

# ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 46 (63). Rocznik II.

Kraków, 16. 11. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

## T R E S C:

	Str.
Prof. Dr. Hans LAUBER, Kraków: Zwalczenie jaglicy	303
Dr. WAIZENEGGER: Kliniczne spostrzeżenia poczynione nad chorymi na dur osutkowy w Radomiu	307
Obwieszczenia i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia	308

## Zwalczenie jaglicy

Referat wygłoszony na konferencji Wydziału Spraw Zdrowotnych Rządu Generalnego Gubernatorstwa w dniu 15 października 1941 r. w Krynicy Zdroju przez

Prof. Dra Hansa L a u b e r a (Kraków).

Trachoma czyli jaglica, zwana też granulozą, należy do chorób oczu znanych od czasów najdawniejszych. Jej rozpowszechnienie w wielu krajach nadało jej charakter choroby społecznej, która powoduje wielkie szkody zdrowotne a stąd też i gospodarcze, że pominiemy już zupełnie ogrom cierpienia i bólu, które niesie ona chorym i ich otoczeniu. Usiłowania zwalczania tej choroby są względnie dawne. Pierwsze zwalczanie uregulowane, zamierzone i przeprowadzone przez państwo, rozpoczęto w Prusach Wschodnich, a przeprowadzono je w znacznej części. Ponieważ obecnie wiemy, że jaglicy nabawia się w najwcześniejszym dzieciństwie, a dalej także nowsze badania systematyczne we Włoszech dowiodły, że rozpowszechnienie tej choroby zakaźnej wśród dorosłych równa się prawie rozpowszechnieniu wśród dzieci, słusznym jest najpierw ująć tę część ludności, której zbadanie następczo najmniejszą trudności. Są to dzieci. W każdym kraju z obowiązkowym nauczaniem można je ująć prawie bez reszty w szkołach. Stąd wynika możliwość wytworzenia sobie dobrego wyobrażenia o rozpowszechnieniu jaglicy wśród ludności wielkiego obszaru, jaki przedstawia Generalne Gubernatorstwo, oraz mniejszych obszarów częściowych wewnątrz kraju. Badanie dzieci jest równocześnie punktem wyjścia dla wynajdywania jaglicy wśród dorosłych. W większości przypadków dziecko chore jagliczo, nie jest jedynym członkiem rodziny, chorym na jaglicę. Jeżeli więc następnie bada się osoby zamieszkujące wspólnie z dzieckiem, to można w większości przypadków stwierdzić pewną liczbę innych, osób chorych na jaglicę. Nowsze spostrzeżenia w ostatnich latach oka-

zały, że szkoła nie przyczynia się, jak to sądzono wcześniej, do rozpowszechnienia jaglicy. Zakażenia w szkole należą do wyjątków. Najgłówniejszymi miejscami przenoszenia jaglicy są wspólnoty domowe. W drugim rzędzie idą wspólnoty pracy ze wspólnymi narzędziami, wspólnymi pomieszczeniami wy-poczynkowymi i umywalniami. Dlatego też poszczególne mieszkanie, w którym przebywa chory jagliczo, jest głównym rozsądkiem choroby. Już z tego widać, że wytypowanie jaglicy można będzie osiągnąć tylko przez to, że z jednej strony poprawi się warunki mieszkaniowe i życiowe, usunie się brud w najszerszym znaczeniu tego słowa, a z drugiej strony przez to, że w s y s t e m chorych członków wspólnoty mieszkaniowej podda się leczeniu i doprowadzi do wyleczenia. Ponieważ jaglica wykazuje skłonność do nawrotów, a na skutek przebycia choroby nie występuje odporność, nawroty i ponowne zakażenia możliwe są aż nazbyt łatwo. Tak więc jeżeli n. p. dziecko, wyleczone z choroby, zostanie zwrócone swej rodzinie, której poszczególni członkowie są chorzy jagliczo, to dziecko to może łatwo ponownie nabawić się jaglicy, przez co stają się daremne trud i praca, poświęcone na jego wyleczenie. Z punktu widzenia lekarskiego musi się podjąć poczynania w tym kierunku, aby zaczynając od dzieci, które się dają najłatwiej ująć, ująć i skierować do leczenia wszystkich współmieszkańców chorych jagliczo. Nawroty nie dają się odróżnić od ponownych zakażeń.

Przeniesienie jaglicy następuje wyłącznie za pośrednictwem wilgotnej wydzieliny. Jeżeli wydzielina wyschnie, to traci swą zaraźliwość. Najczęściej ja-

glicę przenosi się brudnymi rękami, przez wspólne używanie ręczników, chustek do nosa, wspólne spanie w jednym łóżku n. p. dzieci z matką, czy też rodzeństwo, używanie tych samych przyborów do mycia, czasem tej samej wody. Osobista czystość szczególnie rąk, unikanie wspólnego używania bielizny, przyborów do mycia i innych przedmiotów, utrzymywanie rąk w czystości, unikanie zbytecznego dotykania własnych oczu, stanowią absolutne środki ochronne przed zarażeniem się jaglicą. Dla lekarza dołącza się jeszcze do tego ochrona własnych oczu przy pomocy okularów ochronnych podczas leczenia chorych jagliczo.

Leczenie jaglicy można często przeprowadzać ambulatoryjnie, stąd konieczność przychodni przeciwjagliczych w całym kraju, które muszą być rozsiane tak gęsto, aby chorzy mogli dwa do trzech razy w tygodniu odwiedzać przychodnię bez nadmiernej straty czasu. Powikłania jaglicy, nierzadkie a czasem bardzo ciężkie, dają się wyleczyć o wiele bardziej skutecznie i o wiele prędzej przy leczeniu szpitalnym, niż przy leczeniu ambulatoryjnym. Stąd konieczność szpitali jagliczych dla dzieci i dorosłych. W Generalnym Gubernatorstwie posiadamy wzorowy zakład w Państwowym Zakładzie dla dzieci jagliczych w Witkowicach. Tutaj dzieci nie tylko się leczą, ale też wychowuje i naucza tak, że dzieci opuszczając zakład powracają do domu nie tylko z korzyścią z powodu odzyskania swego zdrowia, lecz również z korzyścią wynikającą z nauki i wychowania, które pod względem higienicznym bynajmniej nie stoi na ostatnim miejscu. Także i szpitale dla dorosłych, które obecnie mają powstać, będą miały podobne zadanie. Jeżeli zakłady będą właściwie prowadzone, to nie tylko usuną ciężkie następstwa jaglicy, o ile to jest możliwe, lecz będą mogły wychować chorych w kierunku czystego i higienicznego trybu życia. Oddziaływanie takiego wychowania higienicznego nie należy nie doceniać.

Głównymi bojownikami w całej akcji przeciwjagliczej są naturalnie lekarze. A jak są oni teraz przygotowani do walki z jaglicą? Niestety, musi się wyznaczyć, przeważnie w sposób niedostateczny. Wielu lekarzy niemieckich podczas swych studiów uniwersyteckich prawie nie miało sposobności zobaczenia choćby jednego przypadku jaglicy, ponieważ choroba ta nie występuje na wielkich obszarach Rzeszy. Ale również tam, gdzie pośród chorych można było uzyskać chorych jagliczo dla celów nauczania, często nauczanie niedostateczne okulistyki nie umożliwiło studentom bliższego zapoznania się z tą chorobą. Jeżeli uwzględnimy stosunki w Generalnym Gubernatorstwie, to tu to samo odnosi się do lekarzy polskich. Także i w Polsce liczba godzin na nauczanie okulistyki była niedostateczna. Stąd też pouczanie o trachomie wypadało za krótkie. W różnych krajach, jak n. p. w Stanach Zjednoczonych, gdzie jaglica bynajmniej nie jest rzadka, tak samo jak w Generalnym Gubernatorstwie, widzimy często, że z jednej strony nie rozpoznaje się jaglicy, a z drugiej strony przyjmuje się jaglicę tam, gdzie jej nie ma. Te rozpoznania mylne są po części następstwem niedostatecznego nauczania okulistyki, po części zaś trudności rozpoznania występujących niejednokrotnie. Do tego jeszcze dołącza się obawa lekarza, że nie spostrzeże przypadków jaglicy i stąd wzmożona skłonność oznaczania jako jaglicy możliwie wszyst-

kich przypadków podejrzanych z jakiegokolwiek bądź powodu. Całkiem niedawno mogłem się o tym przekonać w czasie podróży służbowej w pewnej miejscowości, z której doniesiono, że 93% mieszkańców choruje na jaglicę. Z 22 osób, które przedstawił tamtejszy lekarz jako chorych jagliczo, w rzeczywistości tylko 3 osoby z pewnością były chore jagliczo, 2 były podejrzane o jaglicę, pozostałe cierpiały albo na banalne zapalenie spojówek, albo w ogóle były zdrowe. Dlatego też znajomość takich wydarzeń nasuwa pytanie, co to właściwie jest jaglica i jak choroba ta daje się odgraniczyć od innych. Przeglądnięcie najnowszych dzieł o jaglicy jak n. p. Petersa, Mac Callana lub Bardelliego, wreszcie własne doświadczenie każdego lekarza okulisty, który wiele zajmował się jaglicą, pokazuje, że czasem rzeczywiście nie jest łatwe stwierdzenie, czy w danym przypadku zachodzi jaglica, czy też nie. Odgraniczenie jaglicy od innych podobnych schorzeń spojówki utrudnione jest przez tę okoliczność, że nie znamy jeszcze zarazka tej choroby mimo wszelkiej pracy, którą od wielu lat poświęcono, a i dzisiaj jeszcze poświęca się badaniu tego zagadnienia. Tego rozdziału nie będę tu omawiał, gdyż o tym będzie mówił p. Dr. G ö n n e r t. Nazwa *trachoma* wskazuje na chropowatość spojówki, jako na jedną z cech najbardziej charakterystycznych. Ale ta chropowatość spojówki powiek i załamek spojówki występuje nie tylko przy jaglicy, ale przy wielu przebytych zapaleniach spojówki ostrych, a również przy wielu chronicznych. Wreszcie przerost spojówki w rodzaju przerostu brodawkowego jest zmianą patologiczną, którą widzimy przy zapaleniu przeróżnych śluzówek. Nie jest więc on czymś swoistym dla jaglicy. Przejdźmy do tworzenia się ziaren, co uważa się za ważną oznakę tego stanu chorobowego, jak to widać już z nazw jaglica czy granuloza. Kiedy dochodzi do wytwarzania się ziaren w spojówce? Drobnowidowo grudki chłonne są wykształcone w spojówce już u noworodka, podobnie jak w innych śluzówkach. Ich powiększanie się aż do widzialności gołym okiem występuje przy wyraźnym limfatyźmie. W tych przypadkach, które określamy jako grudkowatość spojówki, nie ma stanu zapalnego, a spojówka pomiędzy grudkami chłonnymi jest normalna. Grudkowatość nie wymaga w ogóle leczenia i znika z ustąpieniem limfatyźmu.

Poza tym występują też zapalenia spojówki uwarunkowane różnymi podrażnieniami, ze znacznym powiększeniem grudek chłonnych — zapalenie spojówek grudkowate. Takie zapalenia widzimy n. p. jako następstwo oddziaływania różnych leków — a to atropiny, pilokarpiny, kokainy. Tutaj odróżnienie od jaglicy jest już trudniejsze. Grudki chłonne, które obserwujemy w tych stanach, są bardziej zwarte, twardsze niż przy jaglicy, nie rozmiękają i nie dają się wycisnąć. Przy tego rodzaju zapaleniu spojówek grudkowatym grudki znikają bez leczenia, skoro usunie się podrażnienie, które wywołało ich powstanie. Widzimy też, że wytwarzanie się grudek chłonnych w spojówce wywołują stany chorobowe, jak *molluscum contagiosum*, wyjątkowo też leukemia. Usunięcie *molluscum* doprowadza do zniknięcia w ciągu kilku dni zmian spojówki. Przy leukemii grudki chłonne znikają w sposób gwałtowny przy nagłym podwyższeniu ciepłoty przed zgonem chorego, równocześnie z wielkimi obrzękami gruczołów.

Grudki chłonne powstają też przy zapaleniu spojówek kąpielowym i przy *blennorrhoea neonatorum* i tworami wewnątrzkomórkowymi. Przy tych schorzeniach obraz jest jeszcze bardziej podobny do jaglicy, a czasami daje się odróżnić od tej ostatniej tylko przez długotrwałą obserwację kliniczną. Istnieje też wiele przypadków zapalenia spojówek grudkowatego, przy których nie wchodzi w grę przytoczone momenty przyczynowe — pierwotny katar spojówek grudkowaty. Lindner jest zdania, że *bacterium granulosis Noguchi* jest zarazkiem tego zapalenia spojówek grudkowatego. Natomiast nie jest to, jak myślał Noguchi, zarazek jaglicy. To zapalenie spojówek jest samo w sobie niewinne i ustępuje bez pozostawienia blizn.

Ziarna, występujące przy jaglicy, są to w istocie także powiększenia wytworzonych już grudek chłonnych, jednakże można uważać za pewne, że tworzą się też nowe grudki chłonne. Ale przy jaglicy nacieczenie spojówki nie ogranicza się do tworzenia ziarenek, lecz występuje mniej czy więcej wyraźnie nacieczenie spojówki rozlane, które czasami jest tak silne, że w zgrubiałej i zaczerwienionej spojówce ziarna prawie wcale, lub też zupełnie nie wznoszą się ponad jej poziom. Mamy wówczas obraz nacieku galaretowatego załamek spojówki. Ziarna przy jaglicy są początkowo czerwone, ale trochę przeświecające szklisto, następnie z czasem stają się szare, rozmiękają i wydzielają na zewnątrz swą zawartość albo spontanicznie, albo przy lekkim ucisku. Ta lekka wyciskalność ziarn i luźniejszy charakter spojówki przy nacieczeniach rozlanych jest cechą, przez którą jaglica odróżnia się od innych chorób podobnych. Przy opróżnieniu ziarn jaglicznych spontanicznym lub spowodowanym sztucznie, tworzą się na ich miejsce na skutek bujania komórek tkanki łącznej, bardzo delikatne blizny, ale również tam, gdzie istnieje nacieczenie rozlane spojówki, komórki tkanki łącznej ulegają mobilizacji i pobudzeniu do tworzenia tkanki bliznowatej.

Znajomość szczegółowa różnych obrazów chorobowych umożliwia doświadczonemu przeprowadzenie w wielu przypadkach rozpoznania różniczkowego. Ale również jemu zdarzają się przypadki, gdzie rozstrzygnięcie umożliwia tylko dłużej trwająca obserwacja przebiegu choroby. Dlatego też, gdy urządzamy kursy dokształcające dla lekarzy, w których ręce złoży się zwalczanie jaglicy, to mimo to nie będziemy od nich żądać, ażeby oni na równi z doświadczonymi specjalistami rozstrzygali bezspornie w ciężkich przypadkach. Do tego przeznaczeni są lekarze specjaliści o wieloletnim doświadczeniu, którzy odwiedzają poszczególne przychodnie przeciwjaglicze, aby orzekać o przypadkach wątpliwych, udzielać lekarzom walczącym z jaglicą porad leczniczych, rozstrzygać, które przypadki bezwarunkowo potrzebują leczenia szpitalowego. Ci lekarze-specjaliści stanowią poniekąd instancję apelacyjną, która ma rozstrzygać przypadki wątpliwe i równocześnie nadzoruje działalność przychodni przeciwjagliczych.

Na kursach dokształcających winno się pouczać lekarzy o istocie, patologii, epidemiologii i klinice jaglicy, a powinni oni obejrzeć naprawdę wiele przypadków jaglicy w różnych okresach choroby, aby w swej działalności popępiać możliwie mało błędów.

Jaglica należy do tych nielicznych schorzeń spojówki, które goją się tworząc blizny. Ciężkie zakaże-

nia bakteryjne, jak n. p. *gonoblennorrhoea* błonica powodują również tworzenie blizn, ale są to stosunkowo rzadkie schorzenia i nie mają przebiegu chronicznego jaglicy. Ostatnia odróżnia się też od wielu schorzeń spojówki tym, że wnika głęboko w tkankę, a ponadto obejmuje także rogówkę. Współdział tkanki, leżącej głęboko pod spojówką, prowadzi do widzialnych wyraźnie objawów klinicznych. Jaglicy nacieku tkanki obejmuje tarczkę powieki, która grubieje i staje się ciężka, a przez to dochodzi do obwisnięcia powieki górnej. Temu sprzyja też nacieczenie gładkiego mięśnia dźwigacza powieki (mięśnia Müllera) tak, że w spowodowaniu opadania powieki górnej współdziałają dwa czynniki. Objęcie sprawą chorobową tarczki powieki prowadzi do dalszych ciężkich zmian, ponieważ także i tu, jak i w spojówce, ulegają zbliznowaceniowi nawet miejsca nacieczone. Dlatego w dalszym przebiegu tarczka powieki staje się cienka i krzywi się łatwo pod wpływem różnych sił działających na nią. Stąd podwinięcie powiek przy jaglicy zastarzałej z bliznowaceniem spojówki — blizny spojówki widzimy bezpośrednio, o bliznach skrzywienia tarczki powiekowej wnioskujemy z ich następstw. Z wytwarzaniem się blizn wiąże się przemiana nabłonka cylindrycznego spojówki w nabłonek płaski, co związane jest z utratą komórek kubkowych. Bliznowacenie spojówki i tkanki łącznej podspojówkowej prowadzi do postępującego kurczenia się spojówki, do skrócenia załamek spojówki, a następnie do ciężkich zaburzeń odżywiania rogówki. Współdział gruczołów łzowych w chorobowym procesie jagliczym w związku z zanikiem komórek kubkowych rozpoczyna postępujące wysychanie spojówki i rogówki, co wreszcie prowadzi do nieodwracalnej już kserozy spojówki i rogówki. Zdolność widzenia ulega na skutek takiego stanu obniżeniu aż tylko do poczucia światła.

Już we wczesnym okresie jaglicy podczas nacieczenia spojówki i tworzenia się ziarn może się rozwinąć wyraźny udział rogówki w schorzeniu spojówki. Już bardzo wczesnie można stwierdzić za pomocą lupy, albo lepiej jeszcze za pomocą mikroskopu rogówkowego, że na górnym brzegu rogówki pętla naczyni spojówki przenikają w rogówkę. Jest to początek tworzenia się łuszczki. Powstaje nagromadzenie limfocytów, które łącznie z naczyniami wnikają w rogówkę. Przy tym dochodzi wielokrotnie do zniszczenia błony Bowmana z najbardziej powierzchownymi warstwami rogówki. Łuszczka może się posuwać w rogówkę rozmaicie daleko i często sięga poza środek rogówki, tak że obręb źreniczny rogówki zostaje objęty łuszczką. Łuszczka goi się w ten sposób, że zmienia się w cienką warstwę tkanki bliznowatej, która stale wpływa ujemnie na przejrzystość rogówki i regularność jej powierzchni. Często na dolnym brzegu łuszczki tworzą się wrzody rogówki, które oznaczają dalsze ciężkie uszkodzenie oka. W związku z tymi wrzodami może powstać *iritis* z całkowitym przyrośnięciem tęczęwki do torebki i jaskrą wtórną. Niektóre oczy tracą przez to zupełnie zdolność widzenia. Jeżeli nawet nie występują tak ciężkie powikłania, to wrzody rogówki pozostawiają zawsze zmętnienia grubsze, aniżeli czyni to łuszczka i powodują wyższy stopień astygmatyzmu nieregularnego. Tworzenie łuszczki występuje nie

tylko w stadium początkowym jaglicy, lecz może się rozwinąć prawie w każdej chwili choroby.

Jeżeli do dotychczasowego obrazu chorobowego dołączymy jeszcze skrócenie szpary powiekowej, podwinięcie brzegów powiek, przez co rzęsy dotykają się stale rogówki i stale ją drażnią i uszkadzają, jeżeli dalej dodamy do tego, że śluzówka woreczka łzowego może ulec schorzeniu, a wskutek tego może się przyłączyć jeszcze przewlekłe zapalenie woreczka łzowego z ewentualnymi nasileniami ostrymi, lub zwężenie kanału nosowo-łzowego, to widzimy, że jaglica może objąć i ciężko uszkodzić zewnętrzną część gałki ocznej i wszystkie narządy pomocnicze. Dlatego też nie ma nic zadziwiającego w tym, że przy większym rozpowszechnieniu w jakimś kraju jaglica rzeczywiście przyczynia się do zwiększenia ilości ociemniałych. Jeżeli uwzględnimy okoliczność, że jaglica — jeżeli nie jest wcześniej leczona w sposób należyty — trwa lata, nawet dziesiątki lat i okresowo doprowadza do ciężkich skarg podmiotowych, łez, bólów, zmniejszenia zdolności widzenia, to zrozumiemy, że chorzy jagliczo przez przeciąg wielu tygodni swego życia są niezdolni do pracy i na skutek trwałego obniżenia swej bystrości wzroku stają się niezdolni do prac delikatniejszych, a przez to upadają niżej pod względem gospodarczym, jak również i społecznym. Tak więc jaglica jako choroba społeczna stanowi także poważne zagadnienie gospodarcze wobec utraty setek tysięcy i milionów dni roboczych ludności, wobec ciężkich szkód wyrządzonych gospodarstwu położeniu jednostek z ich rodzinami, oraz ogółowi. Jeżeli więc skuteczne zwalczanie jaglicy wymaga znacznych środków pieniężnych, to te nakłady przy postępowaniu racjonalnym są kapitałem, który, wprawdzie nie bezpośrednio, jednakże wyda w przyszości obfite owoce przez podniesienie siły roboczej ludności i przez to, że zapobiegnie wielu cierpieniom cielesnym i duchowym i równocześnie pomoże zmniejszyć liczbę niewidomych.

Przy rozważaniu zagadnienia zwalczania jaglicy musimy też uwzględnić momenty, które sprzyjają zakażeniu jaglicą. Są to wszystkie zapalenia spojówek, same przez się nawet niegroźne, a tym bardziej też ciężkie schorzenia spojówki, jak *gonoblepharorrhoea*, zapalenie spojówek Koch-Weeksa itp., ponieważ jaglica usadawia się na spojówce chorej o wiele łatwiej aniżeli na zdrowej. Dlatego też wskazaniem jest, ażeby lekarze ośrodków przeciwjagliczych leczyli także zapalenia spojówek niejaglicze, aby zmniejszyć dyspozycję do jaglicy.

Postawienie rozpoznania przy jaglicy na podstawie jednego wyłącznie objawu jest możliwe tylko w rzadkich przypadkach. Przeważnie dla rozpoznania jaglicy bierze się pod uwagę połączenie kilku rodzajów zmian. Tworzenie ziaren z silnym naciekiem spojówki, związane z rozpoczynającym się tworzeniem się łuszczyki, czy rozpoczynającym się bliznowaceniem, w innym przypadku nieznaczne nacieczenie spojówki, silny przerost brodawkowy z nieznacznym rozpoczynającym się bliznowaceniem, lub przerostem brodawkowym w związku z łuszczyką czynią rozpoznanie jaglicy zadaniem łatwym. Jak już podkreślono, jaglica goi się wytwarzając blizny. Ale może ona, jeśli się ją wcześniej rozpozna i leczy, goić się bez tworzenia blizn, tak że później w ogóle nie jest możliwe rozpoznanie, że kiedyś istniała jaglica. Widzieliśmy liczne dzieci, które zgłosiły się do lecze-

nia z niewątpliwą jaglicą. Jeżeli w takich przypadkach unika się stosowania środków przyżegających (rozczyn lapisu, siarczan miedzi itp.), jeżeli się ogranicza do środków łagodnych przemywających, do ostrożnego delikatnego usuwania ziarn i do równoczesnego podawania preparatów sulfonamidowych, to widzimy, że jaglica ulega wyleczeniu nie zostawiając śladów. Przy tym nie dochodzi też w istocie do wydzieliny. Ale jeżeli popełni się ten błąd, niestety, tak częsty, że takie przypadki jaglicy leczy się „energicznie“ środkami przyżegającymi, to wkrótce powstaje obfita wydzielina, przerost brodawkowy i wówczas leczenie trwa wiele miesięcy i lat. Jeżeli ma się do czynienia z postacią jaglicy już tak daleko rozwiniętą, szczególnie z wydzieliną obfitą, to nie można uniknąć stosowania środków przyżegających. Ale także i tu bardzo korzystnie działają preparaty sulfonamidowe. Systematycznie przeprowadzane badania nad działaniem preparatów sulfonamidowych na przebieg jaglicy wykazały, że środki te oddziałują pomyślnie na przebieg choroby. Wprawdzie nie mogliśmy obserwować wyników tak czarujących, jak je mieli Hanke i Lindner, który przed Hankem systematycznie stosował albucid; ale niewątpliwie przekrwienie, nacieczenie, a szczególnie tworzenie się łuszczyki ustępuje szybko pod wpływem rozmaitych preparatów sulfonamidowych, a skrócenie leczenia zarówno w przypadkach świeżych, jak dawnych ocenia na  $\frac{1}{3}$  do  $\frac{1}{2}$  trwania leczenia przy pomocy metod dotychczasowych. Od firmy Bayer-I.G. Farben otrzymaliśmy do wypróbowania pewną liczbę preparatów sulfonamidowych i podjęliśmy nad nimi systematyczne badania. Ponieważ badania te jeszcze nie są ukończone, nie mogę omawiać szczegółowo różnych preparatów. Jeszcze szukamy środka, który by w swym działaniu znacznie przewyższał inne. Rzecz oczywista, że po ukończeniu badań, które przypuszczalnie umożliwią nam znalezienie najlepszego preparatu, złożymy sprawozdanie o naszych pracach. W każdym razie już dzisiaj można powiedzieć, że wprowadzenie preparatów sulfonamidowych do leczenia jaglicy wywrze wpływ pomyślny, gdy leczenie tego ciężkiego cierpienia ulegnie istotnemu ułatwieniu i skróceniu. Dla obszaru Generalnego Gubernatorstwa mamy prawo żywić nadzieję, że zwalczanie jaglicy przeprowadzone systematycznie i energicznie w krótkim czasie doprowadzi do uczynienia z jaglicy choroby występującej rzadko i wreszcie zezwoli na osiągnięcie ideału wytępienia jaglicy. Co prawda przy tym musimy zrobić zastrzeżenie, że początkowo możliwe będzie tylko opanowanie jaglicy jako choroby w pełni rozwoju i postępującej. Przede wszystkim musi wymrzeć obecne pokolenie ludności, zanim znikną zastarzałe zabliznione przypadki jaglicy. Ale to nie może nas powstrzymać od poświęcenia wielu sił i obfitych środków na walkę z jaglicą, aby przez to możliwie szybko usunąć jaglicę, a także ustrzec Rzeszę przed jej zawleczeniem. Już teraz słyszemy, że świeże przypadki jaglicy, których tam nie widziano od wielu lat, pojawiają się w różnych częściach Rzeszy i występują nawet wśród osiadłej tam ludności. Ta okoliczność jest dla nas poważnym upomnieniem do wytężenia naszych sił do zwalczania jaglicy, aby także ustrzec Rzeszę przed rozpowszechnieniem tej choroby.

„Nawet najpobożniejszy nie może żyć w spokoju, jeżeli to się nie podoba złemu sąsiadowi“.

# Kliniczne spostrzeżenia, poczynione nad chorymi na dur osutkowy w Radomiu

## Rola stanów azotemicznych w przebiegu duru osutkowego

(Ciąg dalszy)

Zmiany w nerkach: W pierwszym rzędzie zwróciliśmy uwagę na zmiany zapalne w nerkach, które stwierdzono w moczu (białkomocz, czerwone ciała krwi w moczu, wałeczki moczowe), dlatego, ponieważ w przypadkach najłżejszych zmiany te przeważnie nie występowały, co skłoniło nas do przypuszczenia, że ciężkość choroby może pozostawać w związku z lżejszym lub ciężkim uszkodzeniem nerek.

Jak się to okaże później, założenie to było z gruntu fałszywe, ale skierowało naszą uwagę na zawartość azotu niebiałkowego we krwi.

Jak dowodzi poniższa tabela te zmiany nefrytyczne w moczu są bardziej charakterystyczne dla duru osutkowego, aniżeli pozornie swoiste odczyny dwuazowy i Weissa.

Ilość przeprowadzonych badań moczu	Zmiany nefrytyczne	Odczyn	
		dwuazowy	Weissa
681	308	270	223
%	45,2	39,6	32,7

Zwracamy uwagę, że zestawienie powyższe w rubryce „Zmiany nefrytyczne“ uwzględniła tylko takie badania moczu, które wykazały obecność wszystkich elementów charakterystycznych dla uszkodzenia nerek, natomiast opuszczono mocze z mniejszą czy większą zawartością białka, ale bez wałeczków moczowych i czerwonych ciałek krwi.

To, że rola nerek w przebiegu duru osutkowego była niedoceniana, poświadcza przynajmniej zdanie prof. Karwackiego w stosunkowo nowym opracowaniu chorób zakaźnych: „... w nerkach nie występują jakieś szczególnie ważne zmiany.“

Nowe badania anatomo-patologiczne stwierdzają swoiste zmiany w nerkach, zdaniem jednych (Celen) stałe, zdaniem innych (prof. Randerath) mniej regularne.

Ulrich Wetzel („Fleckfieber und Nierenschädigung“ Med. Klinik Nr. 47/1940) twierdzi, że, wedle danych o durze osutkowym z lat po wojnie światowej, współdziałanie nerek przy durze osutkowym określa się jako stosunkowo rzadki i względnie nieistotny, a wyraźną *nephritis* uważa się za powikłanie nieczęste.

Dalej autor powołuje się na badania anatomo-patologiczne, przeprowadzone w czasie epidemii duru osutkowego w Chile przez E. Herzoga i Caffarena, którzy na 40 przypadków obserwowanego duru osutkowego znaleźli w 90% ostrą *nephritis*, a tylko w 10% nie znaleźli zmian zapalnych.

Autor miał sposobność stwierdzenia we krwi pewnego chorego na dur osutkowy 247 mmg% azotu niebiałkowego. Śmierć tego chorego nastąpiła zdaniem autora na skutek uremii w następstwie ostrej *glomerulonephritis*, co zresztą potwierdziła sekcja przeprowadzona następnie.

Mieliśmy korzystną sposobność obserwowania stosunkowo wielkiej liczby przypadków duru osutkowego i dlatego mogliśmy stwierdzić wielokrotnie poza charakterystycznymi zmianami nefrytycznymi w moczu również zwiększenie mocznika we krwi.

Wetzel zauważa, że obraz tego chorego znajdującego się w stadium uremii odpowiadał dokładnie obrazowi chorego na dur osutkowy bez uszkodzenia nerek, który to obraz przedstawiono w licznych opisach zawartych w podręcznikach.

Obserwacją kliniczną nie da się stwierdzić bez reszty, czy objawy choroby zależne są od zmian w mózgu, swoistych dla duru osutkowego, czy też od uremii, bo n. p. stany podniecenia, niepokój motoryczny, zaburzenia psychiczne mogą być następstwami organicznych uszkodzeń mózgu przez dur osutkowy, ale tak samo dobrze mogą być też oznaką zatrucia moczem. Nie myśli się o tym, ponieważ zmiany w moczu przedstawia się jako zjawiska towarzyszące wysokiej gorączce. Także i niskie ciśnienie krwi wprowadza w błąd.

Tyle podaje wymieniony autor.

Naszym zdaniem, autor na podstawie jednego przypadku przecenia rolę nerek w powstawaniu azotemii, natomiast nie uwzględnił on możliwości pozanerkowego tworzenia się niedopałów białka na skutek rozpadu białka i zniszczenia tkanek, posiadającego takie znaczenie przy durze osutkowym.

Azotemia pozanerkowa: Obserwacja naszych przypadków poucza nas, że wynik badania moczu nefrytyczny z zaskakującą szybkością znika po przełomie, co przemawia przeciw ciężkiemu uszkodzeniu organicznemu nerek, a z czego wynika, że zwiększenie azotu niebiałkowego w krwi tylko częściowo należy przypisać niedomodze nerek.

W niektórych przypadkach skrajnych oznaczyliśmy poziom mocznika w moczu, przy czym okazało się, że sprawność nerek odnośnie do wydzielania ciał azotowych nie uległa zmniejszeniu. Tak więc azotemia nie jest bynajmniej następstwem zatrzymania moczu w ustroju.

Dla pełnego wyjaśnienia tej sprawy byłoby wskazane poza oznaczeniem mocznika oznaczyć też azot niebiałkowy, kwas moczowy i indykan. Ponieważ ze względów technicznych nie mogliśmy przeprowadzić powyższych badań, uznaliśmy za stosowne ograniczyć się do przeprowadzenia odczynu ksantoproteinowego. Uzyskane przy tym cyfry wahały się między 25—58 jednostek (przy normie 15—25).

Tak więc nie odpowiadały one bynajmniej lżejszym postaciom niedomogi nerek, ale odpowiadały rzeczywistej uremii pochodzenia nefrytycznego, albowiem zjawiska zatrucia przy uremii uwarunkowane są obecnością ciał, które dają odczyn ksantoproteinowy i posiadają własności trujące znacznie większe niż mocznik.

Jako przykład niech posłużą wyniki badań u chorej H. D. Nr. 489, u której przy poziomie mocznika we krwi 450 mg % odczyn ksantoproteinowy wynosił 58 jednostek, a ilość mocznika w moczu 90 g‰.

Równocześnie na podstawie dokonanych spostrzeżeń klinicznych mogliśmy stwierdzić równoległość poziomu mocznika z ciężkością choroby.

269 badań laboratoryjnych przeprowadzonych przez nas u 162 chorych i porównanie ich z obrazem chorobowym klinicznym umożliwiło nam ustalenie pewnej skali, według której jesteśmy w stanie ocenić ciężkość choroby.

Tak więc poziom mocznika we krwi do 100 mg % pod koniec pierwszego tygodnia choroby odpowiada lekkiemu przebiegowi choroby i jest korzystny pod względem rokowania, ponad 100 mg % ciężkiemu przebiegowi, tym cięższemu, im bardziej zawartość mocznika zbliża się do cyfry 200 mg %. Ponad 200 mg % — bardzo ciężki przebieg, ponad 300 mg % wszystkie przypadki mają przebieg śmiertelny.

Ilość chorych z oznaczonym mocznikiem	Norma 20-50 mg %	Do 100 mg %	100 do 200 mg %	200 do 300 mg %	300 do 400 mg %	Powyżej 400 mg %
162	58	52	39	8	3	2
Przypadki śmiertelne	0	2	6	4	3	2
%	0	4	15.3	50	100	100

Nasza skala ustalona doświadczalnie odpowiada

dokładnie skali autorów francuskich, na którą powołuje się Bussel:

przy 50—100 mg % nie ma „Azotemie d'alarme“,  
 „ 100—200 „ „ śmierć następuje najpóźniej w ciągu 2 lat,  
 „ 200—300 „ „ śmierć następuje w ciągu kilku tygodni lub miesięcy,  
 ponad 300 „ „ śmierć następuje wkrótce.

Oczywiście, nasze porównanie może dotyczyć tylko wartości granicznych, gdyż mamy do czynienia z chorobą ostrą.

Naszą skalę należy uważać za schematyczną, a umożliwiała ona tylko powierzchowną orientację przy pierwszym badaniu chorego.

Natomiast podniesienie się, względnie opadnięcie poziomu mocznika we krwi jest najbardziej charakterystyczne dla przebiegu choroby i dla rokowania.

Badania te powinno się przeprowadzać częściej, naszym zdaniem co najmniej co drugi dzień, a w przypadkach cięższych codziennie, gdyż wahania mogą być nieoczekiwane wielkie.

Tak np. u chorej S. P. Nr. 666 stwierdziliśmy w ciągu 3 dni podniesienie się z 37 mg % do 176 mg % przy równoczesnym pogorszeniu jej stanu; u chorej F. R. Nr. 1042 w ciągu 2 dni podniósł się poziom mocznika ze 146 mg % do 236 mg %.

(C. d. nastąpi).

## Bekanntmachungen

und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements  
 Hauptabteilung Innere Verwaltung  
 Abteilung Gesundheitswesen

K r a k a u, den 28. Oktober 1941.

### BEKANNTMACHUNG

Die Herren Ärzte werden hiermit aufgefordert, nach Möglichkeit statt *Morphium hydrochloricum* *Pantopon* bzw. *Opium concentratum* zu verordnen, soweit sich *Morphium* durch *Pantopon* bzw. durch *Opium concentratum* ersetzen lässt.

Im Auftrage:  
 Dr. Kleber

## Obwieszczenia

i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Rząd Generalnego Gubernatorstwa  
 Główny Wydział Spraw Wewnętrznych  
 Wydział Spraw Zdrowotnych

K r a k ó w, 28 października 1941.

### OBWIESZCZENIE

Niniejszym wzywa się P.P. Lekarzy do zapisywania zamiast *Morphium hydrochloricum* w miarę możliwości pantoponu względnie *Opium concentratum*, o ile morfinę da się zastąpić pantoponem względnie *Opium concentratum*.

w z. :  
 Dr. Kleber

## Ubezpieczalnia Społeczna w Ostrowcu Kieleckim

ogłasza

### KONKURS

na stanowisko lekarza domowego w Sandomierzu na 4 godziny pracy dziennie za wynagrodzeniem zasadniczym zł. 592.— plus dodatek gabinetowy w kwocie zł. 120.—, razem zł. 712.—.

Kandydaci na stanowisko lekarza domowego winni posiadać kwalifikacje, określone w art. 3 „Zasad Ogólnych w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni“, wydanych przez Kierownika Głównego Wydziału Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa z dnia 24. VI. 1941. Warunki pracy i płacy regulowane są pow. zasadami. Do podań na pow. stanowisko należy dołączyć nastę-

pujące dokumenty w oryginale lub w uwierzytelnionych odpisach:

1. metrykę urodzenia,
2. dyplom lekarski,
3. zaświadczenie rejestracyjne (dowód prawa odbywania praktyki lekarskiej),
4. świadectwo z odbytej praktyki szpitalnej i lekarskiej,
5. świadectwo zdrowia (urzędowe),
6. własnoręcznie napisany życiorys.

Podanie wraz z dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu Kieleckim w terminie do dnia 30 listopada 1941 r., godz. 12-ta.

w z. Lekarz Naczelny:  
 (—) Dr. med. Antoni Wasilewski

Dyrektor:  
 (—) Jan Pigulowski