekarskie* (było drukowane w „Warsz. Czasop. Lekarskim“).

Dyskusja:

Cz. Jaworski zwraca uwagę, iż lekarze powinni

zaofiarować swą pomoc klubom sportowym bezinteresownie. Bez współpracy lekarskiej sport pomija momenty fizjologiczne. W obecnych warunkach sport nie ma możliwości wprowadzenia płatnej pomocy lekarskiej.

Dr Ferber podkreśla stronę społeczną sportu. Należy, uprawiając w szerokim zakresie sporty, wykazywać według Prof. Piaseckiego, mniejszy odsetek zachorowań na choroby weneryczne. Mówca zwraca również uwagę na umoralniający wpływ sportu.

Dr Knappe podnosi znaczenie ćwiczeń cielesnych w szkołach i protestuje przeciwko wykręcaniu się od tych lekcji przez młodzież. Jednakże nie każda osoba nadaje się

do ćwiczeń cielesnych. Mówca sam doświadczył na sobie, jak uciążliwe były dla niego lekcje gimnastyki; wracał po nich zmęczony, niezdolny do pracy umysłowej, prawie chory — i zmuszony był zaprzestać ćwiczeń. Tak samo źle się czuł po kąpielach zimnych i pływaniu. A jednak jest zdrow zupełnie, nie choruje i jest wytrzymały na każdą pracę, zwłaszcza pracę umysłową forsowną, nawet po nocach, nie wywołuje zmęczenia. Młodzież powinna być segregowana do ćwiczeń cielesnych a zwłaszcza do sportów.

Dr Szwarz podkreśla niezbędność odpowiedniego dawkowania każdego rodzaju sportu, dla tego też przed rozpoczęciem ćwiczeń konieczne jest uprzednie badanie lekarskie, w szczególności zaś bezwzględnie badać należy kandydatów na pływaków i to nie tylko pod względem zachowania się układu krążenia, lecz również narządu słuchu: osobnikom z przedziurawioną błoną bębenkową należy zabronić nurkowania.

Dr Srebrny uważa, iż nasza młodzież poświęca obecnie zbyt dużo czasu sportom.

#### Posiedzenie plenarne z dnia 24 września 1936.

Obecnych 29.

Przewodniczy! M. Kacprzak.

Odczyt:

Dr I. Hozer. *Co dało lekarzom i ubezpieczonym wprowadzenie „lekarza domowego” w ubezpieczalniach społecznych?* (było drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

Dyskusja:

Dr A. Szwarz zwraca uwagę, że do Komisji, omawiającej sprawę „domowego lekarza”, nie zostali powołani przedstawiciele korporacji lekarskich, zaproszono natomiast przedstawicieli pracowników oraz pracodawców. Nie ma więc nic dziwnego, że system domowego lekarza dał ujemne wyniki, jak to udowodnił prelegent w swym wyczerpującym odczycie.

Dr Knappe przedstawił przypadek błonicy gardła u pacjentki kasowej, którą nieodpowiednio potraktowano z powodu braku koordynacji między władzami kasowymi.

Dr Birencwajg żałuje, że prelegent nie podał odpowiednich danych liczbowych, pomimo że instytucja domowego lekarza istnieje już 18 miesięcy.

Dr Gołąb podkreśla, że wprowadzenie instytucji domowego lekarza przyniosło ujemne skutki ubezpieczonym, jak również spotęgowało pauperyzację lekarzy.

Dr Rodziewicz twierdzi, że system domowego lekarza doprowadził do zredukowania czwartej części lekarzy, zatrudnionych w Ubezpieczalni, że system domowego lekarza, jak również i ambulatoryjnego jest nieodpowiedni zarówno dla lekarzy, jak i ubezpieczonych. Jedynym wyjściem z sytuacji

jest wolny wybór lekarza, zapewniający ubezpieczonemu leczenie się u lekarza, do którego ma zaufanie.

Dr Kroszczyński uważa, że referat prelegenta stanowi wznowienie dyskusji o wartości domowego lekarza z okresu przed wprowadzeniem instytucji domowego lekarza, jest on w zbyt małym stopniu zilustrowany odpowiednią statystyką.

Dr Dumoulin stawia zarzut instytucji domowego lekarza, że czynniki administracyjne Ubezpieczalni Społecznej zmuszają lekarza domowego do przyjmowania ubezpieczonych tylko w swym mieszkaniu.

Dr Kacprzak zapytuje, czy zdarzały się przypadki zakażeń dżumą plamistą w poczekalniach lekarzy domowych.

Dr Hozer odpowiada.

#### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 12 grudnia 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 40/1936) G. Stritzko pokazywał przypadek *gorączki gruczolowej*. Przypadek dotyczył 15-letniej pacjentki, która zachorowała przed rokiem wśród niecharakterystycznych objawów z przepuszczającą gorączką. Przy przyjęciu na oddział w jedenastym dniu choroby nie stwierdzono absolutnie żadnych zmian w narządach wewnętrznych przy gorączce o charakterze heptycznym z dreszczami; objawy te utrzymywały się przez 10 dni. W dalszym przebiegu wystąpiły wymioty, kolka brzuszna, w dwudziestym trzecim dniu choroby osutka, zaś w dwudziestym piątym dniu bedki (*aphtae*), zachowanie się, o ile chodzi o czas występowania objawów, zupełnie niezwykłe dla gorączki gruczolowej. Równie niezwykłym było zachowanie się obrazu krwi (bardzo silna leukopenia) i opóźnione wystąpienie powiększenia gruczolów chłonnych w siedemnastym dniu choroby. Uderzającym było dalej jeszcze zachowanie się obrazu krwi w czasie zapalenia płuc, które wystąpiło w czasie trwania choroby zasadniczej, a podczas którego stwierdzono wybitnie wyrażoną leukocytozę z przesunięciem obrazu na lewo, fakt, przemawiający przeciwko odczynowi limfatycznemu, a raczej za zarażeniem gorączki gruczolowej, działającym swoiście limfotropowo. Niezwykłym w przebiegu choroby było również wystąpienie obrzęku powiek, które należy określić jako nadzwyczaj rzadkie zjawisko; to samo dotyczy spostrzeganego po upływie roku nawrotu, przy czym stwierdzono te same objawy kliniczne, co poprzednio, okoliczność, która jest dlatego zaciekawiająca, że nie można odrzucić przypuszczenia, iż nie miało się tutaj do czynienia z ponownym zakażeniem, które zdarza się względnie rzadko, gdyż raczej zarażenie gorączki gruczolowej utrzymuje się w podobnych przypadkach w układzie limfatycznym w stanie utajonym i w ten sposób może doprowadzić do ponownego wybuchu zakażenia.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej.

(Co to jest „ciężki” alkoholizm? — Znaczenie dysgeniczne alkoholików przewlekłych. — Niemiecka nauka o „życiu i rasie”. — Metody eugeniki współczesnej. — Ocena wyników eugenicznych osiągniętych przez sterylizację).

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 45).

My, którzy nie stoimy jeszcze na stanowisku obowiązującej sterylizacji w ogóle, a sterylizacji alkoholików w szczególności, wysnuwamy z rozpatrywań Megendorfera i Bruggera odmienność od sterylizacji, ale nie mniej ważny wniosek: dzielimy alkoholików, również jak i oni, na alkoholików z podłożem psychopatycznym i alkoholików bez tego podłoża. Tych drugich — w myśl założeń starej szkoły szwajcarskiej (Forel, Bleuler) — uważamy za uleczalnych i stosujemy do nich cały aparat zakładowy i przychodniowy. Pierwszych zaś musimy uznać za ostatecznie opornych

względem skutecznego leczenia specjalnego i, pomimo szeroko robionych uzasadnionych wyjątków, za przeznaczonych do leczenia w zamkniętych zakładach dla psychicznie chorych. Pobyt ten, przeprowadzany zwyczajowo (jak w Szwajcarii) wcześniej i konsekwentnie, w znacznej mierze przyczyni się do ograniczania rozmnażania się tego rodzaju chorych alkoholików z pominięciem zabiegu sterylizacyjnego lub przy ewentualnym stosowaniu go bez przymusu.

Na zarzut, że umieszczanie alkoholików w zamkniętym zakładzie odbywa się w naszych warunkach zbyt późno, można odpowiedzieć zgodnie z Megendorferem, że umieszczanie alkoholików (na równi, zresztą, ze sterylizacją) odbywa się zbyt późno wszędzie, a nawet w państwie z obowiązującą sterylizacją — w Niemczech.

Wczesne unieszkodliwienie społeczne alkoholików za pomocą umieszczania w zakładach zamkniętych jest możliwe tylko przy innym wyrobieniu społecznym, obejmującym sprawę alkoholizmu poważnie. W przeciwnym razie wszelkie a nieliczne środki unieszkodli-

wienia są opóźnione (w tej liczbie i sterylizacja) i w znacznej mierze mijają się z celem.

Rozwój wiedzy psychiatrycznej ma w tej sprawie na równi z rozwojem ogólnospołecznego demokratycznego zrozumienia sprawy alkoholizmu pierwszorzędne znaczenie.

U nas — walka z alkoholizmem ma znacznie pilniejsze potrzeby od zagadnienia sterylizacji.

Przechodzę do zadań higieny społecznej w Niemczech, skryształizowanej przez prof. Igo Kaupa, jako nauka „o życiu i o rasie”<sup>1)</sup>. Autor uważa skromnie tę naukę za „rozwiązanie kryzysu w medycynie i higienie”. (Lösung der Krise in der Medizin und Hygiene).

Dotychczasowej higienie społecznej stawia on w Niemczech zarzut, że właśnie higiena ta nie mogła przeszkodzić coraz bardziej wzrastającemu zwyrodnieniu. Doprowadziła ona ludzką do „domestykacji i niezdolności egzystencji w wolnej przyrodzie”. Próchnica zębów, krótkowidztwo, niemożność karmienia, choroby psychiczne — wszystkie te cechy zwyrodnienia coraz bardziej potęgowały małowartościowość. Zdrowa część narodu została obciążona balastem asteników i małowartościowców. I to stanowi kryzys higieny.

Zagadnienie dziedzicznie chorych i małowartościowych opiera się w Niemczech na znanym prawie z 14.VII.1933 o zapobieganiu rozmnażania się dziedzicznie chorego potomstwa. Na podstawie tego prawa została ograniczona możność rozmnażania się takiego pokolenia „na korzyść całego narodu”. Samooczyszczenie to ma zmniejszyć walkę (podkreślam to charakterystyczne określenie) osobników chorych i małowartościowych z osobnikami zdrowymi przez wtrącenie się do tego administracji państwowej. — Motywy — przede wszystkim — koszty, koszty i koszty.

Zaczyna się prawie zupełnie sklepikarskie liczenie drobnych... W r. 1911 podobno zjawił się już artykuł: „Jakie wydatki powodują dla państwa i społeczeństwa złe elementy rasowe”. W roku 1913 Kaup ogłasza artykuł: „Co kosztują elementy małowartościowe państwo i społeczeństwo?” Autor proponował wówczas przez odosobnienie dziedzicznie chorych i małowartościowych w najprostszych zakładach i koloniach unieszkodliwić ich dla ogółu i przez zaoszczędzenie kosztów utrzymania małowartościowych uzyskać fundusz dla chowu „zdrowo urodzonych dzieci”. Już wówczas autor przestrzegał przed dobroczynnością bez wyboru i ostrzegał przed „humanitarnym zawracaniem głowy (Humanitätsdusel)”. „Nasz naród, mówi autor, ma prawo ochrony przed psuciem go przez szkody zarodkowe, i każdy naród ma obowiązek jaknajbardziej zmniejszyć balast kosztów ludzi małowartościowych”. W 10 lat później autor w jeszcze jednym odczycie na nowo tę kwestię poruszył.

Odosabnianie dziedzicznie chorych i małowartościowych od zdrowej masy narodu jest na równi ze sterylizacją zamachem na wolność osobistą obywatela. Sterylizacja nawet jest mniej znacznym zabiegiem.

Prawo to zostaje uzupełnione drugim prawem „o niebezpiecznych przestępcach nawykowych oraz o sposobach i środkach naprawy” z 24.XI.1933: skłonność do przestępstwa jest przeważnie dziedziczna, odsetki upośledzonych umysłowo są pomiędzy osobnika-

mi asocjalnymi i przestępczymi bardzo duże, przestępcy z przyzwyczajenia i przeciw obyczajności publicznej są zazwyczaj psychopatami. Po wojnie — powiada autor — elementy małowartościowe, zwłaszcza alkoholicy — przy pomocy partii politycznych wyzyskiwali dobroczynność publiczną. Elementy małowartościowe triumfowały, zdrowe zaś rodziny odchodziły z pustymi rękami i patrzyły, jak ich pokolenie zmuszone jest niszczyć w astenii. Był czas, kiedy rodziny małowartościowe w przeciwieństwie do znacznych i dziedzicznie zdrowych rodzin były uprzywilejowane. Higienista społeczny, który przygotował te reformy społeczne od lat dziesiątków, chyli obecnie głowę przed tym nawrotem ze ścieżki kłeski społecznej. Za przeprowadzenie obywateli tych praw według reguł wiedzy życiowej (Lebenswissenschaft) odpowiedzialni są psychiatrzy, lekarze sądowi i chirurdzy. Konstytucjonalny higienista może jedynie wyrażać życzenia na najbliższą przyszłość.

Państwo niemieckie oblicza 500 tysięcy chorych z ciężkimi psychicznymi lub cielesnymi zaburzeniami, wśród których równo 200 tysięcy, t. j. 40%, należą do niedorozwoju umysłowego, które powinny być unieszkodliwione przez sterylizację. Autor jednak opuszcza i oblicza, że na razie wymaga sterylizacji  $\frac{1}{3}$  część tych obywateli dla zmniejszenia kosztów opieki (ubezpieczalnie i towarzystwa opieki), zastrzega się, że prawo to jednak nie ma dotyczyć cięższych przypadków choroby psychicznej, ani też zdrowych nosicieli. Natomiast specjalną uwagę należy zwrócić na sterylizację pewnych psychopatycznie-neuropatycznych kół rodzinnych (Curtius), które są ośrodkami familijnych chorób nerwowych — psychoz, niedorozwoju umysłowego, psychopatii, w szczególności zaś elementów asocjalnych i przestępczych. I znów zwraca się uwagę na to, że rodziny te nie tylko są źródłami zaburzeń psychicznych wszelkiego rodzaju, ale tworzą również zastępy, zapewniające zakłady dla umysłowo chorych, przytułki, więzienia i t. d. i tworzą materialne obciążenia dla krajów i gmin.

Następną sprawą jest jeszcze podniesione w r. 1908 przez v. Grubera zagadnienie, czy współczesna liczba małowartościowych elementów zależy wyłącznie i jedynie od dziedziczności, czy też od powstawania małowartościowych wariantów pod wpływem szkodliwości zewnętrznych na zdrowym i dzielnym podłożu? Kaup zgadza się, że powstawanie chorób psychicznych i małowartościowości psychicznej może być pochodzenia zewnątrzpochoдного (egzogennego), zależnego od siły i różnorodności czynników zewnątrzpochoдных. Pogląd ten jest podzielany przez najbardziej doświadczonych psychiatrów, według których nie ma ścisłego rozdzielenia pomiędzy psychicznym zdrowiem a chorobą, a istnieją jedynie płynne stany przejściowe. Higienista zatem ma dwie wskazówki dla sterylizacji: jedną przeważnie materialną — dla uwolnienia kosztów — i drugą — zapobiegającą — dla ulepszenia rasy. Koszty opieki nad psychicznie chorymi i małowartościowymi wynoszą obecnie w Niemczech co najmniej 350 milionów marek. W razie zmniejszenia za pomocą sterylizacji  $\frac{1}{3}$  osób, nadających się do zakładów, koszty te znacznie się zmniejszą, i można będzie pozamykać niektóre zakłady. Zawsze, zresztą, twierdzono, że koszty utrzymania dla psychicznie chorych — 4,50, dla przytułków — 4,85, dla kalek i głuchoniemych — 6,00 marek są o wiele za wysokie. Na robotnika — jak twierdzi autor — przypada jedynie przeciętnie 2,50, a na urzędnika — 3,50 marki. A więc, jak twierdzi autor, należy obniżyć te zbyt wy-

<sup>1)</sup> Gestaltlehre des Lebens und der Rasse. Lösung der Krise in der Medizin und Hygiene. Verl. J. A. Barth, Leipzig. 1935.

sokie koszty opieki nad małowartościowymi na korzyść dziedzicznie zdrowych rodzin. Dla czego z sumy rocznej 350 milionów nie miało by się zaoszczędzić połowy? Z radością wykrzykuje prof. K a u p: „My, żywi, chcielibyśmy tego dożyć”. Największe powodzenie III Rzeszy polega na zmniejszeniu liczby zewnątrzpochodnych chorób umysłowych. Z pozostałymi — zewnątrzpochodnymi formami zaburzeń psychicznych i małowartościowości psychicznej — można się załatwić „i n a c z e j”, jak mówi prof. K a u p.

Higiena społeczna nakłada obowiązki „służby konstytucjonalnej” dla obu płci. Na początku wojny była opieka nad niemowlęciem, nad noworodkiem i opieka szkolna, troskliwie rozbudowana. W r. 1908 walczyły stowarzyszenia sportowe i społeczne o tężyznę młodzieży, ale prawie nadaremnie wobec polityki grup parlamentarnych i polityki „wąskoczołowej” („engstennig”) partii i konfesji. Widocznym było, że cała opieka nad młodzieżą bez tężyzny jest budowlą bez dachu, ale interes pantyjny przeszkadzał szerokiemu rozrostowi tego ruchu. Dopiero w r. 1911 zaczęło się od żądania zaprowadzenia „roku służby pracy” („Arbeitsdienstjahr” dla chłopców i również i dla dziewcząt). K a u p właśnie określa cały ten ruch jako „obowiązek służby konstytucjonalnej dla obu płci”. Chodzi głównie o wpływ ćwiczeń cielesnych na rozwój ciała w wieku dojrzewania.

Od r. 1930 można było już dojść do wniosku, że od 2 do 2,5 milionów młodzieży zajmuje się ćwiczeniami cielesnymi w niemieckich stowarzyszeniach gimnastycznych i sportowych. Położona została tama „niewieścienniu” niemieckiej młodzieży. Obecnie higienista konstytucjonalny zauważa tylko wielkie ruchy ozdrowieńcze — wychowanie młodzieńca niemieckiego dla pracy dla ogółu narodu w obozach służby pracy — organizacja pomocy krajowej, powrót do przyrody i ruch z miast, żądanie ruchu na świeżym powietrzu, i schroniska dla młodzieży, urlopy wypoczynkowe, obozy pod namiotami, dążenie dzieci na wieś i w ogóle — „siła radosna” („Kraft durch Freude”).

Opis takiego obozu przedstawia się na podstawie bezpośrednio przeżytych wrażeń w sposób następujący.

Obóz taki, w którym pobyt trwa trzy tygodnie, jest to pełny program wojskowy, tylko bez broni. Skoncentrowany w namiotach po 10 osób. Praca dzienna: o godzinie 5-ej — pobudka, bieg 1½ kilometra na brzeg jeziora do mycia. Mycie bardzo niedostateczne. Bieg z powrotem. Podniesienie sztandaru. Przemówienie. Wyszukanie narodowo-socjalistyczne do obiadu. Obiad z 2 dań. Sport. Kolacja. Po kolacji — przy braku ogniska (ognisko jest to nastrój słowiański — trzeba tego unikać) — uroczystości młodzieży narodowo-socjalistycznej: chóry, głośnie recytacje z powtarzaniem chóralnym hitlerowskich refrenów.

Jedzenie — niedostateczne: śniadanie — wodnista czarna kawa, zły chleb (jakby kartkowy), margaryna, marmolada buraczana, miód sztuczny (przypomina czasy okupacji niemieckiej u nas). Obiad: grochówka z boczkiem, kluski z gulaszem, żadnych słodczy. Manierki — nieapetyczne, myte zimną wodą. Na kolację — herbata z rumianku, chleb z tartą kielbasą z puszki. Jedzenie — znowu wybitnie nieapetyczne. Podczas trzydniowych odwiedzin połowa naszych chłopców pochorowała się pierwszego dnia. Sport — bieg terenowy, rzuty (dysk, granat), zwłaszcza boks, jako wyrabiający odwagę osobistą.

Nastrój: Radości spontanicznej nie ma. Aczkolwiek bez zapatu uznaje się wielkość idei narodowo-socjalistycznej. Większość obozu składa się z młodzieży robotniczej. Tężyzna — niewidoczna. Rzuca się w oczy — wyczerpanie fizyczne. „Kraft durch Freude” staje pod znakiem zapytania.

Uderza sztuczność w forsowaniu rzeczy heteroseksualnych oraz zapobieganie tendencjom homoseksualnym (nie wolno np. siedzieć podczas wspólnych rozrywek chłopcu przy chłopcu).

Obydwa wymienione przez K a u p a rozporządzenia Rządu niemieckiego — pierwsze o podstawach sterylizacji oraz drugie o postępowaniu z niebezpiecznymi przestępcami — są w zasadzie słuszne, o ile się je traktuje jako linie wytyczne, z e s p o k o j e m stosowane w praworządnym państwie demokratycznym, a nie jako czerwone płachty, wywołane zbiorową psychozą w agitacji politycznej<sup>1)</sup>.

Nie zasadniczo więc treść tej ustawy jest niedopuszczalna, jak to pisałem już w r. 1935<sup>2)</sup>, ale posługujące się nią nadużycia warstw rządowych, będących przy władzy, nad niewygodnym obywatelem przy pomocy gwałtu nad osobą.

Nieporozumienie tkwi nie w istocie tej ustawy, ale w jej wykonywaniu, przybierającym formy zarazy psychicznej, objawy psychozy zbiorowej. Ten ruch niemiecki jest, jako pomysł psychopatyczny, coraz bardziej pozbawiony szlachetnych, humanitarnych, zarówno intelektualnych, jak i moralnych osłonek.

To likwidowanie niepotrzebnych wydatków na materiał ludzki, bezwartościowy dla państwa oświecla ostatnio, opierając się na książce K a u p a i dalszych publikacjach Dr Herman Rub in r a u t<sup>3)</sup>. Na kongresie spraw populacyjnych min. Frick mówił o konieczności obciążenia do minimum zapomóg, udzielanych rodzinom dotkniętym charakterem lub kalektwem, ponieważ pieniądze publiczne potrzebne są wysokowartościowym i zdrowym dziedzicznie ludziom („den hochwertigen Erbgesunden”), i nie wolno tych zapomóg marnować na tych, którzyby dawno już pomarli „g d y b y n i e s z t u c z n e o d d z i a ł y w a n i e m e d y c y n y”.

Jest to walka nie z chorobą, lecz z chorym, mówi słusznie Rub in r a u t: „Z wrogiem trawionym gorączką, włokącym bezwładnie kończyny, pluającym krwią, — z kaleką, który chce nieszczęśliwym zdrowym odebrać „prawo do radości”, z obłąkanym, który marnuje (?) życie zdrowemu dozorczy”.

I to nas wprowadza *in medias res*.

<sup>1)</sup> Bertrand Russel w swojej „Pochwale próżniactwa” mówi w rozdziale „o genealogii faszyzmu” o hitleryzmie, co następuje: „To, że dążenia te mogą się dopiero urzeczywistnić na gruzach cywilizacji, czyni je demonicznymi, ale nie irracjonalnymi. Te koła (— przemysłowcy i militaryści —) stanowią intelektualnie najlepszy, a moralnie najgorszy element całego ruchu. Reszta, otumaniona wizjami sławy, heroizmu i poświęcenia, nie zdaje sobie zupełnie sprawy z roli, jaką istotnie odgrywa i pozwala się używać do obcych sobie celów. Taka jest psychopatologia hitleryzmu.

<sup>2)</sup> Higiena psychiczna uosobienia psychopatycznego jako zagadnienie kultury. W-wa. Polskie Tow. Eugeniczne, 1935.

<sup>3)</sup> Wojna z chorymi. Wiadomości Literackie Nr. 45, 1936. (Dok. nast.)

## Wiadomości bieżące

— Program Narad Sekcji Jaglicy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. W dniu 8 grudnia r. b. w gmachu Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa, ul. Chocimska 24), odbędą się narady Sekcji Jaglicy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Pierwsze posiedzenie poświęcone metodom rozpoznawania jaglicy rozpocznie się o godzinie 9-tej rano. Zgłoszone zostały następujące referaty: 1. Prof. J. Szymański (Klinika oczna Uniwersytetu S. B. w Wilnie): O pomocniczych badaniach dla ustalenia rozpoznania jaglicy. 2. Dr. S. Borszczewski (Przychodnia przeciwjaglicza i klinika oczna Uniwersytetu S. B. w Wilnie): Wartość rozpoznawcza badania biomikroskopowego górnej części rąbka rogówki w jaglicy i zapaleniu grudkowym. 3. Dr. J. Neuman (Klinika oczna Uniwersytetu J. P. w Warszawie): Lampa szczelinowa w rozpoznawaniu jaglicy. 4. Dr. Kwaskowski (Instytut oftalmiczny w Warszawie): Rąbek rogówki w lampie szczelinowej przy jaglicy i nieżytach spojówki. 5. Dr. A. Zamenhof (Oddział oczny szpitala żydowskiego w Warszawie): O posługiwaniu się lupą przy rozpoznawaniu jaglicy. 6. Dr. M. Zachert (Przychodnia przeciwjaglicza w Warszawie): O zastosowaniu wzornika do badania rąbka rogówki i zmian jagliczych. 7. Dr. L. Rostkowski (Instrukcyjna kolumna przeciwjaglicza): Wczesne rozpoznawanie jaglicy. Uwaga. Dr. M. Zachert (Warszawa) Zwalczanie jaglicy młodzieży w wieku przedpoborowym. Drugie posiedzenie rozpocznie się o godzinie 15 i będzie poświęcone omówieniu metod zwalczania jaglicy. Zgłoszone zostały następujące referaty: 1. Prof. K. Majewski (Kraków): Znaczenie działalności zakładu jagliczego Uniwersytetu Jagiellońskiego dla akcji zwalczania jaglicy w Państwie. 2. Prof. J. Szymański (Warszawa): Ocena działalności lotnych oddziałów okulistycznych Polskiego Czerwonego Krzyża dla akcji zwalczania jaglicy. 3. Dr. Z. Galewska (Warszawa): Rola Instytutu oftalmicznego w zwalczaniu jaglicy. 5. Dr. Rostkowski (Warszawa): Metody zwalczania jaglicy i ocena działalności przychodni przeciwjagliczych. 6. Dr. Zachert (Warszawa): Rola lekarzy nieokulistów w akcji zwalczania jaglicy. Członkowie Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Sekcji Jaglicy oraz inni lekarze interesujący się tymi zagadnieniami, którzy zamierzają zgłosić komunikaty lub wziąć udział w dyskusji, zechcą wcześniej zawiadomić o tym Prezydium Sekcji, podając tytuły ewentualnych komunikatów. Prezydium Sekcji Jaglicy Polskiego T-wa Okulistycznego: Prof. J. Lauber — Prezes, Dr. M. Zachert — Wiceprezes, Dr. L. Rostkowski — Sekretarz. Z decyzji Ministerstwa Komunikacji uczestnikom narad Sekcji Jaglicy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego przysługiwać będą zniżki kolejowe w wysokości 50% w drodze powrotnej.

— VI Zjazd Lekarski w Krynicy w dniach 9—11 stycznia 1937 r. pod protektorem Jaśnie Wielmożnego Pana Ministra O. S. D-ra Eugeniusza Piestrzyńskiego. Program. Dnia 9 stycznia. Godz. 10. Otwarcie Zjazdu przez Prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dr Emanuela Zarzyckiego. Wybór Prezydium Zjazdu. Przemówienie oficjalne. Godz. 11. I. Posiedzenie naukowe. 1. Doc. Dr. Jakub Węgierko, (Warszawa). Zasady leczenia cukrzycy w świetle własnych spostrzeżeń. 2. Prof. Dr. Januarius Zubrzycki (Kraków). Możliwości lecznicze Krynicy w przypadkach niepłodności kobiecej. 3. Dr. Artur Werner (Poznań — Szczawna). Klimatologia na usługach medycyny. Dyskusja. Godz. 16. II. Posiedzenie naukowe: 4. Dr. Stanisław Liebhart (Lwów). Klinika i terapia niepłodności. 5. Doc. Dr. Bronisław Stępowski (Kraków). Niektóre postaci nie-mocy płciowej u kobiet. 6. Dr. Marian Malinowski (Kraków). Niepłodność z niedrożności narządów rodnych kobiety i ich leczenie. 7. Dr. Czesław Uhma (Kraków). Działanie

lecznicze borowiny krynickiej podanej dopochwowo, w niektórych postaciach niepłodności kobiecej. 8. Dr. Marian Kowalski (Kraków). Biologiczne własności borowiny krynickiej. Dyskusja. Godz. 20.30. Bankiet dla uczestników Zjazdu, wydany przez Zarząd Zdrojowiska i Komisję Zdrojową, w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego. Dnia 10 stycznia. Godz. 9.30. III. Posiedzenie naukowe. 9. Doc. Dr. Franciszek Goebel (Warszawa). O wpływie krynickiej wody „Jana” na gospodarkę wodną. 10. Dr. Julian Fliederbaum (Warszawa). Nowoczesna metodyka badania gospodarki wodnej. 11. Dr. Marceł Landberg i Dr. Henocho Szpidbaum (Warszawa). Z nowszych badań nad wpływem gruczołów dokrewnych na gospodarkę ustroju. 12. Dr. Julian Fliederbaum (Warszawa). Wpływ gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną. 13. Dr. Daniel Hirszbajn (Krynica — Warszawa). Wpływ wody ze źródła „Zubera” na przemianę węglowodanową, na zasób zasad we krwi, na przemianę podstawową i na skład morfologiczny krwi. 14. Dr. Stanisław Hrom (Warszawa). Stosunek śledziony i tarczycy do zachowania się jodu we krwi. Godz. 13. Śniadanie wydane dla uczestników Zjazdu przez Zwierzchność Gminną i Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy, w sali balowej Domu Zdrojowego. Godz. 16. IV. Posiedzenie naukowe. 15. Doc. Dr. Henryk Beck (Warszawa). Wzajemny wpływ hormonów macicy i jajników. 16. Inż. A. Lejwa (P. Z. H. Warszawa). Znaczenie niektórych badań biologiczno-hormonalnych dla kliniki. 17. Doc. Eleonora Reicher (Warszawa). Zaburzenia czynności narządów wewnętrznych i przemiany węglowodanowej w związku z okresem miesięczkowym oraz ustaniem miesiączkowania. 18. Dr. Wacław Markert (Warszawa). W sprawie patogenyzy rzućawki porodowej. 19. Dr. Henocho Szpidbaum (Warszawa). Gospodarka chloru w cukrzycy astenicznej i w cukrzycy stenicznej. 20. Dr. Karol Waller (Lwów). Profilaktyka cukrzycy. Dyskusja. Godz. 22. Raut i zabawa taneczna w salach Domu Zdrojowego. Dnia 11 stycznia. Godz. 8. Zwiedzanie Zdrojowiska pod kierunkiem lekarza zakładowego Dr. Ferdynanda Pawłowskiego. Godz. 10. V. Posiedzenie naukowe: 21. Dr. Zbigniew Godłowski (Kraków). Dożylne stosowanie wód kruszcowych. 22. Dr. Henryk Brand (Krynica). Ejaculatio praecox. 23. Dr. Bronisław Bardach (Krynica). Wskazania i przeciwwskazania dla leczenia kąpielami szczawnymi w Krynicy. 24. Dr. J. Chań (Krynica). Choroba Basedowa a układ krążenia z uwzględnieniem leczenia zdrojowego. 25. Dr. Bernard Kupczyk (Krynica). Przyczynek o dietetycznym leczeniu zaburzeń wegetatywnych. Dyskusja. Zamknięcie naukowej części Zjazdu. Godz. 13. Zwiedzanie Zakładu leczniczego „Lwigród”. Godz. 16. Pokazy sportów zimowych — wycieczki i t. p. Podczas trwania Zjazdu otwarta będzie w kuliarach Domu Zdrojowego Wystawa środków leczniczych i wydawnictw lekarskich. Warunki uczestnictwa: Wkładka członkowska 25 zł, wkładka osoby towarzyszącej 15 zł. Upraszta się o wcześniejsze przesyłanie wkładek członkowskich, pod adresem Skarbnika Dr. H. Freundlicha, Krynica, willa „Maria”. Uczestnik Zjazdu otrzymuje imienną kartę uczestnictwa, która upoważnia do udziału w posiedzeniach Zjazdu, zwiedzania zdrojowiska, udziału w przyjęciach, raucie i imprezach, urządzanych dla uświetnienia Zjazdu, do bezpłatnych zabiegów leczniczych oraz ulg kolejowej z zastosowaniem opłat ze zniżką 33 proc. (tab. 6) na przejazd powrotny z Krynicy do miejsca zamieszkania. Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie pamiętnik VI Zjazdu, z dokładnym tekstem przemówień, odczytów i dyskusji. W tym celu prosi się P. T. Wykładowców o dostarczenie Generalnemu Sekretarzowi Zjazdu Dr. Mieczysławowi Dukietowi dokładnego, na maszynie pisanego, tekstu odczytu, przed zamknięciem Zjazdu. Czas trwania przemówienia odczytowego 25 minut, dyskusyjnego 5 minut. P. T. Wykładowcy są ho-

norowymi gośćmi Komitetu Organizacyjnego, na skutek czego nie wpłacają wkładki członkowskiej. Członkowie Zjazdu mogą przy zgłaszaniu zamawiać kwatery: Cena dzienna pokoju jednoosobowego 3—4 zł. Cena dzienna pokoju dwuosobowego 5—7 zł. Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe należy kierować do Generalnego Sekretarza Zjazdu Dr Mieczysława Dukietę w Krynicy, willa „Moja”. W czasie trwania Zjazdu odbędą się pokazy i zawody w sportach zimowych: Międzynarodowy turniej hokeja na lodzie, mistrzostwa saneczkarskie, skoki narciarskie, sztuczna jazda na łyżwach i t. p. Generalny Sekretariat zastrzega sobie prawo zmiany szczegółów programu. W dniach 8 i 9 stycznia będzie czynne na dworcu kolejowym biuro kwaterek Zjazdu.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 14.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Sekcja kliniczna.

Pokazy: 1. M. Fejgin, J. Morgenstern i N. Mesz: Przypadek guza śródpiersia (trudności rozpoznawcze kliniczne i rentgenologiczne). 2. W. Sterling i W. Stein. Przypadek sklerodermii ze zmianami mięśniowymi i z zaburzeniami gruczołów dokrewnych. Odczyt: H. Hirszfelda. Konstytucyjne podłoże zachorowań i zgonów obu płci.

### 17.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Posiedzenie plenarne.

Dr J. Iwaszkiewicz. Kwestia zatrudnienia lekarzy a współdzielnia zdrowia.

## Résumé des articles originaux.

### K. ŚWIDER. L'épilepsie dite essentielle, sa fréquence et son rapport à l'épilepsie organique.

Il résulte des travaux des auteurs plus connus, qu'à l'heure actuelle une définition unanime de l'épilepsie essentielle fait défaut. A vrai dire le seul trait qui distingue les cas d'épilepsie essentielle de syndromes épileptiques organiques est constitué par l'absence d'une étiologie appréciable ainsi que par le manque des symptômes indiquant une lésion organique du cerveau. Depuis qu'en 1912 Redlich a prédit un rétrécissement progressif du nombre du groupe classé comme épilepsie essentielle en faveur de l'épilepsie organique, les opinions émisent dernièrement et surtout celle soutenue par Abadie, que l'épilepsie essentielle n'existe point et toutes les formes d'épilepsie ne sont que des syndromes organiques, méritent une attention spéciale. Les expériences de Penfield ont mis le problème de l'épilepsie sous un jour nouveau. Orzechowski se basant sur elles admet, que l'épilepsie a un substratum dans l'angioneuropathie méningo-encéphalique et le stimulant qui déclenche l'attaque réside probablement dans les troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien à la suite d'une constitution histologique déficiente des méninges ou de lésions acquises. L'analyse de 415 cas d'épilepsie observés à Clinique des Maladies Nerveuses à Varsovie de 1921 à 1935, a montré que 91 cas (21,9%) seulement on peut rapporter à l'épilepsie essentielle, le reste étant constitué par les syndromes organiques (324 cas). Le premier chiffre (21,9%) représente la moitié du chiffre obtenu par Bolton, Klessens et Redlich. La prédiction de Redlich a trouvé donc sa réalisation. Contrairement à l'opinion d'Abadie il faut cependant admettre l'existence d'une épilepsie essentielle parce qu'on rencontre des cas d'épilepsie étiologiquement négatifs et sans la moindre lésion décelable par nos moyens de recherches actuels et que le groupe de ces cas s'exprime par un chiffre assez important de 21,9%.

A. P.

### L. ANIGSTEIN. Recherches expérimentales sur les propriétés biologiques et chimiothérapeutiques de butylo-thiolaurate de bismuth (Néocardyl).

Ces recherches avaient pour but de déterminer la valeur

chimiothérapeutique de Neocardyl, préparation organique liposoluble de bismuth étant en combinaison avec le soufre. Les expériences portent sur 126 lapins. On injectait aux animaux la préparation 1 fois intramusculairement. Les doses au-dessus de 0,02 mgr pour 1 kg de l'animal produisent un effet toxique sur les reins, provoquant la néphrose affectant surtout les tubes contournés. Au moyen de méthodes microchimiques on a constaté le bismuth métallique dans les reins et dans l'urine du lapin même un mois après l'injection de ces doses du Neocardyl. Neocardyl exerce une action enrayante marquée sur le développement des trypanosomes et des spirochètes de la fièvre récurrente dans les animaux de laboratoire. Les essais du traitement de la syphilis expérimentale du lapin portent sur 27 lapins. Aux animaux qui présentaient de graves lésions syphilitiques on injectait intramusculairement le Neocardyl. Après l'injection de la préparation en dose contenant 0,003 g de bismuth pour 1 kg de l'animal déjà au bout de 24 heures les tréponèmes devenaient immobiles et leur nombre fut réduit. Au bout d'un mois les lésions (chancre primaire et orchite) étaient complètement guéries.

### Z. MILIŃSKA-SZWOJNICKA et B. RASZKES. La valeur de l'antigène de spirochètes (Palligen) dans le séro-diagnostic de la syphilis.

Pour comparer la valeur des différents antigènes on a fait des réactions suivantes: 1) 1725 sérums des syphilitiques ont été examinés avec les antigènes „Palligen” et celui de Mc. Intosh. L'antigène de spirochètes („Palligen”) a été plus sensible dans 30,5% de cas et l'antigène de Mc. Intosh dans 0,4% de cas. 2) 1302 sérums des syphilitiques avec les antigènes „Palligen” et de Bordet et Ruelens, dont 56,5% de réactions ont été en faveur de l'antigène „Palligen”. 3) 1606 sérums des syphilitiques avec l'antigène „Palligen” et l'antigène citocholique. De même 19,8% de cas ont démontré l'avantage de l'antigène „Palligen”, et 2,4% de cas l'avantage de l'antigène citocholique. Comme contrôle on a examiné 767 sérums provenant des personnes non syphilitiques, où l'antigène „Palligen” n'a donné que 0,9% de réactions non-spécifiques.

TREŚĆ: K. ŚWIDER. Padaczka zwana samoistną, jej stosunek do padaczki organicznej i częstość występowania (Dok.). — L. ANIGSTEIN. Badania doświadczalne nad własnościami biologicznymi i chemoterapeutycznymi butylo-tiolauratu bizmutu (neocardylu) (Dok.). — Z. MILIŃSKA-SZWOJNICKA i B. RASZKES. O wartości antygenu krętkowego (Palligen) w serodiagnostyce kiły. — M. WEINTAL. Rzeczy nowsze o chorobach alergicznych nosa i jego jam obocznych (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. NELKEN. Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: K. ŚWIDER. L'épilepsie dite essentielle, sa fréquence et son rapport à l'épilepsie organique (fin.). — L. ANIGSTEIN. Recherches expérimentales sur les propriétés biologiques et chimiothérapeutiques du butylothiolaurate de bismuth (Néocardyl) (fin.). — M-me Z. MILIŃSKA-SZWOJNICKA et B. RASZKES. La valeur de l'antigène des spirochètes (Palligène) dans le sérodiagnostic de la syphilis. — M. WEINTAL. Nouveaux travaux sur les maladies allergiques du nez et des cavités accessoires (Rev. gén.). — J. NELKEN. Voix critiques du domaine des problèmes d'eugénique contemporaine (suite).