

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

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

Rok XIV

WARSZAWA, 2 WRZEŚNIA 1937 R.

Nr. 33

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Znaczenie kliniczne badania płynu mózgowo-rdzeniowego na podstawie własnych metod i doświadczeń.

Podał

Prof. Dr. V. KAFKA (Hamburg).

Chciałbym, przede wszystkim, Szanowni Państwo, podziękować Wam jak najserdeczniej za uprzejme zaproszenie i cieszę się, że mogę podzielić się z Wami wiadomościami z dziedziny, do której rozwoju w ciągu wieloletniej pracy nieco się przyczyniłem.

Prawie w żadnej innej dziedzinie nie nastąpiły w ciągu niewielu lat tak gruntowne zmiany, prawie żadna inna dziedzina nie odzwierciadla w tak silnym stopniu wielkiego rozwoju rozmaitych gałęzi nauk przyrodniczych, jak właśnie badania płynu mózgowordzeniowego. Nie ma więc nic w tym dziwnego, iż lekarze-praktycy nie mogą w zupełności podążać za ich postępami i rozwojem, i dlatego dzisiejszy obraz tej dziedziny nie odpowiada postępowi badań.

Co rozumiemy pod nazwą badania płynu mózgowordzeniowego? Pytanie to może się Wam wydać zbędnym, lecz w rzeczywistości tak nie jest. Przede wszystkim z dwóch powodów. Pewne reminiscencje historyczne posiadają dziś jeszcze taką wagę, że wbrew postępowi badawczemu wielu lekarzy uporczywie trzyma się ich jeszcze, wskutek czego powstaje najzupełniej niezadawalający obraz stosunków płynu mózgowordzeniowego; z drugiej znowu strony pod badaniem płynu mózgowordzeniowego rozmaici lekarze rozumieją nieco różne rzeczy, co się odbija w szczególnie katastrofalny sposób na statystykach.

Wiemy, że w epoce wprowadzenia nakłucia lędźwiowego przez Quinckego mało się interesowano własnościami płynu mózgowordzeniowego, że trzeba było dopiero przełomowych prac Widala, Sicarda i Ravauta, a później szkoły Nonnego, aby wykazać, iż płyn mózgowordzeniowy nie tylko posiada własność przekształcania się w wysięk zapalny w ciężkich sprawach zakaźnych ośrodkowego układu nerwowego, lecz że stanowi on również płyn, który w niezwykłe czuły sposób odpowiada na bodźce chorobowe, jak to pierwsi wykazali autorzy francuscy na przykładzie kiły. Lecz, aby wykazać szczególne własności chorobowe płynu, niezbędne było, oczywiście, pewne *minimum* metod badawczych i wyników badań. Miała wówczas doniosłe znaczenie teza Nonnego co do

„czterech odczynów“, która domagała się wykonywania pewnego *minimum* odczynów i jednocześnie podawała odpowiednie metody. Osiągnięto w ten sposób to, że w wielu krajach pracowano w identyczny sposób i uzyskano materiał, nadający się dobrze do porównywania. Lecz duża siła sugestyjna hasła Nonnego nabierała z czasem wielkiej wady, iż przestano zwracać uwagę na postępy w dziedzinie badania płynu mózgowordzeniowego i posługiwano się coraz mniej wystarczającą metodyką. Wymienię tutaj tylko trzy czynniki późniejszych postępów w badaniu płynu mózgowordzeniowego: odczyny koloidowe, ilościowe określanie białka i cukru i jego produktów rozszczepienia. Aby nie nużyć Państwa, nie będę się wdawał w dalsze szczegóły, lecz podam, jakie wymagania musi się stawiać badaniu płynu mózgowordzeniowego. Nie popełnimy tutaj jednakże dawnego błędu, lecz będziemy świadomi tego, że mamy tutaj do czynienia tylko z pewnym *minimum* odczynów. Należy więc badać: liczbę komórek w 1 mm³, a w razie potrzeby również rodzaj komórek, następnie jakościowe i ilościowe stosunki białka, jeden lub dwa ze zwykle stosowanych odczynów koloidowych, odczyn Wassermanna oraz odczyny kłaczkujące, wreszcie zawartość cukru lub kwasu mlekowego.

Kilka słów tylko w sprawie metodyki. Aby nie wdawać się w szczegóły, będę się przy tym trzymał metod, wprowadzonych lub zmodyfikowanych przez nas samych. Dla określenia białka wprowadziłem wraz ze swymi współpracownikami pojęcie stosunków białkowych, które też uzyskało sobie prawo obywatelstwa w wielu krajach. Pod pojęciem stosunków białkowych rozumiem określanie zawartości całego białka, zawartości globulin i albumin. Określenie następuje w podziałkach, jednak przerachowanie na mgr % jest bardzo łatwe; dzieląc ilość globulin przez ilość albumin, otrzymujemy współczynnik białkowy, który uzyskał duże znaczenie rozpoznawcze, o czym się jeszcze przekonamy. W ten sposób, zresztą, można otrzymać również inne ważne współczynniki, lecz nie chciałbym się nadmiernie zagłębiać w te sprawy. Za pomocą nieznacznych zmian techniki można w ten sam sposób określać ilościowo inne rodzaje globulin, np. euglobuliny, które odgrywają, jak o tym niebawem usłyszymy, interesującą rolę w stwierdzaniu zmian w płynie mózgowordzeniowym w chorobach zakaźnych. Co się tyczy odczynów koloidalnych, chciałbym krótko wspomnieć

o zmodyfikowanym przeze mnie odczynie normomastik-sowym, którego wykonanie jest bardzo proste, a który daje wyniki, nie ustępujące odczynowi ze złotem koloidalnym. Należy mu również przyznać pierwszeństwo w porównaniu ze stosowanym na szeroką skalę w Polsce odczynem będzwinowym.

Doświadczony lekarz nie będzie się z pewnością ograniczał do tych metod. Chciałbym Państwu powiedzieć kilka słów o tak ważnych właśnie we współczesnym badaniu płynu mózgowordzeniowego określeniach stężenia i ciężaru właściwego płynu mózgowordzeniowego, metodach, które również zostały zmodyfikowane w mojej pracowni. Dalej wspomnieć należy o odczynie hemolizynowym, wprowadzonym przez Weila i mnie, odczynie, który dzisiaj jeszcze stanowi najważniejszą metodę określania przepuszczalności opon mózgowych. Na krótką wzmiankę zasługuje tutaj również, być może, odczyn parafinowy. Ta wprowadzona przeze mnie metoda zasługuje na uwagę jako prosta i tania namiastka odczynu normomastikowego. Chciałbym atoli raz jeszcze podkreślić, że w dalszych swych wywodach powrócę jeszcze tylko okolicznościowo do wyżej wymienionych metod, na ogół jednak opierać się będę na *minimum* odczynów, wspomnianych na początku.

Zanim przejdziemy do szczegółowego rozważania wyników badania płynu mózgowordzeniowego, musimy sobie zadać pytanie, czy możliwe jest ściśle odgraniczenie normalnego płynu od patologicznego. Trudy, poczynione w tym kierunku, zostały uwieńczone wynikami określania stosunków białkowych. A więc Demmemu i mnie udało się na podstawie bardzo dużego materiału, w którym określano stosunki białkowe płynu, ustalić ściśłą granicę górną dla wszystkich ciał białkowych. Z tego też punktu widzenia udało się poddać rewizji graniczne liczby dla komórek. Granicę tę stanowi $\frac{8}{3}$ w 1 mm³; jednakże liczb od $\frac{9}{3}$ do $\frac{15}{3}$ w 1 mm³ nie oceniam jeszcze jako bezwzględnie patologicznych, tylko jako nieprawidłowe. Co się tyczy odczynów koloidowych, odczyn normomastikowy daje możliwość ostrzejszego odgraniczenia normy od patologii niż odczyn ze złotem koloidalnym i tym bardziej, niż odczyn będzwinowy. W stosunku do innych odczynów (odczyn Wassermanna, oznaczanie cukru i t. p.) odgraniczenie nie było trudne. Lecz dzięki naszym nowym metodom, zwłaszcza oznaczaniu stosunków białkowych, powstała jeszcze bardzo ważna możliwość odgraniczania normalnego płynu mózgowordzeniowego od patologicznego ku dołowi, a więc powstało pojęcie, dotychczas nieznane w badaniu płynu mózgowordzeniowego: subnormalnego i oscylującego płynu. Subnormalny wynik badania płynu mózgowordzeniowego ujawnia nam jego rozcieńczenie, które posiada ważne znaczenie dla zagadnienia powstawania płynu mózgowordzeniowego; lecz i praktycznie zjawisko to nie jest bez znaczenia, gdyż występuje w pewnych stanach chorobowych, jak to zobaczymy w diapozytywie i o czym jeszcze usłyszymy. Również zjawisko płynu mózgowordzeniowego oscylującego, a więc wahającego się między zmniejszonymi a zwiększonymi liczbami, jest bardzo ciekawe. Stwierdza się je tylko w padaczce i schizofrenii.

Ważne dla celów praktycznych jest również wiedzieć, jak dalece daje się użytkować dla celów praktycznych krwawy płyn mózgowordzeniowy! Na podstawie obliczania czerwonych ciałek domieszek krwi do płynu ustanowił Samson schematy, z których można odczytać odnośne zmiany sto-

sunków białkowych i odczynu normomastikowego, tak że w wątpliwym przypadku można w każdej chwili stwierdzić, ile należy odliczyć na poczet domieszki krwi. Jest to bardzo ważne, gdyż w piśmiennictwie znajduje się wiele przypadków, w których jest nieprawidłowo interpretowana domieszka krwi. Czasami niepokoi nas pytanie, czy dla właściwego tłumaczenia wyników badania płynu mózgowordzeniowego nie jest bez znaczenia, z jakiej okolicy układu nerwowego pochodzi płyn. Różnice w rozmaitych wysokościach rdzeniowej przestrzeni podpajęczynówkowej odgrywają tylko teoretyczną rolę. Odnosnie do różnic między płynem mózgowordzeniowym, pochodzącym z rdzenia, okolicy podpotylicznej i komór, wiemy, że płyn komorowy wykazuje o wiele niższe wartości; dla celów więc praktycznych, poza szczególnymi przypadkami (guz mózgu), nie będziemy zeń korzystali. Natomiast różnice między płynem rdzeniowym i podpotylicznym są tak nieznaczne, że oba te płyny nadają się do celów praktycznych z tym zastrzeżeniem, iż wyniki badania płynu rdzeniowego bywają, poza szczególnymi zagadnieniami, przeważnie jaskrawsze. Ważne są t. zw. rozkojarzenia, o których dużo piszą autorzy francuscy i włoscy. Co prawda, jest jeszcze pytanie, czy warto odróżniać tak wiele rozkojarzeń; niepewna jest również jeszcze prawidłowość ich występowania. Dość duże znaczenie praktyczne, jak mi się wydaje, posiada opisane przez Froina i Nonnego zjawisko rozkojarzenia (brak zwiększenia liczby komórek przy zwiększonej zawartości białka w płynie mózgowordzeniowym), dalej podane przeze mnie rozkojarzenie globulinowo-koloidowe (zwiększenie zawartości globulin bez wyraźnej krzywej mastikowej) w guzach mózgu. W przeciwieństwie do tego stoi zjawisko, stwierdzane w przymiocie, a polegające na tym, że przy stosunkowo nieznacznym zwiększeniu zawartości globulin stwierdza się wybitne wychylenie na krzywej koloidowej. Zjawisko to występuje najwyraźniej w porażeniu postępującym. Można wyosobnić globuliny, i otrzymuje się wówczas przy tej samej ilości zupełnie odmienną krzywą koloidową, jak wykazują rysunki Samsona.

Wszystkie te punkty należy uwzględnić, jeżeli pragnie się praktycznie oceniać wyniki badania płynu mózgowordzeniowego. W jakim więc kierunku można to czynić?

Na pierwszym planie stoi, oczywiście, zagadnienie rozpoznawczego znaczenia badania płynu mózgowordzeniowego. O tym pisano najwięcej; jest obecnie oczywiste, że znaczenie rozpoznawcze jest bardzo duże, lecz, aby osiągnąć tutaj rzeczywiście coś dobrego, konieczne jest opanowanie tego zakresu i uwzględnianie przede wszystkim obrazu klinicznego. W tej dziedzinie nieprzestrzeganie powyższych zasad prowadzi do ciężkich błędów, które mogą metodę zdyskwalifikować. Przy dobrej jednak znajomości tej dziedziny i dostatecznym doświadczeniu osiąga się bardzo dużo. W części szczegółowej damy tego przykłady.

Jeszcze sporniejsza, niż sprawa rozpoznawczego znaczenia wyniku badania płynu mózgowordzeniowego, jest interpretacja rokowniczego i leczniczego jego znaczenia. Jednakże i tutaj również wykrystalizowały się pewne ważne punkty, których pomijanie stanowi wielki błąd. Wreszcie, już od kilku lat datuje się dążenie do wykrycia pochodzenia zmian płynu mózgowordzeniowego i zbadania ich czynności patologicznych, przede wszystkim zaś poznania ich podłoża anatomiczno-patologicznego. Ten dział badań nad płynem mózgowordzenio-

wym, który jest, być może, najważniejszy, nazwałem czynnościowo-genetycznym rozbiorem płynu (funktionell-genetische Liquoranalyse), będę mógł jednak ze względu na ograniczony czas przytoczyć Państwu tylko kilka nielicznych przykładów z tej dziedziny.

Obecnie przechodzę do podania Państwu pouczających przykładów z patologii, ilustrujących to, o czym mówiłem. I tutaj również muszę zwęzić znacznie granice mego wykładu, gdyż dziedzina ta jest ogromna, tak, że będę mógł Państwu przedstawić tylko pewne szczególnie ważne sprawy. Dzięki możliwości ostrego odgraniczenia normy jesteśmy w stanie uchwycić najdrobniejsze zmiany patologiczne. Jest to szczególnie ważne i ciekawe w dziedzinie kiły, gdzie posiadamy rozległe doświadczenie we wszystkich okresach tej choroby. Przez całą istotę procesu patologicznego kiły ciągną się tutaj, jak czerwona nić, zmiany płynu mózgowordzeniowego, jakościowe i ilościowe zmiany globulin. Widzimy to zarówno w kile wrodzonej, jak i nabytej, zarówno w kile utajonej, jak i jawnej. Zapewne, znajdujemy również czasami zwiększenie albumin. Nie mogę się tutaj zagłębiać w czynnościowo-genetyczną analizę tych zjawisk. Jeżeli istnieje schorzenie ośrodkowego układu nerwowego pochodzenia kiłowego, powstają znane zespoły płynu mózgowordzeniowego. Najbardziej charakterystyczne i uderzające cechy przymiotu posiada zespół płynu w porażeniu postępującym. Obok znanych już Państwu objawów: zwiększenie liczby komórek typu limfocytarnego średniego stopnia, wybitnie dodatni odczyn Wassermann'a przy 0,2 cm³, typowa krzywa odczynów koloidowych, normalna zawartość cukru, badanie stosunków białkowych dało tutaj wyniki, posiadające nader doniosłe znaczenie. Ogólna ilość białka jest zwiększona; zwiększenie to zależy jednak głównie od zwiększenia ilości globulin, tak, że współczynnik białkowy staje się większy od 1,0 i 2,0; ilość albumin jest przy tym zmniejszona, może ich nawet zupełnie nie być w płynie mózgowordzeniowym, zjawisko, z którym się spotykamy jedynie w porażeniu, a które potwierdzili wszyscy autorzy, którzy poddali sprawdzeniu moje badania. Globulina ta wykazuje przy tym jako oznakę swej zmiany jakościowej najwyższy współczynnik hydratacyjny i największą siłę strącania, jakieśmy już widzieli i słyszeli. Z faktów tych wynikają nowe możliwości różniczkowo-rozpoznawcze w zakresie grupy schorzeń kiłowych ośrodkowego układu nerwowego. Wiadomo, że rdenia wykazuje wprawdzie podobne, lecz znacznie słabiej wyrażone stosunki; kiła mózgu natomiast wykazuje w świeżym okresie wprawdzie również zwiększoną ogólną zawartość białka, lecz ilość albumin przewyższa tutaj znacznie ilość globulin, tak, że współczynnik białkowy jest stosunkowo niski. Nie jest tutaj miejsce do zastanawiania się, w jakim stopniu jest możliwa dalsza rozbudowa różniczkowania w zakresie grupy „*lues cerebri*”. Bardzo wielkie natomiast znaczenie rokownicze posiadają właśnie w porażeniu postępującym badania nad zachowaniem się wyników rozbioru płynu mózgowordzeniowego. Gdyby nieznane było jeszcze leczenie zimnicą, można by bez wahania przyznać temu tak charakterystycznemu wynikowi badania płynu znacznie rokownicze, gdyż dawniej pewne rozpoznanie porażenia postępującego było równoznaczne z wyrokiem śmierci, lecz stosowane obecnie powszechnie leczenie zimnicą wykazało szczególnie dobitnie rokownicze i lecznicze znaczenie wyników badania płynu mózgowordzeniowego. Wprawdzie poglądy na tę sprawę nie są

jeszcze całkowicie wyjaśnione, lecz nie ulega najmniejszej wątpliwości; iż niezmiennie się pod wpływem leczenia wynik badania płynu mózgowordzeniowego daje bardzo złe rokowanie. O wiele trudniej ocenić poprawę wyników badania płynu, gdyż prędzej, czy później następują znowu pogorszenia, manifestujące się również klinicznie. Ażeby uniknąć tutaj błędów, konieczny jest bardzo dokładny rozbiór płynu, szczególnie z zastosowaniem nowych metod, oraz duże doświadczenie w interpretacji jego wyników. Ciekawe zmiany wykazują właśnie stosunki białkowe. Występują mianowicie również w tym kierunku zmiany w stosunkach białkowych, przypominające kiłę mózgu, zwłaszcza w pomyślnie przebiegających przypadkach (spadek współczynnika białkowego wskutek zmniejszenia się ilości globulin i zwiększenia ilości albumin). Znaczenie rokownicze wyników badania płynu mózgowordzeniowego dla patologii kiły w ogóle, a zwłaszcza jej późnych okresów, jest dobrze znane. Osiągnięte tutaj wyniki uda się niewątpliwie jeszcze poprawić, jeżeli będzie się wszędzie posługiwało nowymi dokładnymi metodami.

Jeżeli kiła jest chorobą, która, należąc do przewlekłych zakażeń, wpływa w swym całym przebiegu na stan płynu mózgowordzeniowego, to w ostrych zakażeniach, atakujących opony mózgowe, stwierdzamy bardzo duże zmiany płynu mózgowordzeniowego. Właśnie do tej dziedziny wniosły nowe metody wiele nowego. Znamy ogromne zwiększenie liczby komórek płynu mózgowordzeniowego w zapaleniach opon mózgowych, ich własności limfocytarne lub leukocytarne, wyniki badań bakteriologicznych, które bardzo często, aczkolwiek nie zawsze wyjaśniają pochodzenie choroby, prawostronną krzywą odczynów koloidowych, obniżenie poziomu cukru w płynie i wreszcie ciekawe stosunki białkowe, które przy bardzo dużej zawartości białka wykazują przewagę albumin nad globulinami, wskutek czego współczynnik białkowy jest bardzo niski. Zawartość euglobulin jest tutaj prawie tak duża, jak w porażeniu postępującym, lecz stosunek euglobulin do globulin jest niższy.

Chciałbym Państwu powiedzieć jeszcze o trzech bardzo ważnych praktycznie sprawach: po pierwsze, za pomocą odczynów koloidowych i wyników badania stosunków białkowych można różniczkować między rozmaitymi postaciami zapalenia opon mózgowych; dotyczy to szczególnie gruźliczego zapalenia opon. Po drugie, ze zmian krzywej mastiksowej (zmiana na lewostronną) i odwrócenia stosunków białkowych można wyciągać wnioski rokownicze co do przebiegu zapalenia opon mózgowych, jak to wykazali Goebel i Samson. Po trzecie, można również wykryć przejście odruchowego zapalenia opon mózgowych w ropne, jak tego dowiódł Demme, dzięki nagłemu zwiększeniu się ilości globulin i podniesieniu się wskutek tego współczynnika białkowego.

Są to bardzo ważne sprawy z punktu widzenia praktycznego. Jakże istnieją jednak możliwości rozszerzenia tej dziedziny, dowodzą nowsze badania z zakresu ostrych chorób zakaźnych. Pierwsze badania przeprowadził mój współpracownik Samson. Znalazł on, że w chorobach zakaźnych wieku dziecięcego otrzymuje się rozmaite wyniki badania płynu mózgowordzeniowego w zależności od tego, czy towarzyszy im podrażnienie opon mózgowych (*meningismus*), czy nie, czy mózg został wciągnięty w sprawę chorobową, czy też nie. Otrzymuje się tutaj bardzo ciekawe wyniki, gdyż

zjawiska subnormalne występują obok patologicznych. Z drugiej znowu strony U j s a g h y, opierając się na mych badaniach nad euglobulinami, stwierdził za pomocą innej metody, że w chorobach zakaźnych wieku dziecięcego można rozpoznać, ba, nawet przepowiedzieć szczególnie toksyczne przypadki i powikłania na podstawie zwiększenia się ogólnej ilości białka, a przede wszystkim występowania frakcji euglobulinowej i fibrynoglobulinowej.

Zupełnie inaczej, niż w chorobach zakaźnych, przedstawia się t. zw. p ł y n z a p o r o w y (Sperrli-
quor). Pod tym pojęciem rozumiemy przeszkodę w komunikowaniu się płynu w zakresie przestrzeni, w której się normalnie znajduje, zwłaszcza płynu, powstającego w rdzeniu. Bywa on przeważnie zabarwiony barwnikami, pochodzącymi ze krwi, często samoistnie krzepnie; ogólna zawartość białka jest znacznie zwiększona, współczynnik białkowy jest przy tym niski, podobnie jak w zapaleniach opon mózgowych, od których jednak płyn ten bardzo wyraźnie się różni brakiem zwiększenia liczby komórek, podczas gdy krzywa mastiksowa jest znowu bardzo podobna do krzywej w zapaleniu opon. Zmiany te stwierdza się najczęściej w guzach rdzenia kręgowego, jeżeli przyczynę przeszkody w komunikowaniu się płynu stanowi zapalenie opon, powstają mieszane obrazy płynu.

Za naśder współczesny i szczególnie ciekawy rozdział uważać należy zmiany płynu mózgowordzeniowego w schizofrenii. Znajduje się tutaj lekkie zwiększenie zawartości białka, zależne od zwiększenia zawartości globulin lub albumin, nieznacznie tylko za-

zwyczaj zmieniony współczynnik białkowy i małe wychylenie krzywej koloidowej; lecz obrazy te mogą występować na przemian z subnormalnymi, tak, że powstają wahające się wyniki badania płynu mózgowordzeniowego.

Z przytoczonych przykładów mogą Państwo wywnioskować, jak ważną dziedzinę stanowi rozpoznawanie na podstawie badania płynu mózgowordzeniowego. Widzą też Państwo, że już samo zestawienie wielu wyżej podanych wyników praktycznych daje obfity materiał dla wniosków czynnościowo-genetycznych. Podkreślałem to w rozmaitych swych pracach i tutaj też mogę tylko odesłać do nich Państwa, gdyż wobec złożonego charakteru tych zagadnień musiałbym wygłosić nowy odczyt. Mogę też tylko szkicowo podnieść, że w intensywnie dla celów praktycznych prowadzonym badaniu płynu mózgowordzeniowego kryje się długi szereg nici, prowadzących do teoretycznego badania płynu, zwłaszcza w stosunku do spornej dziedziny dociekań nad powstawaniem i czynnością płynu mózgowordzeniowego, a szczególnie do aktualnego zagadnienia przepuszczalności opon.

Mam nadzieję, iż w wywodach swych wykazałem Państwu, że dokładne, odpowiadające obecnemu stanowi nauki badanie płynu mózgowordzeniowego już dzisiaj przynosi owoce, które będą posiadały coraz większe znaczenie dla wszystkich gałęzi medycyny, a które będą niewątpliwie szczególnie ciekawe również dla jej ściślejszego działu — medycyny społecznej, zwłaszcza w swych następstwach i wnioskach.

Z maszynopisu niemieckiego przełożył H. J. L a n d a u.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem
w Warszawie.

(Ordynator: Dr. B. J o c h w e d s)

oraz

ze schroniska Towarzystwa „Dom Starców“

(Lek. Naczelný: Dr. M. B i r o).

Niektóre objawy prodromalne chorób infekcyjnych u osób starszych. *)

Podali

B. JOCHWEDS i Z. GRYNBERG (Warszawa).

W związku z ostatnią epidemią grypy pozwoliliśmy sobie zwrócić uwagę na pewne objawy, zwiastujące choroby infekcyjne w wieku podeszłym. Materiał, obserwowany przez nas, dotyczy przypadków, spostrzeganych w oddziale, w schronisku T-wa „Dom Starców“ oraz w praktyce prywatnej.

H. S c h l e s i n g e r w swoim obszernym dziele o chorobach wieku podeszłego podaje, że zapalenie płuc u starców rozpoczyna się często ostrą nieświadomością serca i obrzękiem płuc. Podkreśla on, że zaburzenia w zakresie układu krążenia bywają nieraz pierwszym objawem choroby infekcyjnej, a niekiedy napad dusznicowy bolesnej markuje początek grypy. Nagle powstałe niedomagania sercowe u ludzi starych winny zawsze skierować myśl lekarza na możliwość istnienia infekcji grypowej lub innej. Podobne uwagi wypowiada również R u h e m a n n w artykule „Grippe und Herz“ Brln. Klin. Wchn. z roku 1910.

*) w/g odczytu wygłoszonego w Zrz. Lek. Rzpl. Polskiej.

W obserwowanych przez nas przypadkach spostrzegaliśmy objawy zapowiadające się, względnie rozpoczynające się choroby gorączkowej najczęściej w zakresie układu krążenia. W jednym tylko przypadku zwiastunoty dotyczyły układu oddechowego. Jady, krążące w ustroju już w okresie wylęgania choroby, zanim jeszcze zamani-
festuje się podwyższona ciepłota, uszkadzają odpowiedni narząd. Najwcześniej objawy zwiastunne występowały na 60 godzin przed wybuchem infekcji, najpóźniej wraz ze zjawieniem się podwyższonej ciepłoty, przeważnie jednak na 24 godziny przed wystąpieniem objawów właściwej choroby.

Dla przykładu podajemy kilka przypadków:

1) Chora lat 79 ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego, bez objawów niedomogi, dnia 3.2.1937 r. skarży się na silne kołatanie serca, które wystąpiło bez jakiegokolwiek powodu. Zazwyczaj tętno 78', obecnie 132', ciepłota prawidłowa. Następnego dnia ciepłota 38,7°, objawy grypy, powikłanej w późniejszym przebiegu odoskrzelowym zapaleniem płuc. Podkreślamy, że wraz z wystąpieniem gorączki tętno zwolniło się do 102'.

2) U 60-letniej kobiety z nadciśnieniem samoistnym i znacznym przerostem odśrodkowym serca występuje nagle, bez wszelkiej widocznej przyczyny, bardzo ciężkie osłabienie ogólne i kołatanie serca; tętno 120' (poprzednio 72') R. R. 150/100 (poprzednio 250/120). Stan ten trwa przez kilka dni. Dopiero w końcu drugiej doby zjawia się gorączka, tętno zwalnia się do 90 na minutę.

3 i 4) U dwóch innych kobiet, w wieku lat 55 i 65, podobny zespół objawów, tylko połączony z dusznością i sinicą, wystąpił na 1 1/2 dnia przed grypowym zapaleniem płuc; poprawa nastąpiła po wstrzyknięciach dożylnych digipuratu.

5) U 65-letniego mężczyzny, również z nadciśnieniem i przerostem serca, występuje, jako zwiastun ropnego zapalenia miedniczek nerkowych, nadzwyczajnie ciężki napad częstoskurczu z tętnem do 150 na minutę (nieregularne, skupione skurcze dodatkowe). Napad ten trwał przez szereg dni i był bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego.

6) Chora lat 76. Dn. 1.II.37 w południe nagłe omdlenie z utratą przytomności. Tętno 78, zazwyczaj 60—66', parcie krwi maksymalne, mierzone bezpośrednio po omdleniu, — 75, zazwyczaj 150'. Tegoż dnia wieczorem napady dychawicy sercowej i rozpoczynającego się obrzęku płuc. Zalecono mierzenie ciepłoty co kilka godzin, i dopiero 27 godzin po omdleniu wystąpiły dreszcze, ciepłota 38,7°, objawy grypy i rozpoczynającego się odoskrzelowego zapalenia płuc. Tętno na obwodzie 60—66', na koniuszku 126', całkowicie niemiarrowe, R. R. 135/70. W ciągu doby chora otrzymała 0,3 digipuratu do wewnątrz. Dnia 3.II.37. o godz. 23 zejście śmiertelne. Możliwe, że niemiarrowość zależała od nieregularnej skupionej ekstrasystolii komorowej, która na skutek podawania naparstnicy przeszła następnie w migotanie komór.

7) Kobieta lat 85. 21.I.37 napad *asthma cardiale* połączony z obrzękiem płuc, równocześnie mierzona ciepłota — 38,5°. Następnego dnia objawy odoskrzelowego zapalenia płuc.

W tym miejscu należy podkreślić, że często bardzo gorączka i objawy nieżytowe ze strony płuc występują w 12—24 godzin po przebiegu ostrego obrzęku płuc. W tych przypadkach należy uważać odczyn zapalny raczej za nawarstwienie wtórne. W każdym razie nie można z całą pewnością udowodnić, że niedomoga serca jest tu objawem zwiastunym, a nie samoistnym. W przeciwstawieniu do tego rodzaju przypadków w naszym — gorączka wystąpiła jednocześnie z objawami niedomogi lewej komory, wobec czego należy uważać, że sprawa gorączkowa nie była tu nawarstwieniem, lecz raczej przyczyną wywołującą.

8) Wreszcie ostatni przypadek dotyczy chorej l. 73 z przewlekłym spastycznym nieżytem oskrzeli. Pacjentka ta obserwowana jest przez jednego z nas od kilku lat; w tym czasie przechodziła czterokrotnie odoskrzelowe zapalenie płuc. Za każdym razem na 2—3 dni przed objawami nieżyto-płucnymi występuje ciężki napad kurczowo-oskrzelowy, który zwalczać trzeba wstrzykiwaniami astmolicyny, podczas gdy zazwyczaj ulgę chorej przynoszą już środki podawane doustnie.

Występowanie zaburzeń w układzie krążenia, jako objawów prodromalnych infekcji, względnie objawów, markujących jej początek — jest zjawiskiem bar-

dzo częstym, napewno wielokrotnie obserwowanym przez każdego lekarza-praktyka. Jakość występujących zaburzeń w układzie krążenia bywa różna. Niekiedy jedyną dolegliwością jest częstoskurcz rozmaitego typu. Najciężej pod względem rokowniczym przedstawiają się przypadki, przebiegające z częstoskurczem niemiarrowym, zależnym nie od migotania przedsionków, lecz od skupionej nieregularnej ekstrasystolii. Odróżnienie tych dwóch rodzajów niemiarrowości całkowitej bez pomocy elektrokardiogramu jest rzeczą niemożliwą, jednak na korzyść niemiarrowości ES-icznej przemawia w przytoczonym przez nas przypadku 6-ym pogorszenie po podaniu naparstnicy (por. Wenckebach i Winterberg: *Unregelmässige Herztätigkeit* 1927 r. str. 262—264 i B. Jochweds: *O leczeniu farmakologicznym niedomogi serca* 1932 r. str. 18).

Do drugiej grupy należałoby zaliczyć przypadki, w których jedynym objawem jest gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego krwi, pozostający aż do chwili wystąpienia gorączki zupełnie niewytłumaczony i zagadkowy. Toteż w każdym podobnym przypadku należy zalecić mierzenie ciepłoty. Przyczyną spadku ciśnienia jest tu prawdopodobnie porażenie toksyczne krążenia obwodowego.

Trzecią grupę stanowiłyby przypadki, w których prodromalnym, względnie pierwszym objawem infekcji jest ostra niedomoga lewej komory z dychawicą sercową i obrzękiem płuc.

W grupie czwartej początek infekcji markuje napad dławicy piersiowej (*angina pectoris*) (por. Ruhemann p. wyżej).

Poza tym, jako pierwszy i przez pewien czas jedyny objaw infekcji, zwłaszcza grypowej, występują nieraz tak zwane stany bronchospastyczne, jak w przyp. 8-ym (p. również: A. Landau i B. Jochweds: *O wtórnych stanach bronchospastycznych*. W. Czas. Lek. 1929 r.).

Na zakończenie dodamy, że wszystkie wyżej wymienione objawy obserwuje się niekiedy również u osób młodych, jednak bez porównania rzadziej, aniżeli u starców, co jest zupełnie zrozumiałe ze względu na stan narządu krążenia i oddechowego w wieku podeszłym.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w walce ustroju z chorobami zakaźnymi.

Podał

A. DAWIDSON (Warszawa).

Medycyna nowoczesna usiłuje wyjaśnić sobie cały szereg zawiłych procesów fizjo- i patologicznych przy pomocy układu siateczkowo-śródbłonkowego (u. s.-ś.), przypisując mu w tych procesach rolę narządu wykonawczego, nadzorczego lub też pośredniczącego. Mimo woli nasuwają się wątpliwości, czy tak jest istotnie, czy pod wpływem przesadnego entuzjazmu nie wyolbrzymiono znaczenia tego układu. Ale przyznać trzeba, że co do niektórych czynności u. s.-ś. nie ma żadnych wątpliwości. Jednym z doniosłych zadań u. s.-ś., w ogólnej zasadzie przez nikogo nie kwestionowanym, jest jego rola obronna w walce z zakażeniami. Jak wiemy, cechą

znamienną u. s.-ś. jest zdolność do fagocytozy w szerszym tego słowa znaczeniu, t. j. zdolność do wychwytywania z krwiobiegu ciał obcych, czy to wprowadzonych sztucznie dla celów leczniczych (ciała koloidalne, barwniki), czy też tych, które wtargnęły przypadkowo (drobnoustroje). Ten fakt świadczy o tym, że u. s.-ś. w walce z drobnoustrojami musi odgrywać rolę biologiczną. Fagocytoza, jako środek obronny organizmu, znana już jest oddawna, ale fagocytoza u. s.-ś. w rozmiarach i znaczeniu przewyższa fagocytozę, obserwowaną dawniej wyłącznie w białych ciałkach krwi. U. s.-ś. stanowi pierwszą tamę dla drobnoustrojów, które wtargnęły do krwi. Niedługo po zastrzyknięciu doż. mało zjadliwych zarazków można je znaleźć w dużej liczbie w naczyniach włosowatych wątroby, przy tym prawie wyłącznie wewnątrz komórek gwiaździstych Kupfer-Browicza, w równej mierze również

w kom. siateczki śledziony i w śródbłonkach szpiku. Jeśli zakażenie będzie rozleglejsze i zjadliwość zarazków większa, wówczas dalsze odcinki u. s.-ś. wychodzą ze swej rezerwy i stają do walki z rozmnażającym się wrogiem. Jeśli zarazki dostaną się do ustroju, którego u. s.-ś. jest nienaruszony, wydolny pod względem czynnościowym, to przeważna część wchłoniętych przez ten układ bakterii ginie. Mechanizm tego procesu obronnego sprowadza się do czynności trawiennej komórki mezenchymalnej: zaczynają komórki niszczyć zarazki, zawartość ich rozkładają na mniej szkodliwe składniki, które, jako substancje o własnościach antygeny, przedostają się do krwi i cieczy tkankowych, uczulają organizm, czyli wywołują alergię. Jeżeli zaś drobnoustroje wtargną do organizmu, którego u. s.-ś. jest uszkodzony, czynnościowo niewydolny, wówczas fagocytoza jest nieznaczna, trawienie komórkowe niepełne, substancje trujące tej niedostatecznej śródkomórkowej przemiany materii przedostają się do cieczy tkankowych i między innymi unieczynnijają dalsze odcinki u. s.-ś. Zarazki, które nie zostały sfagocytowane, jak również i te, których nie dosięgło trawienie komórkowe, i które przedostały się z powrotem do krwi, mogą bez przeszkody rozmnażać się i wywołać ogólne zakażenie. Na skutek uczulenia organizmu przez substancje, pochodzące z trawienia komórki u. s.-ś., ponowne zastrzyknięcie zarazka powoduje odczyn żywszy, i reakcja rozprzestrzeniania się na części u. s.-ś., które do takiej czynności obronnej w warunkach zwykłych wykazują mniejsze przygotowanie. W związku z tym może się nieraz zaznaczyć tendencja do przejściowego wyczerpania całego u. s.-ś. i do występowania stanów wstrząsowych. A zatem fagocytoza, która jest początkowo zjawiskiem nieswoistym, może się stać swoistą. Np. przy pierwszym wprowadzeniu śwince morskiej krwinek kurzych największe nasilenie fagocytozy uwidatnia się dopiero po 4 godzinach, a resztki krwinek kurzych widoczne są jeszcze po 20 godz. Tymczasem u świnki, poprzednio uodpornionej krwinkami kury, wybitna fagocytoza krwinek występuje w 3 min. po powtórny zastrzyknięciu i tu w fagocytozie w związku z groźącym niebezpieczeństwem wybitny udział bierze śródbłonek naczyń płucnych.

Z badań Domagka i Neubaura wynika, że na ogół najżywiej reaguje śledziona, co klinicznie zaznacza się jej obrzmieniem. Tłumaczy się to bardzo bliskim związkiem, jaki istnieje między śledzioną a krwią, która w zatokach żylnych śledziony zwalnia swój bieg, co sprzyja dłuższemu stykaniu się komórek u. s.-ś. ze znajdującymi się w niej drobnoustrojami i jadami. W zakażeniach paciorkowcami drugie miejsce po śledzionie zajmuje wątroba, która w stosunku do śledziony jest jakby narządem wyrównawczym. Wiemy przecież, że po wycięciu śledziony u. s.-ś. wątroby przejmuje niektóre czynności śledziony, jak np. niszczenie krwinek czerwonych. Jeżeli więc w zakażeniu najwyższy udział zaznaczył się w u. s.-ś. wątroby, dowodzi to, że śledziona była niewydolna.

O tym, że przebieg zakażenia zależy od wydolności u. s.-ś., przekonać nas mogą liczne prace doświadczalne. Jedne robione były z wyłączeniem lub częściowym porażeniem u. s.-ś., i te, jak należało oczekiwać, wykazały gorszy przebieg zakażenia. Np. Jungblut zakażał myszy dudem powrotnym w 1—2 dni po blokady tuszem lub w 4—5 dni po usunięciu śledziony. Przebieg zakażenia był burzliwszy, niż u zwierząt normalnych, a śmiertelność przy pierwszym zakażeniu do-

chodziła do 100%. Kritschewski i Rubinsztajn zakażali białe myszy prątkami Duttona: wycięcie śledziony przed zakażeniem dało śmiertelność 82%, wycięcie śledziony i blokada pozostałego u. s.-ś. — 92%, tylko blokada przy zachowanej śledzionie — 46%. Świnki i króliki, które znosiły zupełnie bezkarnie zakażenie niezjadliwym szczepem dżumy, ginęły, jeżeli poprzednio zastrzyknięto błękit trypanu; wyhodowane z nich drobnoustroje wykazywały wzmoczoną zjadliwość.

Ci i inni badacze przeprowadzali również doświadczenia z podrażnieniem u. s.-ś. Opierając się na zasadzie ogólnobiologicznej, z góry należy oczekiwać, że stan podrażnienia u. s.-ś., w przeciwieństwie do porażenia, musi pociągnąć za sobą wzmocnienie czynności obronnych ustroju. Tak istotnie jest: fagocytoza odbywa się energiczniej, bakterie szybciej opuszczają krew, wzmagają się własności bakteriobójcze u. s.-ś., wzmagają się produkcja przeciwciał. Podrażnienie czynnościowe u. s.-ś. może być wywołane przez rozmaite czynniki. Louros i Scheyer poświęcili cały szereg prac rozwiązaniu zagadnienia zakażeń paciorkowcowych. Między innymi stwierdzili oni, że tak zapobiegawcze, jak i lecznicze stosowanie preparatów białkowych celem podrażnienia u. s.-ś., powoduje bądź utrzymanie przy życiu myszy, zakażonych śmiertelną dawką paciorkowców, bądź też, w porównaniu z myszami kontrolnymi, jest w stanie znacznie przedłużyć życie. U zwierząt, nie leczonych białkiem, stwierdzono w wątrobie ciężkie zmiany martwicze, u leczonych zaś bujanie komórek u. s.-ś. Nawiasem mówiąc, autorom tym, pomimo zużycia 15 tys. myszy, nie udało się rozwiązać zagadnienia oddziaływania terapeutycznego drogą u. s.-ś. na zakażenie paciorkowcowe u człowieka.

Medycyna doświadczalna dała nam również dowody, że rola u. s.-ś. w walce ustroju z zakażeniem nie ogranicza się tylko do fagocytozy: u. s.-ś. jest również źródłem produkcji przeciwciał. Przeciwciała powstają w śledzionie, grucz. chł., szpiku, w mniejszym stopniu w innych narządach. Liczni autorzy ustalili znaczne zmniejszenie przeciwciał po usunięciu śledziony lub po blokady u. s.-ś. Np. usunięcie śledziony i jednoczesna blokada żelazem pozostałej części u. s.-ś. powoduje brak swoistych hemolizyn i hemaglutynin u myszy po wprowadzeniu ciałek czerw. baranich lub zarazka duru. U zwierząt, blokowanych karminem, zmniejszyła się produkcja aglutynin. Usunięcie śledziony lub uszkodzenie narządu limfat. królika, naświatlonych prom. R., sprowadzało zanik precypityn. Świnki, blokowane tuszem i uodporniane czynnie przeciw błonicy, nie wytwarzały przeciwciał przeciwbłoniczych. Nie należy przemilczeć faktu, że niektórzy badacze w swych doświadczeniach z blokadą u. s.-ś. nie tylko nie stwierdzali wyłączenia czynnościowego u. s.-ś., lecz wręcz odwrotnie, wzmocnienie czynności. Np. Rzentalski stwierdzał na królikach po blokady wzmocnienie hemolizyn, Stander nath — w tych samych warunkach — wzmocnienie precypityn. Niezgodność tę należy sobie tłumaczyć tym, że autorom tym nie udało się osiągnąć blokady, że w tych doświadczeniach mieliśmy do czynienia z podrażnieniem u. s.-ś. a nie z porażeniem.

Na wzmiankę zasługuje jeszcze współudział u. s.-ś. w wytwarzaniu przeciwciał przeciwko trypanozomom. Jak wiadomo, surowica ludzka i wyższych małp posiada własności trypanobójcze w ustroju zakażonego zwierzęcia, nie zaś *in vitro*. Po usunięciu u zakażonego zwierzęcia śledziony i jednoczesnej blokady u. s.-ś. żelazem surowica ludzka traciła zupełnie tę zdolność.

Prawdopodobnie surowica ludzka podlega przeróbce w u. s.-ś. zakażonego zwierzęcia, i od stanu czynnościowego tego układu zależy wynik leczniczy surowicy.

W związku z czynnością odpornościową u. s.-ś. na szczególne omówienie zasługuje rola tego układu we wstrząsie anafilaktycznym. Można uważać za fakt ustalony, iż blokada u. s.-ś. zwierzęcia, uczulonego przed powtórным wprowadzeniem swoistego antygeny, zapobiega wstrząsowi albo łagodzi jego przejawy. Również surowica zwierząt, blokowanych tuszem, posiada własności ochronne przeciw wstrząsowi dla innego zwierzęcia. Ponieważ stan antyanafilaktyczny może być przeniesiony na inne zwierzę, surowica zwierząt blokowanych musi zawierać pewien pierwiastek, zabezpieczający przed wstrząsem. Ciało to nazwano retikulina, i ma ono być wydzieliną u. s.-ś. o charakterze hormonu. Światło na zachowanie się u. s.-ś. w czasie wstrząsu rzucają badania Sirotnina. Gdy u psów prawidłowych zostaje zatrzymane przez u. s.-ś. 69—94% wprowadzonej do krwi czerwieni kongo, na szczycie wstrząsu anafilaktycznego zmagazynowaniu ulega tylko 6—17%. Wynikałoby stąd, że we wstrząsie anafilaktycznym zachodzi swoista blokada u. s.-ś. W takim razie zwykła blokada zapobiegałaby swoistej blokady wstrząsowej. Jeżeli odczulenie bierne zależy od retikuliny, to w uodpornieniu czynnym poblokadowym retikulina również bierze udział. Ale trudno pogodzić stan blokady czyli porażenie czynności u. s.-ś. ze zdolnością wytwarzania w tym okresie retikuliny. Ponieważ surowica królika wykazuje po jednorazowym wstrzyknięciu tuszu wybitne własności ochronne, utrzymujące się w ciągu 2—3 tygodni, należałoby przyjąć, że tusz stanowi w tym przypadku bodziec dla u. s.-ś. Możliwe, że założenie tej hipotezy jest niesłuszne, że właśnie proces antywstrząsowy polega na blokady. Jak wiemy, źródłem wstrząsu anafilaktycznego jest reakcja przeciwciała na antygen. Przeciwciała powstają w śródbłonkach drobnych naczyń, tu częściowo zostają związane i tu ma się odbyć reakcja antygen — antyciało. Zabłokowanie u. s.-ś. uniemożliwia odbycie się tej reakcji. Przeciwciała, krążące we krwi, nie są zdolne do odczynu, gdyż, jak twierdzi Doerr, reakcja alergiczna jest zjawiskiem komórkowym.

Identyczne zjawisko występuje w nadwrażliwości miejscowej. U królika, uczulonego surowicą końską, w razie powtórnego zastrzyknięcia tej surowicy do stawu kolanowego występują ciężkie objawy zapalenia hiperergicznego: wypełnienie jamy stawowej gęstą masą śluzową, wylewy krwawe i obrzęk. Objawy te nie występują wcale albo znacznie słabiej, jeżeli przed zastrzyknięciem wyzwalającym podać dożylnie błękit trypanu. Ciekawe, że blokada, poprzedzająca uczulenie zwierzęcia, nie zapobiega wstrząsowi.

Omawiając rolę obronną u. s.-ś., należy wspomnieć o monocytach krwi, które, wg. trialistycznej teorii genezy białych ciałek, są pochodne u. s.-ś. Wprawdzie Naegeli stoi na nieprzejednanym stanowisku, że monocyty są pochodzenia myeloblastycznego, ale dużo przemawia za słusznością teorii trialistycznej. Monocyty powstają z u. s.-ś. w okresie wzmoczonej jego czynności. Morfologicznym wyrazem tej wzmoczonej czynności jest cały szereg przejawów: wakuolizacja, pęcznienie i rozrost komórek, wpuklanie się komórek do światła naczyń, odrywanie się niektórych komórek od podłoża i przechodzenie do krwi w postaci przeobrażonej, jako komórki o jednym jądrze, zdradzające zdolności do fagocytozy. Zwiększenie lub zmniejszenie od-

setka monocytów we krwi jest wyrazem przesunięcia równowagi w napięciu czynnościowym u. s.-ś. Schilling uważa wzmoczoną liczbę monocytów we krwi za przejaw pobudzonej wyrównawczej czynności u. s.-ś. celem opanowania zakażenia. Np. usunięcie śledziony oddziaływa na inne części u. s.-ś. jako bodziec do wytwarzania monocytów, widocznie celem wyrównania utraty tego narządu. Jako główne źródła dostawy monocytów uważa się śródbłonki siateczki w zatokach grucz. chl., zatok żylnych śledziony i nac. włosow. w wątrobie i szpiku, poza tym histiocyty tk. łącznej.

Autorzy francuscy podkreślają, że źródła wzmoczonej produkcji monocytów zmieniają się w zależności od istoty zakażenia i jego umiejscowienia się w ustroju. Rozróżniają oni monocytozy pochodzenia siateczkowego i śródbłonkowego. Do typu I-go zaliczają dur brzuszny, ospę, płonicę, odrę, ospę wietrzną, różyczkę, krztusiec, świnkę, malarię, t. j. wszelkie choroby zakaźne, w których bądź to skóra, bądź też grucz. chl. i śledziona czynnie uczestniczą w zwalczaniu zarazki. Do typu II-go zaliczają monocytozy w przebiegu zapaleń wsierdza, posocznicy, duru plamistego. Odrębne miejsce zajmują w grupie zakażeń, przebiegających z dużą monocytozą, angina monocytarna i agranulocytoza. Właściwa przyczyna monocytozy tych chorób tkwi nie tylko w wyrównawczym pobudzeniu u. s.-ś., lecz również w przejściowym, jak w anginie monocytarnej, lub stałym, jak w agranulocytozie, upośledzeniu układu leukoblastycznego. Rola monocytów nie różni się od roli tkanki macierzystej u. s.-ś., t. j. przyczynia się do wychwytywania i unieszkodliwiania zarazków, krążących we krwi. Schilling, zestawiając rolę obronną leukocytów i monocytów, powiada, że chemotaktyczne podrażnienie przez zarazki powoduje przyływ do miejsc zagrożonych przede wszystkim komórek obojętnochołnych celem stoczenia pierwszej walki (I faza Schillinga), monocyty zaś, jako wolniej działające, lecz bardziej wykwalfikowane środki obronne, przybywają wraz z humoralnymi czynnikami w postaci przeciwciał na pomoc celem zlikwidowania walki (II faza Schillinga). Dlatego też zjawienie się większej liczby monocytów świadczy o wzmagającej się odporności organizmu. Monocytoza, jaką obserwujemy w zapaleniach wsierdza, ma, prawdopodobnie, odrębną patogenezę i inne znaczenie, i o niej będzie mowa przy omawianiu tego schorzenia.

Co się tyczy zmian anatomicznych w przebiegu różnych chorób infekcyjnych, będących wyrazem odczynu u. s.-ś., podkreślić należy, że najwyższy odczyn komórek u. s.-ś. występuje w zakażeniach przewlekłych i swoistych, jak: w gruźlicy, trądzie, twardzieli, ziarnicy złośliwej, w t. zw. guzkach gośćcowych.

Gruzełek jest, wg. badań za pomocą przyżyciowego barwienia, pochodzenia histiocytarnego. Jego komórki nabłonkowate i olbrzymie mają zdolność gromadzenia barwnika i fagocytywania prątków.

Duże komórki w lepromatach zawierają lipoidy, nieraz cholesterynę i literalnie nabite są zarazkami trądu.

To samo można powiedzieć o komórkach Mikulicza w twardzieli, o komórkach Sternberga w ziarnicy złośliwej i w guzkach gośćcowych Aschoffa.

W ostrych chorobach zakaźnych przejawia się specjalna forma odczynu ze strony u. s.-ś. Kuczyński opisał zmiany u zmarłych na zakażenia posocznicy: rozrost komórek śródbłonki naczyń włosowatych wątroby, wpuklanie się obrzękłych komórek do światła

naczyń i zwężenie ich do ledwie widocznej szczeliny, przez co obieg krwi znacznie się zwalnia. Klinicznie uwydatnia się to w postaci powiększonej wątroby i często silnych bólów w *epigastrium*. W tych komórkach stwierdzał liczne mitozy, szczątki erytrocytów i leukocytów i zarazki. Analogiczny obraz stwierdzał w tyfusie brzuszny. Tu najobficiej rozplem występuje w grudkach chłonnych jelit i gruczolach chłonnych krezki. Grudki i gruczoły znacznie obrzmiewają i w nich znajdujemy liczne duże komórki, t. zw. komórki durowe *Rindfleischa*, w których znaleźć można uszkodzone pierwiastki krwi i drobnoustroje. Podobnie wyglądają zmiany w durze plamistym: w silnie powiększonych komórkach śródbłonkowych wątroby można znaleźć obok cząstek czerwonych i białych ciałek krwi również *Rickettsia Provaszki*.

Ciekawa jest patogeniza zapalenia wsierdza w ogólności, a zwalnającego w szczególności. Doświadczalnie ustalony został związek między tym cierpieniem a blokadą u. s.-ś. w połączeniu z następnym zakażeniem. Np. króliki, którym kilkakrotnie wstrzykiwano karmin, zapadają na zapalenie wsierdza, jeżeli je później zakażać gronkowcem; króliki nie blokowane, zakażone identycznie, zmian w wsierdzu nie wykazywały. Zdaniem autorów, nieczynne pod względem fagocytozy wsierdza, w następstwie blokady u. s.-ś., zostaje uczulone i nabiera własności pochłaniania drobnoustrojów, znajdujących się w krwiobiegu, przez co staje się miejscem rozwoju sprawy zapalnej z jej następstwami. Zapalenie wsierdza może być również wywołane po wielokrotnych zakażeniach, gdy wskutek wyczerpania się u. s.-ś. w ścisłym znaczeniu, co odpowiadałoby blokadzie, wsierdza przejmują czynności żerne ze skutkiem dla siebie ujemnym.

Monocytoza, spotykana w zapaleniach wsierdza, byłaby pg. *Schillinga* wyrazem wzmożonej wyrównawczej czynności u. s.-ś. Ale jak wówczas pogodzić

zwiększającą się liczbę monocytów we krwi bieżącej z pogarszaniem się stanu chorobowego? To wszak w parze nie idzie. Tu słuszniejszy, zdaje się, jest pogląd, podzielany przez *Aschoffa*, *Kijono* i autorów rosyjskich (*Waldmana*, *Tuszyńskiego* i *Treffelda*), że przyczyna tkwi w złuszczeniu się komórek śródbłonkowych naczyń obwodowych. Jeżeli traktować zapalenie wsierdza jako systemowe porażenie śródbłonka (*endotheliitis*), wysięciającego serce i naczyń, wzrastanie we krwi liczby komórek pochodzenia śródbłonkowego (monocytów i histiocytów) ma być wyrazem głębokiego uszkodzenia ściany naczyń, wyrazem stanu zapalnego śródbłonka naczyniowego, jego złuszczenia się i przechodzenia do krwi. Podczas gdy w różnych chorobach infekcyjnych komórki u. s.-ś. biorą czynny udział w walce obronnej organizmu, stanowiąc barierę dla zarazków, w zapaleniu wsierdza mamy do czynienia ze stanem zapalnym samego niepełnowartościowego śródbłonka naczyń. *Waldman* wyzyskuje tę niewytrzymałość śródbłonka naczyń obwodowych do celów diagnostycznych: przez traumatyzację naczyń obwodowych za pomocą suchych baniek na plecach otrzymuje w zapaleniu wsierdza zwiększoną liczbę monocytów we krwi obwodowej; w innych chorobach infekcyjnych ten objaw nie występuje.

Badań systematycznych przy łóżku chorego, które pozwoliłyby na wgląd w czynności u. s.-ś. w przebiegu różnych chorób zakaźnych, niestety, brak.

Ogólnikowo możemy powiedzieć, że pod względem wydolności u. s.-ś. należy odróżnić 3 typy ludzi:

- 1) ludzie z wydolnym u. s.-ś. szybko zwalczają infekcję,
- 2) ludzie z dobrze początkowo reagującym u. s.-ś., ale wyczerpującym się w dłuższej walce,
- 3) ludzie z nieopornym u. s.-ś., nie reagującym na zakażenie, bardzo szybko giną.

(Dok. nast.)

Oceny książek.

Prof. Dr. Harry *SICHER* (Wien). *Über das Zahnziehen*. (Urban-Schwarzenberg, Berlin und Wien 1937. Stron 146, rys. 89).

We wstępie Autor wyjaśnia, że celowo użył w tytule wyrażenia „wyciąganie” zębów, jego bowiem zdaniem zabieg ten powinien właśnie polegać na wyciąganiu w kierunku osi zęba, a nie na jakimś innym zastosowaniu siły. Część pierwszej pracy została poświęcona bardzo szczegółowemu opisowi anatomicznej budowy zębów i otaczających je tkanek. Zwrócono uwagę na takie detale, które w pewnych warunkach mogą być powodem powikłań. Dokładnie są przedstawione stosunki topograficzne zębów i zatoki *Higmorea*, co przy usuwaniu zębów trzonowych i przedtrzonowych górnych ma wielkie znaczenie. Często bowiem po usunięciu jednego lub dwu trzonowców na ich odcinku dno zatoki obniża się bardzo znacznie, tak, że tworzy wprost tylko cieniutką blaszkę kostną, ciągnącą się wzdłuż wyrostka zębodołowego i następnie wznoszącą się ku górze, przylegając do korzeni obu zębów sąsiednich. Znane są przypadki szerokiego otwarcia zatoki przy usuwaniu tych właśnie zębów, których korzenie stykają się ze ścianą *Higmorea*. Wielką zasługą autora jest zwrócenie uwagi na ten właśnie szczegół, zazwyczaj pomijany milczeniem. Bardzo obrazowo są przedstawione stosunki anatomiczne okolicy dolnej ósemki, która równie nie mało kłopotu sprawia dentystom w czasie ekstrakcji. Druga część pracy poświęcona została sposobom dokonywania zabiegów. Okresem przygotowawczym A. się nie zajmuje

wcale, zaznacza tylko, że znieczulenie musi być dokonane dobrze, by można było pracować spokojnie, bez pośpiechu. Instrumentarium musi być odpowiednie. A. używa 10 par kleszczy i 4 dźwigni, poza tym jeszcze szuflokształtnego dłutka i „wybijacza” *Steinschneidera*. Do górnych siekaczy, kłów i dwuguzkowców — kleszcze proste; do prawych i lewych trzonowców — oddzielne, symetryczne z dziobkiem międzykorzeniowym po stronie policzkowej; specjalne kleszcze do zębów górnych mądrości, dwukrotnie zagięte, obustronne; dalej do siekaczy, kłów i dwuguzkowców dolnych — zgięte pod kątem prostym w kierunku prostopadłym do osi obrotowej; podobne kleszcze tylko o szerszych uchwytach, opatrzone ząbkami międzykorzeniowymi — dla dolnych trzonowców obustronne; do dolnych zębów mądrości — o długich ramionach, zgiętych w kierunku osi obrotowej, jak pierwsze załamanie bagietowych kleszczy. Kleszcze do korzeni o wąskich uchwytach, także kleszcze dwukrotnie załamane (bagiet) dla korzeni dalszych i kleszcze wąskie dla dolnych korzeni. Pożądany jest jeszcze jeden bagiet o specjalnie wąskich uchwytach. Z dźwigni — a, jak wspominałem, zaleca 2 dźwignie *Beina*: prostą i zgiętą, szuflokształtne do górnej i dolnej szczęki, oraz 2 dźwignie symetryczne płaskie zgięte w tejsze płaszczyźnie do zębów mądrości dolnych systemu *Leclusea* i *Scheffa*. Wybijacz — *Ausklopfinstrument Stein-schneidera* — delikatny, a mocny, długi, esowato zgięty instrument, opatrzone na jednym końcu haczykiem, przeznaczonym do podsunięcia pod wierzchołek korzenia lub zawadzenia

o wypiłowany w jego bocznej powierzchni schodek, na drugim zaś końcu dostosowany do uderzeń młotka, idących w kierunku wyciągania korzenia wzdłuż jego osi. Sam proces usuwania zęba składa się z dwóch zupełnie odrębnych czynności: odłączenia od zębodołu, z którym jest on zrośnięty, i wyjęcia zęba już odłączonego. Aparat, umocowujący ząb w zębodole, kompleks włókien jest bardzo mocny: podczas luksacji nie pękają one nigdy — odrywają się jeno z trudem od zębodołu lub od korzenia w miejscach przyczepu, natomiast opór zębodołu ma znaczenie jedynie tylko w zębach wielokorzeniowych o korzeniach rozstawionych lub w przypadkach korzeni wyraźnie pozakrzywianych. Z czaszek trupich, gdzie twory łącznotkankowe już nie istnieją, zęby jednokorzeniowe przeważnie wypadają same, a pozostają tylko wielokorzeniowe o korzeniach rozstawionych, a z jednokorzeniowych tylko zęby o korzeniach silnie pozakrzywianych. Z powyższego spostrzeżenia należy wyciągnąć następujące wskazanie: na oderwanie od zębodołu lub korzenia mocnego ścięgnisto-łącznotkankowego utkania trzeba stosować siłę bardzo znaczną, natomiast na wydobywanie z zębodołu zęba już odłączonego — wprost minimalną. Trzeba więc obie te czynności nie tylko odróżniać, ale i wyodrębnić, gdyż wykonanie obu jednocześnie z tym samym wysiłkiem prowadzi nieuchronnie do złamań korzenia lub zębodołu. Obowiązek sprawozdawcy zmusza mnie do zaznaczenia, że Sicher pierwszy na konieczność tego rozdziału wyraźnie zwrócił uwagę.

Opisy zabiegów są poprzedzone ustaleniem stanowiska operatora. A. uznaje dwie takie pozycje: 1. dla dolnych prawostronnych zębów — poza pacjentem na podwyższeniu (na niskim stoleczku)), przy czym lewa ręka obejmuje głowę, a palce jej przytrzymują żuchwę, ochraniając język, druga pozycja dla wszystkich pozostałych zębów — przed chorem, przy czym palce lewej ręki odchylają policzek i zabezpieczają język. Przechodząc do części specjalnej, zaznaczyć muszę, że warta jest szczegółowszego rozpatrzenia, co też uczynię w możliwie najwięcej straszczczeniu. Siekacze środkowe górne usuwa się całkami, ujmując je jak najwyżej chwytem wargowo-podniebiennym. Obluzowywa się je ruchem obrotowym, korzystając z prawie stożkowej formy korzenia. Ostrożność konieczna jest ze względu na często spotykane zakrzywienie końca korzenia w kierunku distalnym. Wyjęcie po rozluźnieniu — w kierunku osi zęba, przy czym należy ręką lewą zabezpieczyć dolne zęby od przypadkowego urazu. Siekacze boczne górne mają większe zakrzywienie korzenia i wymagają większej ostrożności przy luksacji; obok ruchów obrotowych stosuje się również ruchy wahadłowe wargowo-podniebienne. Przy luksacji należy zawsze unikać stosowania większej siły, a ząb rozchwiać w kierunku najmniejszego oporu. Wyciąganie w kierunku osi — bardzo powolne. Zęby sieczne o koronach zniszczonych i korzenie wyjmować można również kleszczami, o ile istnieje możliwość ich uchwycenia. Korzenie, głębiej zniszczone, wyluskuje się z zębodołu, ujmując w kleszcze korzeń łącznie z zębodolem, oczywiście po uprzednim odsunięciu okostnej po stronie wargowej i podniebiennej. Często wystarcza tylko ściśnięcie kleszczy do wyluskania korzenia; gdyby to jednak nie nastąpiło, wykonywa się kleszczami ruchy wahadłowe wargowo-podniebienne. Ten sposób kleszczowy daje duże zniszczenie kości. Dźwignią Beina osiąga się lepsze wyniki. Zasuwa się ją do zębodołu pomiędzy korzeń a kość i wykonywa lekkie ruchy obrotowe dokoła osi instrumentu, innego sposobu podważania należy unikać ze względu na oszczędzanie zębodołu. Manewr ten wykonywa się nie tylko od strony wargowej i podniebiennej, ale również i od strony zębów sąsiednich. Skutkiem tego działania zębodoł się rozszerza, często nawet w najślabszym miejscu (strona wargowa) nadpęka, co zawsze prowadzi do obluzowania korzenia; obluzowany korzeń

wyjmuje się kleszczami. Korzenie zarośnięte wymagają rozcięcia dziąsła i okostnej wzdłuż korzenia, odkrycia powierzchni kości, odcięcia dłem wargowej ściany zębodołu na takiej przestrzeni, by można było korzeń kleszczami wylusknąć; gdy to się nie uda, usuwa się całą ścianę wargową i przez te wrota korzeń ku przodowi wypycha. Dłutowanie można ułatwić, wierząc w ścianie kostnej szereg otworów, sięgających aż do korzenia świdrem cienkim w odległości jeden od drugiego co 1—1½ mm., ograniczając tą przerywaną linią zarys projektowanego wycinka, po czym płat kostny odbija się dłem z łatwością. Gdyby jednak pomimo odkrycia całej przedniej powierzchni korzenia nie można go było wydostać, czyni się na tej jego powierzchni poprzeczne nacięcie świdrem szczelinowym, wprowadza się w nie haczyk „wybijacza” Steinschneidera i, uderzając młotkiem w jego dolne zagłębienie, w kierunku osi zęba korzeń z zębodołu wydobywa. Można też korzeń wypchnąć dźwignią Beina, zakładając ją od strony językowej. W przypadku ułamania drobnego końcowego odcinka korzenia można niekiedy go prześwidrować, rozszerzając kanał korzeniowy, przez ten kanał wprowadzić jakiś haczyk, np. zwykłe szydełko i, zawadziwszy za szczyt korzenia, ułamany koniuszek wydobyć. Górne kły mają korzenie długie i mocne. Wymagają one większej siły do obluzowania, którego się dokonuje drobnymi ruchami obrotowymi i wahadłowymi — wargowo-podniebiennymi. Przy usuwaniu obluzowanego zęba w razie oporu, dowodzącego istnienia zakrzywienia korzenia, należy próbować lekkich obrotów, unikając stosowania większej siły. Usuwanie korzeni kłów niczym się zasadniczo nie różni od usuwania siekaczy. Usuwanie dwuguzkowców charakteryzuje się tym, że w pierwszym okresie obluzowywania ruchów obrotowych nie stosuje się wcale, a to ze względu na spłaszczenie korzenia, a w dwuguzkowcach pierwszych — rozdwojenie, przy czym te rozdwojenia przedstawiają się w postaci korzonków cienkich i często pozakrzywianych. Ruchy wahadłowe należy wykonywać bardzo ostrożnie, wychylając ząb zawsze w stronę najmniejszego oporu; w końcowym okresie obluzowywania można dołączać bardzo ostrożne ruchy obrotowe; w razie istnienia zakrzywienia mogą one być pomocne. Roentgen daje bardzo cenne wskazówki. Korzenie tych zębów usuwa się dźwignią Beina, wprowadzając ją, jak zwykle, pomiędzy korzeń i zębodoł i wykonywając bardzo lekkie ruchy obrotowe. Luksacja tych zębów wymaga dużo cierpliwości: większość połamań jest skutkiem zbyt niecierpliwego pośpiechu. Po dokonaniu rozchwiania zakłada się kleszcze nie bezpośrednio na korzeń, ale na korzenie wraz z zębodolem po oddzieleniu okostnej. Często ściśnięcie powoduje wypadnięcie korzenia. Gdyby to nie pomogło, stosuje się sposoby już opisane. Przy usuwaniu dwuguzkowców należy mieć na uwadze zatomę Highmora: dno jej leży zawsze nad dwuguzkowcem drugim, a często dochodzi i do pierwszego. Roentgen daje wyjaśnienie w tej sprawie. Istnieje niebezpieczeństwo przypadkowego otwarcia zatoki lub wtłoczenia w jej wnętrze usuwanego korzenia. Takie przypadki były notowane przy wybijaniu korzenia dłem, lub odbijaniu dłem policzkowej ściany zębodołu. Dłutu musi być nadany bardzo wyraźnie kierunek ukośny, zwrócony ku dołowi. Górne trzonowe bardzo często można wydobyć kleszczami nawet wtedy, gdy posiadają rozstawione korzenie: udaje się to dzięki znacznej rozciągliwości i podatności zębodołu. Stosuje się ruchy wahadłowe policzkowo-podniebienne. W przypadkach trudniejszych (zakrzywienie, silne rozstawienie) korzenie się rozdziela i wyjmuje osobno. W braku korony nie przedstawia to wielkich trudności, gdy zaś korona istnieje, musimy ją usunąć. W razie obecności dużych plomb wyłamuje się je, a resztki korony zeszlifowuje kamieniem karborundowym; gdy plomb niema, szlifuje się koronę aż do dna komory, tak, by były widoczne wejścia do kanałów korzeniowych. Przystępując do przepiłowywania korzeni, pamiętać należy, że korzeń podnie-

bienny leży naprzeciwko korzenia distalnego. W razie trudności (nieprawidłowe ustawienie korzeni) wierzimy w dnie komory dziurę nawylot i tamtędy zgłębnikiem ustalamy układ korzeni, przy czym rozdzielanie w tym przypadku odbywa się od środka ku obwodowi świdrem szczelinowym. Najpierw odcinamy korzeń podniebienny, potem rozdzielamy oba boczne. Następnie można próbować wygnieść kleszczami korzenie podniebienny i distalny, ujmując je razem z zębodołem, gdyby się to nie udało, stosuje się dźwignię *Beina*, wprowadzając ją stroną wklęsłą do podniebiennego korzenia i lekkimi obrotowymi ruchami objężdża się go dookoła, przez co on się obluzuje zupełnie. Korzenia obluzowanego nie wyjmuje się na razie, ale dźwignię przestawia wklęsłą stroną do zewnętrznego tylnego i w podobny sposób go się okraża. Tak samo postępuje się z korzeniem policzkowym przednim. Tkwiące w zębodołach złusowane korzenie służą podczas obluzowywania innych za podparcie dla dźwigni. Korzenie potem usuwa się kleszczami, ściskając pozbawiony okostnej zębodół. O wiele jednak łatwiej skutecznie to dźwignią *Beina*, wprowadzając ją od strony dwuguzkowca lub też wydłubując korzenie w kolejności obluźniania t. j. podniebienny, tylny i na koniec przedni. Dźwignia daje o wiele mniej uszkodzeń zębodołu. Można też dźwignią najpierw usunąć oba korzenie boczne, a podniebienny wziąć kleszczami, wkładając je w pusty zębodół po korzeniu tylnym i załapując podniebienną ścianę zębodołu. Ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo z zatoką wielkie usługi oddaje *Roentgen*.

Usuwanie górnych zębów mądrości nie różni się zasadniczo niczym od usuwania pozostałych trzonowców. Jedyłą trudność stanowi niedostępność. Używa się kleszczy wygiętych bagnetowato. Luksuje się ruchem wahadłowym policzkowo-podniebiennym. Korzenie tego zęba bywają często zrosnięte — zupełnie lub połowicznie, rzadko są rozstawione. W trudniejszych przypadkach — *Roentgen*. Po paru ruchach wahadłowych można próbować i rotacji w kierunku, gdzie się nie spotyka oporu. Bardzo niebezpiecznym zabiegiem jest stosowanie dźwigni *Leclusea*, którą się wprowadza pomiędzy dwa ostatnie trzonowce i, opierając się na przedostatnim, końcowy wyważa ku tyłowi. Przy tym zabiegu istnieje poważne niebezpieczeństwo złamania wyrostka skrzydłatego (*processus pterygoideus*). Często przy tym tą dźwignią wyłuskuje się nie zab z zębodołu, lecz ząb razem z zębodołem, gdyż w tej okolicy dno tylnego odcinka zatoki *Highmora* może leżeć tuż nad korzeniem tego zęba: powstaje wtedy bardzo szerokie połączenie zatoki z jamą ustną ze wszelkimi następstwami. Zdarza się, że ząb mądrości jest wychylony w stronę policzka, dokonywa się ekstrakcji wtedy przy szczękach prawie zwartych i żuchwie, przesuniętej w stronę chora. W takiej pozycji wyrostek wieńcowy (*processus coronoideus*) cofa się ku tyłowi i umożliwia nałożenie kleszczy. W sprawie usuwania korzeni po zębach mądrości trzeba nadmienić, że nigdy nie stosuje się rozczłonkowania wobec stale prawie występujących zrostów. Należy też wystrzegać się wtłaczania korzeni do wnętrza zatoki *Highmora*.

Dolne siekacze wobec spłaszczonego kształtu ich korzeni obluźnia się ruchem wahadłowym wargowo-językowym. Wobec słabo zbudowanych ścian zębodołów ekstrakcja nie przedstawia trudności. Wyciąga się te zęby w kierunku osi, przy czym należy lewą ręką ochraniać od urazu zęby górne, kładąc palec na kleszczach. Korzenie wydłubuje się dźwignią *Beina* zgiętą, dokonywając obrotu dookoła osi jej końcowego odcinka. Zakrzywień korzenia w siekaczach dolnych prawie się nie spotyka, natomiast zdarzają się dość często hipertroficzne zgrubienia cementu. Korzenie dolnych kłów w mają na przekroju poprzecznym kształt owalny. Umożliwia to stosowanie rotacji. Ruchem tym się zaczyna luksację, nie zaniedbując jednakże i ruchów wahadłowych w kierunku najmniejszego oporu. Nie można za-

pominać, że kły dolne mogą posiadać korzenie rozdwojone w postaci cienkich, długich, niekiedy nawet zakrzywionych, na przekroju poprzecznym zupełnie okrągłych korzeni. Oczywiście, spotyka się tu wszelkie formy przejściowe, od zwykłego spłaszczenia poczynając. Rozdwojone korzenie stoją w linii wargowo-policzkowej, w tym też kierunku należy ząb luksować. Przy wycinaniu płatów w celu dokonania rezekcji zębodołu dolnego kła należy pamiętać o zdarzającym się odchyleniu od normy w umieszczeniu *foram. ment.*, które niekiedy bywa przesunięte ku przodowi. Zachodzi więc obawa przecięcia *nervi ment.* Zaleca się prowadzić cięcie od brodawki dziąsłowej pomiędzy kłem a siekaczem ku dołowi i odseparować okostną ku tyłowi na tępo bardzo ostrożnie. Oba dolne dwuguzkowce luksuje się ruchem obrotowym, który po dokonaniu luksacji towarzyszy wyciąganiu wzdłuż osi zęba, co w sumie daje duch śrubowy. Korzenie tych zębów najłatwiej się usuwa dźwignią *Beina* prostą (przeznaczoną do zębów górnych). Tę dźwignię zawsze można wsunąć do zębodołu i, czyniąc ruchy obrotowe, korzeń wyważyć. Gdy tą drogą nie osiągnie się dobrego wyniku stosuje się kleszcze po dokonaniu obustronnej rezekcji zębodołu kulistym świdrem. Rezekcję wykonywa się w ten sposób, że się właściwie rozszerza zębodół do tego stopnia, by móc na korzeń bezpośrednio założyć kleszcze. Można też stosować i „wybijacz“ *Steinschneidera*, trzeba jednak uczynić nacięcia na obu powierzchniach korzenia: wargowej i językowej i instrument zakładać raz z jednej, to znowu z drugiej strony. Przy wszelkich dłutowaniach w tej okolicy należy odkrywać *foramen ment.*, odciągając ku dołowi płat ograniczony głębokimi cięciami na tylnej granicy kła i przedniej trzonowca pierwszego. Dłutowania nie można prowadzić poniżej poziomu górnego brzegu *foram. ment.* (kierunek *canal ment.* idzie w dół i ku przodowi). Cięcia dokonuje się po uprzednim nadziurkowaniu linii cięcia świdrem szczelinowym. Dolne trzonowce rozchwiewa się ruchem w stronę języka: policzkowa ściana zębodołu jest znacznie mocniejsza od językowej. Rozdzielenie korzeni robotę ułatwia. Dźwignię wprowadza się od strony policzkowej lub w szparę międzykorzeniową. W trudniejszych przypadkach po usunięciu jednego korzenia można działać z jego zębodołu dźwignią *Scheffa* na koniec drugiego korzenia poprzez *septum intraradiculare*. Stosuje się też i rezekcję w formie rozszerzania zębodołu świdrem od strony policzkowej dla umożliwienia chwytu kleszczami lub wprowadzenia dźwigni *Beina*. Dolny ząb mądrości, o ile są obecne inne trzonowce, najłatwiej usuwa się dźwignią *Leclusea*, skierowując jej powierzchnię płaską w stronę zęba usuwanego. Należy się przy tym wystrzegać obluzowania zębów, służących za oparcie. Można też dokonać luksacji dźwignią *Beina*, zakładając ją z przodu od strony policzkowej i odpychając ząb ku tyłowi. Można również stosować specjalne kleszcze, zagięte w kierunku osi obrotowej, i dokonywać nimi ruchów wahadłowych i obrotowych. W trudniejszych przypadkach wierci się grubym świdrem tuż przy przednio-policzkowej krawędzi zęba mądrości głęboką dziurę w kości i w nią zakłada wąską dźwignię *Scheffa*. Oczywiście, przed tym odseparowuje się w danym miejscu okostną. *Linea obliqua* służy w danym przypadku za oparcie dla dźwigni.

Znacznie trudniej dokonywa się ekstrakcji zębów zatrzymanych. Rozróżnia się zęby, stojące prosto, i pochylone ku przodowi, nie dochodzące tylko do powierzchni zgryzowej i przykryte częściowo lub całkowicie kością. Przykrycie kostne musi być usunięte tak dalece, by zostało odkryte największe zgrubienie korony zatrzymanego zęba. Trzeba pamiętać o tym, że zakrzywienia korzeni tych zębów bywają tylko ku tyłowi. *Roentgen* jest konieczny, zdarza się bowiem, że korzenie przenikają kanał żuchwowy, i naczynia, w nim przebiegające, przechodzą przez odpowiednie otwory w korzeniach zatrzyma-

nych zębów mądrości. Gdy na rentgenie korzenie krzyżują się z kanałem, należy dokonać zdjęć w rzucie na powierzchnię zgryzu (w kierunku osi zęba): takie zdjęcie wyjaśni, czy ma się do czynienia z istotnym przenikaniem, czy też tylko z pozornym pokryciem. W razie przenikania dokonywa się usuwania zęba z największymi ostrożnościami, by naczyń i nerwu nie przerwać. Po odpiłowaniu korony nacina się korzeń w kierunku strzałkowym i dłutkiem go w tym kierunku rozłupuje i po rozszerzeniu łożyska zębowego obie połowy bez uszkodzenia naczyń wyjmuję. Płat okostnej, odcięty ku tyłowi, odciąga się ku stronie policzkowej specjalnym *raspartorium* ząbkowym: ząbki te doskonale opierają się o powierzchnię kości. Do operowania zębów zatrzymanych używa się tylko dźwigni *Beina*, opierając ją o *linea obliqua*. W niektórych razach dobre wyniki dają kleszcze. Odcinanie korony całej zębów zatrzymanych lub jej części dokonuje się świdrami i kamieniami; rozszerzenia łożyska kostnego dokonywa się przeważnie świdrami: dłuta często zawodzą. Usuwanie zatrzymanych zębów mądrości jest to zabieg poważny. Zdarzają się często powikłania z powodu pooperacyjnego zakażenia. *Oppenheim* proponuje w zastępstwie zabiegu operacyjnego metodę ortodontyczną, mającą na celu wydobyć korony zęba na zewnątrz, co umożliwia nawet usunięcie bez jakiegobądź niebezpieczeństwa. Zabieg ortodontyczny polega na wyświdrowaniu w jednym z guzków zatrzymanego zęba dziury i umocowaniu w niej na cemencie haczyka, do którego przyczepia się sprężynę, umocowaną za pomocą korony na drugim trzonowcu. W ciągu paru tygodni korona zostaje z kości wyciągnięta, po czym może nastąpić albo usunięcie zęba, albo ustawienie go w artykulacji.

Zatrzymane górne kły usuwa się, torując drogę do nich albo ze strony podniebienia, albo z przedsionka. Stosuje się zwykle rozcinanie na parę kawałków. Łożysko zęba musi być tak rozszerzone, aby można było te kawałki dźwignią *Beina* powydłubywać. *Roentgen* — konieczny.

Na zakończenie *A.* omawia traktowanie ran pooperacyjnych. Uwzględniając rozszerzenie zębodołu, któremu często to-

warzyszą nadpęknięcia i złamania, zaleca się ściskanie palcami. *A.* zwraca uwagę na znaczenie skrzepu, wypełniającego zębodoł. Skrzep się organizuje i kostnieje, ostre brzegi zębodołu wysysają się. Tam gdzie się usuwa szereg zębów, należy brzegi zębodołów uciąć równo nożycami i frezem, a odpreparowane płyty działosłowo-okostnowe nad zębodołami zeszyć: daje to doskonałą ochronę skrzepu i przyspiesza gojenie. W razie bólów *post extractionem* zaleca tamponowanie gazą jodoformową obficie przysypaną *Cycloformem*. Krwotoki tamuje się uciskiem i tamponadą. W przewidywaniu krwawień stosuje się profilaktycznie naświetlania rentgenem, zastrzykiwania preparatów wapniowych.

Największą zaletą omawianej pracy jest niezmiernie jasne i dokładne przedstawienie wszystkich racjonalnych metod, służących do usuwania zębów. Niema przypadku, dla którego by nie dało się znaleźć odpowiedniego sposobu. Podręcznik *Sichera* każdego dużo nauczy: można w nim znaleźć sporo nowych rzeczy, a całość przeczytać z prawdziwą przyjemnością. W zakończeniu pozwolę sobie, jako recenzent, na jedno uzupełnienie. Aczkolwiek *A.* wyraźnie zaznacza, że trzeba skrzep poekstrakcyjny ochraniać, nie mówi nic o *diecie*, ani o zachowaniu specjalnych ostrożności. Widziałem poważne zakażenie, wywołane prawdopodobnie ziarnkiem ryżu, które wydobyte zostało z zębodołu przy wyskrobywaniu go: chory zaraz po usunięciu zęba poszedł na obiad i jadł ryż, przelewany po ugotowaniu zimną wodą i doprawiony jakimś sokiem. To mogło stać się źródłem zakażenia. Widziałem na rentgenie cięń paru ćwieczków, tkwiących w zębodołach: tapicer trzymał, jak zwykle, je w ustach i tą drogą tam się dostały, równie dając infekcję. Uważam za wskazane zalecać przede wszystkim dwudziestocztero godzinną dietę płynną: pokarmów stałych jeść w tym czasie nie można. Ponadto trzeba zwracać uwagę na to, że jama ustna w ciągu doby musi być uważana za chorą i wymaga specjalnej opieki: palić wolno tylko przez wygotowany w wodzie szklany ustnik, szczotkę do zębów należy również wygotować, wykałaczek używać nie można i t.p. Wyniki są dobre: zakażeń nie bywa.

Leopold Brenneisen.

Wskazówki praktyczne.

E. Hesse poleca stosowanie kwasu krzemowego w gruźlicy płuc, miażdżycy tętnic i chorobach skóry. W gruźlicy krzem sprzyja rozwojowi tkanki łącznej, najskuteczniejszy jest tu przetwór *Silogran* w dużych dawkach. W miażdżycy tętnic przypisuje się zmniejszoną ich elastyczność brakowi kwasu krzemowego, warto więc tu wypróbować działanie dowozu mineralnego na poprawę czynności naczyń. W dławicy piersiowej wyniki są niewątpliwe. W chorobach skóry duże dawki przetworów krzemowych ewentualnie drogą parenteralną dają dobre wyniki. (*Fortsch. Ther.* 1937. Z. 6).

—o—

Cukier gromowy Dextropur jest, według *R. Hussa*, nie tylko doskonałym środkiem dietetycznym, ale i skutecznym lekiem. Oddaje on dobre usługi w chorobach przewlekłych, wyczerpujących siły ustrojowe, podnosi łaknienie i działa jako odtrutka w zaburzeniach przemiany materii. W leczeniu zakażonych lub źle ziarninujących ran *dextropur* w postaci proszku

sprzyja szybkiemu oczyszczeniu, odwonieniu i narastaniu zdrowej ziarniny. Zamiast proszku stosować można masę „*Dextrosmon*”. (*M. m. W.* 1937 Nr. 19).

—o—

Zamiast alkaloidów poleca *Braune* w chorobach chirurgicznych i wewnętrznych kwas acetylosalicylowy, jako środek uspokajający bóle, łagodzący niepokój i nasenny. Szczególnie dobre usługi oddaje *Apyron*, zawierający kwas acetylosalicylowy związany z wapniem kwasowęglowym. Dawka wynosi 3—4, w razie potrzeby nawet 7—8 ziarenek kilka razy dziennie. Wyniki zarówno w przypadkach chirurgicznych, jak i wewnętrznych były bardzo dobre. (*Fortschr. Ther.* 1937. Z. 4).

—o—

F. Stengel uważa oznaczanie szybkości opadania krwinek za cenny środek pomocniczy w odróżnieniu nowotworów złośliwych od owrzodzeń łagodnych: raki i inne złośliwe guzy dają duże przyspieszenie opadania, zaś owrzodzenia niezłośliwe wykazują małe odchylenia od normy. (*M. m. W.* 1937 Nr. 18).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1937.

Przewodniczący: Dyrektor *H. Hoyer*.

Czł. St. Dąbrowski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z p. W. Łapą, p. t. *O zachowaniu i poziomie rów-*

nowagi stężeń chloru w krwinkach i osoczu w przebiegu niedokrewności złośliwej i innych chorób krwi.

Czł. K. Lewkowicz przedstawia swoją pracę p. t. *Nowy pogląd na bieg spraw gruźliczych i jego zależność od wahań uczulenia tuberkulinowego i swoistego odpornienia, tak ogólnego jak i miejscowego.*

Czł. M. Konopacki i St. Ciechanowski przed-

stawiają pracę p. Z. Zakrzewskiego p. t. *O przeszczepianiu nowotworów miękką tkanek płodów, pochodzących z matek szczepionych przeszczepialnymi nowotworami.*

Czł. R. Nitsch i M. Franke przedstawiają pracę p. Z. Zakrzewskiego p. t. *Wpływ narkozy na wzrost nowotworów, na oporność i odporność przeciw nowotworom.*

Czł. R. Nitsch i M. Franke przedstawiają pracę p. Z. Zakrzewskiego p. t. *O odporności przeciw nowotworom złośliwym.*

Posiedzenie z dnia 13 maja 1937.

Przewodniczący: Dyrektor H. Hoyer.

Czł. S. Dąbrowski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z p. S. Kozłowskim, p. t. *Badania nad rozkładem białka w głodzie. I. O stosunku zasad do kwasów wydalaných w ustroju ludzkim podczas 13-dniowego głodu i w okresie odżywiania.*

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę p. J. Hano p. t. *Własności farmakodynamiczne witaminu B₁.*

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę pp. J. W. Supniewskiego i J. Hano p. t. *9, 10-dwu-n-propylo-1, 2, 5, 6-dwubenz-9, 10-dwuhydroantrachinon. Syntetyczny związek chemiczny, wywołujący ruję u ssaków.*

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę p. W. Supniewskiego p. t. *Badania nad działaniem biologicznym ciał rakotwórczych. IV. Własności farmakologiczne dwubenzantracenu.*

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Czł. K. Orzechowski przedstawia pracę p. A. Ślaczki p. t. *O t. zw. nabłoniakach nerwowych (neuroepithelioma) mózgu i rdzenia (obok uwag o patogenie wodordzenia i jamistości rdzenia oraz neurinomatozy).*

Czł. St. Ciechanowski i W. Nowicki przedstawiają pracę p. St. Kurka p. t. *Zmiany w obrazie krwi oraz w narządach krwiotwórczych w tyreotoksykozie doświadczalnej u królików.*

(Z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiell. Dyrektor: Prof. Dr. Ciechanowski).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 16 lutego 1937 roku.

Obecnych członków 24, gości 17.

1. Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości nowe nabytki biblioteki.

3. Kol. Rutkowski Jerzy, czł. T-wa, wygłosił odczyt p. t. *„W sprawie organizacji nauczania chirurgii w Uniwersytetach Polskich“.* (Streszczenie własne).

Prelegent, podkreśliwszy wybitną rolę, jaką dzięki udoskonaleniu i rozwojowi sposobów rozpoznawczych a także postępowi techniki leczniczej, zarówno krwawej, jak i niekrwawej, i rozszerzeniu zakresu działalności chirurgicznej, osiągnęła współczesna chirurgia, stwierdził, że znaczenie jej w programie nauczania jest niedoceniane i liczba godzin, poświęcona jej, stale zmniejszana. Zniesiono parę katedr podstawowych chirurgii, jak chirurgia ogólna, chirurgia operacyjna, brak systematycznego kursu patologii i terapii szczegółowej chorób chirurgicznych, brak polikliniki chirurgicznej, na jakiej najwięcej korzyści praktycznych mógłby zdobyć słuchacz.

Plan studiów chirurgii (przedmioty obowiązkowe) powinien przedstawiać się, jak niżej:

III rok studiów:

chirurgia ogólna 60 godz.
poliklinika chirurgiczna 30 „

IV rok studiów:

klinika chirurg. wraz z kursem patologii
i terapii szczegółowej chorób chirurgicznych 180 „
zajęcia praktyczne w klin. chir. 30 „

V rok studiów:

klinika chirurgiczna 120 „
zaj. prakt. w klin. chir. 60 „
anatomia praktyczna wraz z kursem operacyjnym 60 „
ćwiczenia z anat. i chir. oper. 30 „

Łącznie: 420 godzin wykładów i 150 godzin zajęć praktycznych. Nieobowiązkowe, wzgl. zalecane, wykłady docentów objęłyby inne działy chirurgii (desmurgia, urologia, ortopedia i t. d.)

Rozprawy: Kol. Kryński L., kol. Leśniowski A., kol. Radliński Z., kol. Loth E., kol. Filiński Wł., kol. Wajgiel E., kol. Stańczyk A., kol. Zaorski J., kol. Rutkowski J.

4. Kol. Goebel Fr., czł. T-wa, wygłosił odczyt p. t. *„O zaburzeniach równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju“.* (Streszczenie własne).

We wstępie prelegent omówił mechanizm regulacji stężenia jonów wodorowych w ustroju. Czynniki regulującymi są tłumiki krwi z dwuwęglanami na czele, po drugie ośrodek oddechowy, który jest wrażliwy na gromadzenie się kwasu węglowego z jednej strony i na zmiany PH; wzmożenie, względnie zwolnienie oddechu wpływa na oddawanie lub zatrzymywanie CO₂, przez to stosunek CO₂ do dwuwęglanów zostaje uregulowany w sposób bardzo precyzyjny.

Od stosunku tego, jak wiadomo, zależy stężenie jonów wodorowych. Dalszym czynnikiem regulującym r. k. z. jest wybiórcza zdolność nerek wydalania kwasów, ponadto nerki rozporządzają jeszcze drugim czynnikiem, służącym do utrzymywania r. k. z., wytwarzając one amoniak, który zobojętnia wydylane kwasy.

Prelegent omawia dalej wpływ wydzielania soków trawiennych na r. k. z., opierając się na swej pracy z Bartosiewiczem. Poza tym omawia kwasice niegazowe, występujące podczas cukrzycy, osteomalacji (badania własne), krzywicę, w uspiewaniu operacyjnym, kwasice nerkowe, kwasicę gładową i inne. Odnośnie alkaloz omówione były alkalozy na skutek uporczywych kwaśnych wymiotów, alkalozę podczas ciężyzki, padaczki. W zakończeniu prelegent omawia zakwaszające działanie amoniaku podanego czy to doustnie, czy to dożylnie, opierając się na pracach, wykonanych w Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. J. P.

Rozprawy: Kol. Markert W., kol. Goebel Fr.

Posiedzenie zakończono o godz. 22.

Prezes: (—) Józef Skłodowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: (—) Michał Zabczyński.

Posiedzenie z dnia 23 lutego 1937 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godzinie 20.

Obecnych 58 członków i 39 gości.

Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Kol. Prezes powitał w języku francuskim gościa prof.

P. Rondonię z Mediolanu następującym przemówieniem:

Panie i Panowie!

Przypadł nam dziś zaszczyt gościć u siebie znakomitego przedstawiciela nauki włoskiej, p. Pietro Rondoni, profesora Wydziału Lekarskiego w Mediolanie, dyrektora Instytutu Przeciwrakowego, członka Akademii.

Drogi i wielce Szanowny Kolego! Witam Cię w tej starej sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Stosunki naukowe pomiędzy Włochami a Polską sięgają daleko w przeszłość. Były one niezmiernie ożywione w epoce Odrodzenia, kiedy elita inteligencji polskiej w wielkiej liczbie odwiedzała Italię, ażeby w rozgłosnych jej uczelniach zwłaszcza w Pawii, Padwie i Bolonii wiedzę swoją uzupełniać. Wymienię tu tylko genialnego astronoma — Mikołaja Kopernika, sławnego poetę — Jana Kochanowskiego, wielkiego męża stanu — Jana Zamoyskiego.

W wiekach późniejszych, kiedy warunki polityczne zmieniły się na gorsze, owe związki kulturalne uległy pewnemu rozluźnieniu; nigdy jednak nie zostały zerwane.

Pozwól mi, drogi Kolego, przybycie Twoje do Warszawy i chętną gotowość podzielenia się z nami wynikami Twych cennych badań, uważać za dobry prognostyk dla przyszłości naszych stosunków wzajemnych.

Prof. P. Rondoni wygłosił w języku francuskim odczyt p. t. *„Fizjologia komórkowa a rak“.* (Ukaże się drukiem w „Medycynie“).

Posiedzenie zakończono o godz. 21 min. 5.

Prezes: (—) Józef Skłodowski.

Sekretarz Doroczny: (—) Stanisław Flis.

Posiedzenie z dnia 2 marca 1937 roku.

Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Kol. Prezes podaje do wiadomości nowe nabytki biblioteczne.

Kol. Prezes zawiadamia o zgonie s. p. D-ra H. Nusbauma następującym przemówieniem: „Szanowni Koledzy! Przed kilku dniami zakończył pracowite życie jeden z najstarszych lekarzy polskich, członek honorowy Towarzystwa, a przed 37 laty jego wiceprezes, prof. honorowy U. J. P. Dr. med. Henryk Nusbaum. Zanim Sekretarz wygłosi z tego miejsca obyczajem przyjętym życiorys i podniesie zasługi tego mądrego, a tak

niezmiernie skromnego lekarza, przyrodnika, etyka i myśliciela, niezłomnego idealisty, proszę zebranych o uczczenie Jego świetlanej pamięci przez powstanie i chwilę skupienia ducha“.

Kol. Rutkowski, czł. T-wa, wygłosił odczyt p. t. „*Pozazwojowe przecięcie wybiórcze korzonka czuciowego nerwu trójdzielnego w przypadku ciężkiej rwy twarzowej*“. Pokaz chorego. (Streszczenie własne).

Chory, z zawodu cieśla, ma lat 31, od 7-u lat cierpi na ciężkie i bardzo częste samoistne napady bólowe w obrębie przeważnie 3-ej, częściowo również 2-ej gałęzi prawego nerwu trójdzielnego. Leczył się on w najrozmaitszy sposób, najskuteczniejsze okazały się zastrzykiwania alkoholu do pnia 3-ej gałęzi nerwu u podstawy czaszki. Chory, wobec częstych nawrotów i b. silnego natężenia bólów, uniemożliwiających mu pracę zawodową, zażądał jak najbardziej doszczętnego leczenia i zgodził się na zaproponowaną mu operację Fraziera (*neurotomia retrogasseriana*). Operację tę wykonałem w miejscowym znieczuleniu dnia 13 lutego b. r. Wobec tego, że nerwoból nie dotyczył 1-ej gałęzi, przecięciem nie cały korzonek czuciowy, lecz tylko dwie dolne (zewnętrzne) jego trzecie. W ten sposób uniknąłem znieczulenia gałki ocznej i obawy o oko. Bezpośrednio po operacji chory stracił ból i zapadł w długi i głęboki sen. Przebieg pooperacyjny gładki. Podobne przecięcie wybiórcze wykonałem parę miesięcy temu u innego chorego również z b. dobrym wynikiem. W razie przecięcia całego korzonka czuciowego należy na oko założyć na ok. 2 tygodni ochronne szkiełko zegarkowe. Podobnych chorych miałem już możność przedstawić w Tow. Lek. Warsz. i na posiedz. nauk. w Szpitalu Dz. Jezus. (Następuje demonstracja chorego i szeregu rycin, ilustrujących przebieg operacji Fraziera).

Rozprawy: Kol. Higier (senior).

Kol. Filiński Wł., czł. T-wa, wygłosił odczyt p. t. *Gościec stawowy przewlekły (rheumatismus chronicus, polyarthritis chronica progressiva s. destruens, arthritis pauperum)*. Pokaz chorych. (Streszczenie własne).

Trzy przedstawione chore dają różne obrazy tego samego cierpienia w zależności od okresu jego rozwoju.

Pierwsza — pracownica domowa, l. 43, zachorowała przed rokiem, kiedy zjawily się powoli narastające bóle, a następnie niewielkie obrzmienia stawów przy stanie bezgorączkowym. Dolegliwości stopniowo się nasilały i wreszcie uniemożliwiły pracę. Obecnie znajdujemy zniekształcenia palców i znaczne ograniczenie ich ruchomości. Chodzenie utrudnione z powodu bólów w stawach przy ruchach.

Druga — posługaczka, l. 36, zachorowała przed 15 miesiącami, miała podobno grypę. W jakiś czas potem wystąpiły bóle w stawach bez gorączki. Widzimy teraz zniekształcenie dłoni, ruchy we wszystkich prawie stawach są bolesne, chodzenie bardzo utrudnione.

Trzecia — żona dozorczy domowego, l. 38, zachorowała przed dwoma laty wśród bólów i nieznacznego obrzmienia stawów. Przez pół roku chora pracowała, później było to niemożliwe; od kilku miesięcy nie opuszcza łóżka. Znajdujemy tu zniekształcenie dłoni, ograniczenie ruchów w stawach barkowych i łokciowych, zeszywnienia w kolanach.

Ze strony klinicznej w przypadkach reumatyzmu przewlekłego uderza pewne podobieństwo, a jest nim charakterystyczne zajęcie przede wszystkim drobnych stawów rąk. Tam też znajdujemy największe zmiany, które jednak z biegiem czasu szerzą się na inne prawie wszystkie stawy.

Sprawa zapalna toczy się głównie w torebce stawowej, a stamtąd dopiero przechodzi na chrząstki, prowadzi do ich zaniku i zastąpienia przez tkankę włóknistą, która znów w pewnych warunkach może ulec skostnieniu. W ten sposób powstają nieprawidłowe ustawienia wzajemne kości, zniekształcenia oraz zeszywnienia włókniste lub nawet kostne. W obrazie radiograficznym występuje wężenie przestworów stawowych i odpawienia nasad kostnych, co właśnie uwiadcniają zdjęcia przedstawionych chorych. Na innych pokazanych tu zdjęciach widać zrosty kostne.

Ten dość charakterystyczny obraz kliniczny i anatomiczno-patologiczny spowodował to, że chorobę tę nazywają przewlekłym reumatyzmem zniekształcającym, *rheumatismus chronicus deformans*. To określenie nie powinno, rzecz prosta, wywoływać zamętu i pomieszania z t. zw. *arthritis deformans*, inaczej *osteoarthritis* lub *osteo-arthritis deformans*. Choroba ta obejmuje tylko duże stawy (*malum coxae senile*).

Przedstawiony zespół kliniczny przewlekłego reumatyzmu nie przeszkodził temu, że z punktu widzenia etiologicznego dopatrują się różnych przyczyn w jego powstawaniu. Wystarczy przejrzeć kilka klasyfikacji, aby zobaczyć, że znajduje się on na różnych miejscach, nieraz na kilku jednocześnie; powstawanie jego łączy się to z czynnikami natury dokrewnej, to z uczuleniem, to z różnorodnymi zakażeniami.

Na podstawie spostrzeżeń własnych podzielam zdanie tych, którzy w przewlekłym reumatyzmie widzą określoną jednostkę chorobową i czynnik wywoławczy zakaźny, ten sam, co i w reumatyzmie ostrym. Oprócz charakterystycznego obrazu klinicznego przemawiają za tym postacie przejściowe, przyspieszone opadanie krwinek (jak w reumatyzmie ostrym) i wreszcie badania anatomiczno-patologiczne, które w reumatyzmie przewlekłym wykazały guzki Aschoffa. Nadmienię jeszcze, że w jednym z dawniejszych moich przypadków spotkałem się z zapaleniem tęczówki, powikłaniem znamienym dla reumatyzmu.

Przewlekły przebieg choroby tłumaczy się swoistym osobniczym odczynem ustroju. Postępujący charakter cierpienia można wiązać w pewnym stopniu z nieodpowiednim leczeniem i niekorzystnymi warunkami życia, stąd reumatyzm przewlekły występuje przede wszystkim w warstwach ubogich i zdawna nosi też nazwę *arthritis pauperum*.

W rozpoznawaniu różniczkowym trzeba uwzględnić t. zw. rzekomy gościec gruźliczy i kiłowy, które dają obraz zapalenia wielostawowego. W schorzeniach tych nie występują w tak uderzający sposób charakterystyczne zniekształcenia rąk. Możliwość wyłączenia ich opiera się również na braku czynników etiologicznych. W przypadkach przedstawionych nie wykryto żadnych czynnych zmian gruźliczych, odczyn Pirqueta wypadł ujemnie. Co dotyczy kiły, to chore miały jej nie przechodzić, a także nie było w wywiadach danych pośrednich, jak choroba męża, poronienia, które mogłyby nasunąć odnośne podejrzenia. Odczyn Bordet-Wassermanna z surowicami krwi dał wyniki ujemne.

Jeżeli zdarzyłby się przypadek z wyłącznym zajęciem drobnych stawów, to można by brać jeszcze pod uwagę dnę, jednakże już wygląd zewnętrzny, a mianowicie beczkowate zgrubienia pozwalają rozpoznać ją właściwie. Gdyby zachodziły trudności, to zdjęcia rentgenowskie uwiadczniają w dnie charakterystyczne ogniskowe odpawienia w nasadach kości odpowiadające złogom soli kwasu moczowego.

Rozprawy: Kol. Szokalski K., kol. Wagner. Kol. Zakrzewski Z. i Wilner St. z pracowni biologicznej Instytutu Radowego im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie (kierownik pracowni Dr. Z. Zakrzewski) wygłosili odczyt p. t. „*W sprawie uodpornień przeciw przeszczepianym nowotworom za pomocą szczepień doskórnych*“. (Streszczenie własne).

Autorzy powtórzyli i wykonali szereg doświadczeń nad możliwością uodporniania myszy przeciwko mięsakowi Ehrlicha pod wpływem szczepień doskórnych dawek nowotworowych.

Według Besredki i Grossa, szczepienie małych dawek (0,02–0,1 cm³ 20% zawiesiny nowotworu) wywoływało po 5–6 dniach w miejscu szczepienia powstawanie drobnego guzka, który po 15 dniach zaczynał wrzodzić i pokrywał się strupkiem, następnie wchłaniał się, po czym zwierzę pozostawało zdrowe. Zwierzęta, u których guzek rosł w skórę cofnął się, i u których nie doszło do nawrotu, były odporne na dalsze szczepienia tym nowotworem, tak, że bez szkody znosiły podskórne lub doskórne szczepienia nawet dużych dawek zawiesiny tkanki nowotworowej.

Na podstawie tych doświadczeń Besredka i Gross przypuszczają, że przez odpowiednie dawkowanie doskórnych szczepień nowotworowych można uodpornić przeciwko nowotworom, że odporność ta jest swoista, i że skóra odgrywa dominującą rolę w sprawie odporności przeciwko nowotworom.

Autorzy stosowali dawki 0,02 cm³ 20, 10, 5, 2,5, 1 i 0,5 procentowej zawiesiny guza. Dawki te były zmniejszane stopniowo, tak, że autorzy doszli do dawki 80-cio krotnie mniejszej od dawki, stosowanej przez Besredkę i Grossa. Ilekroć szczepienie nawet tych małych dawek nowotworów się przyjęło, guz zawsze się rozrastał i doprowadzał do śmierci zwierzęcia. Badania autorów nie potwierdziły w niczym zapatrywań Besredki i Grossa, w myśl których tkanka skórną miałaby posiadać jakieś wybitniejsze znaczenie w sprawach odporności przeciw nowotworom w ogólności, a przeciw nowotworom przeszczepialnym w szczególności.

Fakt, że po wessaniu się guza wśródskórnego skóra staje się odporna na dalsze szczepienia tym samym, czy też innym nowotworem, nie jest zjawiskiem zupełnie nowym, dającym się zaobserwować tylko przy tego rodzaju szczepieniach, lecz jest zjawiskiem znanym, występującym zawsze, ilekroć nowotwór z jakiego bądź powodu i w której bądź tkance cofnie się i wessie.

Rozprawy: Kol. Flaks, kol. Zakrzewski.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 10.

Prezes: (—) Józef Skłodowski.
Zastępca Sekretarza Dorocznego: (—) Michał Zabczyński.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 4 czerwca 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 13/1937) H. Bauer i J. Bauer mówili o kobiecej krwawiczej. Badając dziedziczność wielu przypadków skazy krwotocznej, mogli prelegenci wykryć wśród nich dwie rodziny, w których tylko kobiety wykazywały lekką krwawiczkową nieprawidłowość konstytucyjną. Kobiety te wykazywały od wczesnego dzieciństwa wzmogoną gotowość do krwawień, lecz krwotoki nigdy nie osiągały groźnego dla życia stopnia. Przyczyna tego, jak się zdaje, leży w szczególnej ochronie kobiet, związanej z ich stanem hormonalnym. Poza tym prelegenci mówili jeszcze o przypadkach, wykazujących kombinację dwóch nieprawidłowości konstytucyjnych, a mianowicie komponenty krwawiczkowej i małopłytkowej. Spostrzeżenia te stanowiły bodziec do podjęcia na nowo pojęcia kobiecej krwawiczkowej, ostatnie zaś obserwacje przemawiają za tym, że niezawsze można przeprowadzić ostre granice między małopłytkowością a krwawiczką.

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Karyntii w Klagenfurcie z dnia 26 marca 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 13/1937) Folger mówił o chorobie Fecra. Ta nerwica roślinna niemowląt i małych dzieci, opisana po raz pierwszy w r. 1903 przez Seltera z Sollingen jako „*trophodermatoneurosis*“, a następnie spostrzegana przez Feera w Zurychu, nie należy do częstych spraw chorobowych i jest mało znana. Głównymi jej objawami są charakterystyczne zaburzenia stanu ogólnego: niezadowolenie, nadające dzieciom niedzielniny i nieszczęśliwy wyraz twarzy, silna apatia, mogąca naśladować porażenia, utrzymujące się wychudnięcie, rozlewne poty i osutki skórne (przypominające czasami płonicę), dokuczliwy świąd, drżenie, częstoskurcz i nadciśnienie, sinica i zaburzenia odżywcze skóry i paznogi stóp i dłoni. Choroba rozwija się podstępnie, może trwać do roku i wykazuje 10% śmiertelność wskutek wtórnych zakażeń. W przypadku, spostrzeganym i leczonym przez prelegenta, a dotyczącym pięcioletniego obecnie chłopca, wyzdrowienie przyspieszyło, jak się zdaje, podawanie witamin A i B.

Przegląd terapeutyczny.

Przyczynę do wprowadzenia do leczenia nowego środka chemoterapeutycznego — soli sodowej estru propylowego kwasu paraoksybenzoesowego.

Podał

Dr. B. OPPENHEIM (Warszawa).

„Rewelacja faktu nowego, skok naprzód, zwycięstwo nad nieznanym z dnia wczorajszego to nie jest akt rozumowy, lecz wyraz intuicji, wyobraźni“.

Mutatis mutandis słowa te wielkiego badacza-poety Nicolle'a można zastosować do odkryć chemicznych lat ostatnich. D-ra Teodora Sabalitschki, profesora chemii Uniwersytetu Berlińskiego. Prof. Sabalitschka wziął za punkt wyjścia kwas paraoksybenzoesowy, który bodaj najsłabiej działa pod względem bakteriobójczym ze wszystkich zbliżonych do niego związków chemicznych (Stockmann) (kwasu meta- i zwłaszcza ortoooksybenzoesowego), i z tego właśnie na uboczu stojącego połączenia chemicznego stworzył szereg preparatów o zupełnie innych, ciekawych pod względem bakteriobójczym własnościach. Są to estry metylowy, etylowy, propylowy i wyższych rodników kwasu paraoksybenzoesowego, które znalazły wielkie uznanie i zastosowanie w tak zw. przemyśle środków żywnościowych, przy konserwowaniu pokarmów oraz przechowywaniu w stanie jałowym płynów do wstrzykiwań podskórnych, ketgutu, strzykawek lekarskich.

Moje zamierzenia poszły w kierunku zupełnie odmiennym, w kierunku chemoterapii w postaci zastrzykiwań dożylnych. Z paraestrów kwasu benzooesowego, wykrytych przez prof. Sabalitschkę, do celów klinicznych nadaje się, jako łatwo rozpuszczalna w wodzie, sól sodowa estru propylowego kwasu paraoksybenzoesowego, produkowana dotychczas do celów technicznych w postaci proszku pod nazwą „Nipazol-Natrium“.

W przeciwieństwie bowiem do salicylanu sodu i kwasu salicylowego połączenie sodowe powyższego związku jest pod względem bakteriobójczym prawie tak samo czynne, jak sam paraester kwasu benzooesowego. Działanie bakteriobójcze tych paraestrów było dokładnie zbadane przez prof. Sabalitschkę, który doszedł do wniosku, że siła bakteriobójcza względem gronkowców fenolu i nipasolu wyraża się stosunkiem 1 do 15, jeżeli zaś chodzi o zdolności zahamowania rozwoju drobnoustrojów, to nawet 1:17 na korzyść nipasolu. Już roztwory 0,06%—0,07% nipasolu natrium powstrzymują rozwój drobnoustrojów: gronkowców, paciorkowców,

pneumokoków, pałeczek duru brzuszego, paradurów, zgorzeli gazowej, pałeczek okrężnicy. Dla podkreślenia znacznej siły bakteriobójczej nipasolu-natrium przytaczam, według prof. Leschke, następujące zestawienie w porównaniu z innymi antyseptykami. Zdolność zahamowania rozwoju drobnoustrojów, wyrażona stopniem procentowym stężenia:

Alkohol trójchlorobutyłowy	0,5 %
Fenol	0,25—0,30 %
Trójkrezol	0,1 %
Nipazol	0,04—0,06 %
Nipazol-Natrium	0,06—0,07 %

Dawki trujące paraestrów kwasu benzooesowego, wypróbowane na zwierzętach, są bardzo wysokie. Dawka trująca nipasolu wynosi co najmniej *per os* 3—4 g na kilo wagi psa lub królika. Zatrucie śmiertelne można wywołać dopiero dawką 6 g nipasolu na kilo wagi. Bardzo znaczne dawki, podawane przez szereg dni, wywoływały u psów i szczurów nieznaczny białkomocz przy braku zmian drobnowidzowych w osadzie moczu (Eschenbrenner i Kohn).

Badanie anatomo-patologiczne powyższych zwierząt doświadczalnych wykazało zwiększoną nieco ilość tłuszczu w nerkach i wątrobie, jednak bez cech zwyrodnienia toksyczno-tłuszczowego.

Dr. Basilisco z Instytutu Farmakologicznego w Sjenie zastrzykiwał podskórnie myszom i szczurom nipazol-natrium w znacznym stężeniu. Dawka śmiertelna wynosiła 2 g na kilo wagi.

Wszystkie te badania — powtarzam — obracały się w sferze doświadczalnej, mając na celu zastosowanie li tylko techniczne; mnie zaś chodziło o stronę kliniczną preparatu. Do leczenia wybrałem przypadki zakażenia nieswoistego dróg moczowych, z których większość była uprzednio leczona różnymi innymi środkami farmakologicznymi z nieznacznym tylko skutkiem. Zastosowałem metodę wstrzykiwań dożylnych. Tutaj należało, oczywiście, zachować daleko posuniętą ostrożność, aby, nie bacząc na małą toksyczność preparatu w stosowaniu dcustnym i zastrzykiwaniach podskórnych u zwierząt doświadczalnych, nie zrobić krzywdy choremu. Powstały dwie sprawy kliniczne: 1) stężenia roztworu nipasolu-natrium oraz wpływających stąd możliwości zmian zapalnych w żyłach oraz 2) kwestia wstrząsu na skutek wprowadzenia drogą dożylną.

Istotnie, jak się przekonałem, zastrzykiwać należy nipazol-natrium w stężeniach nie większych, niż 2½%. W tych rozcieńczeniach można zupełnie śmiało bez

obawy o ściany naczyń robić zastrzykiwania niasolu-natrium w ilości do 20 ccm. Silniejsze stężenia 5—10% mogą w pewnym odsetku przypadków wywołać działanie na ściany żył, zbliżone do wpływu 40% roztworu glukozy.

Pozostaje druga sprawa — kwestia wstrząsu po zastrzyknięciu dożylnym niasolu-natrium. Zacząłem, oczywiście, od dawek małych, lecz wkrótce doszedłem do przekonania, że niasol-natrium *per se*, w czystej postaci nie nadaje się do zastrzykiwań dożylnych. Bładość twarzy, szum w uszach, niezbyt dobre samopoczucie były wyraźnymi przeciwwskazaniami pomimo dobrego tętna i oddechu. Wówczas wpadłem na myśl zastosowania jednoczesnego w tej samej strzykawce *Coffeini natr. benzoici* w dawce 0,2. Skutek był niewątpliwy — w tej postaci *Sol. niasoli-natr. 2½%* do 20 ccm + *Coffeini natr. benz. 0,2* bez obawy można stosować dożylnie. Chory odczuwa jedynie bezpośrednio po zastrzyknięciu szum w uszach oraz gorzki smak w ustach (przy ilościach większych — 20 ccm). Występuje przy tym zjawisko charakterystyczne: znieczulenie pewne jamy ustnej (niasol-natrium poza działaniem bakteriobójczym posiada niewątpliwie własności znieczulające). W przypadkach stanów zapalnych pęcherza i miedniczek nerkowych, połączonych z bolesnością tych okolic i krzyża, niasol-natrium wyraźnie łagodzi te dolegliwości (uczucie bólu i „ciężaru“) bezpośrednio po zastrzyknięciu.

W każdym bądź razie mowy być nie może w tej kombinacji *niasol-natrium + coffeinum natr. benzoic.* o wstrząsie po zastrzyknięciu dożylnym. Chory czuje się dobrze i po 2—3 minutach może opuścić gabinet lekarski. Nietolerancji osobniczej, jaka bywa np. po neosalvarsanie lub nawet gonacrinie, czy tripaflawinie, nie spostrzegałem ani razu.

Miałem w leczeniu systematycznym 20 przypadków klinicznych zakażenia nieswoistego dróg moczowych, powikłanego i spotęgowanego niekiedy innymi chorobami (grypa), oraz liczne przypadki dorywcze, których przebiegu do końca nie mogłem obserwować. Zrobiłem razem dwieście kilkadziesiąt zastrzyknięć niasolu-natrium + *coffein. natr. benzoic.*

Poniżej podaję kilka wybranych historii chorób.

Przypadek I. G. G. Student I. 21. Wywiady:

13.XI.1936 — stosunek płciowy w przerwy, dwukrotnie powtórzone. Przy drugim stosunku *ejaculatio retardata* — wytrysk nasienia znacznie opóźniony, po 45 minutach. Na rzeżączkę nigdy nie chorował. Po 10 dniach wyciek ropny obfity z cewki moczowej. Palenie — nie tylko przy oddawaniu moczu — silnie dokucza choremu. Badanie wydzieliny, wykonane dnia 24.XI.1936 w laboratorium bakteriologicznym, wykazało: Leukocytów 80—100 w polu widzenia, komórki nabłonka płaskiego wielokątnego w dość dużej, okrągłej — w znacznej liczbie. Obfite pasma śluzu. Dwoinek Neissera nie znaleziono. Gronkowce nieliczne. Obfita flora bakteryjna wielopostaciowa. Od 23.XI.1936 chory zażywał w ciągu tygodnia salol 0,5 trzy razy dziennie, następnie leczył się helmitolem i podobnymi środkami, odkażającymi drogi moczowe. Wyciek, jak chory podaje, wciąż bez zmian. Na początku stycznia 1937 r. chory zgłosił się do mnie.

Stwierdziłem wyciek śluzowo-ropny z cewki moczowej, drobnowidzowo niewiele różniący się od pierwszego badania bakteriologicznego. Dwoinek Neissera nie znalazłem. Mocz I porcja mętna, II przezroczysta. Po dwóch zastrzyknięciach *2½%* niasolu-natrium + *coffein. natr. benzoic. 0,2*, zrobionych w ciągu tygodnia w dawkach 10—20 ccm, wyciek zmniejszył się znacznie i zmienił swój charakter: z żółto-zielonego stał się bardziej szary — śluzowo-wodnisty.

14.I.1937 chory dostał czwarte zastrzyknięcie niasolu.

Wyciek był już minimalny. 17.I.1937 r. wycieku nie stwierdziłem zupełnie. Mocz przezroczysty w obu porcjach. Analiza I-ej porcji moczu — leukocytów 5—6 w polu widzenia. Żadnych innych preparatów w ciągu tego okresu — stycznia — chory nie zażywał. Choroba nawrotu nie dała.

Przypadek II. A. B. Kupiec lat 24. Zgłosił się na początku stycznia 1937. Wywiady: chory na zapalenie cewki od 3-ch miesięcy. Męczy go zwłaszcza uczucie palenia i pieczenia w cewce moczowej. Badanie wydzieliny, kilkakrotnie robione, gonokoków nie wykazało. Znaleziono gronkowce i paciorkowce. Leczone go w Wiedniu za pomocą głębokich przemysłań pęcherza nadmanganianem potasu metodą Janeta. Po zabiegach tych chory odczuwał pewną poprawę i ulgę subiektywną. Wyciek oraz sensacje bardzo nieprzyjemne w cewce moczowej wracały jednak po pewnym czasie. Zaproponowałem zastrzykiwanie niasolu, na które chory zgodził się dość niechętnie, gdyż wierzył raczej w zabiegi miejscowe, które mu w Wiedniu wykonywano. Chory zgłosił się jednak do mnie po raz drugi dopiero po upływie prawie 2-ch miesięcy — w końcu lutego. Podał wówczas jako przyczynę nieobecności silną grypę, która zmusiła go do pozostawania w łóżku niemal przez cały czas 8 tygodni. Grypa była typu brzuszego. Znaczna ciepłota, bóle silne brzucha, b. obfita biegunka w pierwszych dniach choroby. Stan ten uspokojono głównie za pomocą soku jagodowego. W końcu choroby objawy zmieniły się o tyle, że pozostały wzdęcia i bóle brzucha, zupełny brak apetytu, upadek sił i silne zaparcie stolca. Jednocześnie stan zapalny dolnych dróg moczowych uległ znacznemu nasileniu, co gorsza, stan ogólny chorego pozostawiał wiele do życzenia. Chory był blady, zmierzowany, wyraźnie silnie osłabiony. Prawie nic nie jadł, skarżył się na silne zaparcie stolca, które ustępowało dopiero po mocnych środkach czyszczących. Po dwóch zastrzyknięciach niasolu stan chorego uległ radykalnej, nieoczekiwanej wprost poprawie. Przede wszystkim chory zaczął miewać codziennie wypróżnienie. Apetyt wracał stopniowo. Wyciek z cewki moczowej minimalny, wodnisto-szary. Sensacje subiektywne ustąpiły. Chory powrócił do pracy.

Przypadek III. Przypadki rzeżączki zająć winny odrębne miejsce w leczeniu niasolem-natrium. Niasol nie zdaje się wykazywać specjalnego swoistego wpływu na gonokoki Neissera. Po za jednym przypadkiem, gdy po iniekcji niasolu-natrium wyciek zmniejszył się wydatnie, po za tym jednym przypadkiem innych obserwacji nie posiadam. Natomiast otrzymałem wrażenie, że niasol w przypadkach rzeżączki utajonej, gdy nie można wykryć gonokoków w wydzielinie, wywiera działanie prowokujące.

L. T. I. 20. Niższy funkcjonariusz państwowy. Zgłosił się do mnie dnia 8.II.1937 r. Wywiady: Rzeżączka podobno 2 lata temu. *Coitus* 1.II.1937 r. 4.II wyciek z cewki moczowej. Klinicznie: wyciek śluzowo-ropny, obfity z cewki moczowej. Mocz I mętny, II przezroczysty. 11.II. Analiza wydzieliny, wykonana przez lekarza-bakteriologa o dużej wprawie: Leukocytów 50—60. Nabłonki płaskie wielokątne. Pasma śluzu. Gonokoków nie znaleziono. Gronkowce nieliczne. Wizyta 13.II.1937. Chory zażywał salol 0,5 trzy razy dziennie. Nie robi żadnych przestrzykiwań. Wyciek prawie bez zmian. Mocz I opal, II przezroczysty. 13.II — powtórna analiza — gonokoków nie stwierdzono. Leukocytów 15—20 w polu widzenia. Gronkowce nieliczne. 15.II.37 r. Pierwsze zastrzyknięcie niasolu-natrium 10 ccm + *coffein. natr. benz. 17.II*. Drugie zastrzyknięcie niasolu-natr. + *coffein. natr. benz. 20 ccm*. 18.II. Po raz trzeci badanie wydzieliny z cewki moczowej w tym samym laboratorium. Liczne gonokoki. Gram-ujemne. W tym przypadku niasol działał raczej prowokująco na gonokoki. Chory przyznał się, że stosunek płciowy, który miał miesiąc prawie 3 tygodnie temu, był nieprawidłowy — homoseksualistyczny — *Immissio penis in anum*.

Przypadek IV przypomina w pewnym stopniu powyższy. Historia choroby w krótkim zarysie: Rzeżączka 1½ roku

temu, jakoby wyleczona. W ciągu roku pełnił ostatnio służbę wojskową. Stała kropla poranna badana była po prowokacji alkoholowej kilkakrotnie — gonokoków ani razu nie stwierdzono. W końcu stycznia chory zgłosił się do mnie. Istotnie był wyciek obfity śluzowo-ropny z cewki moczowej, drobnowidzowo niewiele różniący się od poprzednich analiz. Gonokoków nie znalazłem. Mocz w I-ej porcji mętnawy, II — przezroczysty. Po 2 zastrzyknięciach niasolu-natrium, zrobionych w ciągu tygodnia, wydzielina większa — gonokoki w układzie wewnątrzkomórkowym. Po 6 tygodniach leczenia przemywaniem, szczepionkami, masażami gruczołu krokowego założono szereg zgłębników metalowych Guyona, które dobrze wpłynęły na przebieg rzeżączki przewlekłej, wywołały jednak podrażnienie cewki moczowej. Pokazała się znowu wydzielina obfita z cewki moczowej, która nie ustępowała w ciągu kilku tygodni. Wyciek gonokoków nie zawierał. 4 zastrzyknięcia niasolu-natrium + *coffein. natr. benzoic.* usunęły zupełnie to obecnie już porażczące zapalenie cewki moczowej. Nawrotów choroby nie było.

Przypadek V. Hen. Tom. Absolwent Wydziału Inżynierii, l. 25. Wywiady: Rzeżączki nie przechodził. 2 lata temu chorował na przewlekłe, uporczywe zapalenie cewki moczowej, po którym pozostał mu lekki katar dolnych dróg moczowych. W lutym podczas epidemii chorował na grypę z gorączką nawrotową, która trwała z przerwami 6 tygodni. 1.IV.1937 chory zgłosił się do mnie. Chory wyraźnie wyniszczony, zmierzony. Skarży się na brak apetytu, chociaż już wychodzi na ulicę od 2 tygodni. Cierpi na stałe, męczące zaparcie stolca. Ma wykonać projekt do pracy dyplomowej, zamiast tego jednak ma głowę, zaprzątniętą swoją chorobą, i zmuszony jest codziennie robić sobie ławatywy, które mu przynoszą pewną ulgę. Po dwóch zastrzyknięciach niasolu-natrium z kofeiną 1.IV i 4.IV chory zaczął miewać codziennie wypróżnienie, wrócił mu apetyt. Mógł zająć się pracą zawodową. Stan zapalny cewki moczowej, który powiększył się był na skutek grypy, uległ znacznej poprawie.

Przypadek VI. J. H. l. 42. Inżynier. Zgłosił się do mnie 20.I.1937 r. Rzeżączka 15 lat temu. Żonaty. Na początku stycznia stosunek płciowy w przerwy z kobietą, co do której nie żywił, zresztą, żadnych obaw. Tym większe było jego zdziwienie, gdy 3 dni po tym stosunku poczuł silne palenie i swędzenie w cewce moczowej. Brak zupełny wycieku. Mocz — I porcja lekko mętna, II przezroczysta. 20.I I zastrzyknięcie niasolu-natrium 2½% ccm + *Coffeini natr. benzoici* 0,2. 24.I. Pewna poprawa stanu zdrowia. Od 26.I.37 r. do 2.II.1937 r. — grypa ze znaczną gorączką. Chory zażywał w tym czasie salol, borotropinę i inne preparaty, odkazujące drogi moczowe. 2.II.1937 chory znowu zwrócił się do mnie o poradę lekarską. Stan ogólny dobry, nie widać śladów grypy. Chory jest jednak silnie zdenerwowany i to nie bez przyczyny, gdyż stan zapalny dróg moczowych uległ wybitnemu pogorszeniu, co zaczyna grozić mu pewnymi komplikacjami małżeńskimi. Ustrzegł się, jako człowiek nad wyraz ostrożny, choroby wenerycznej, jest jednak pełen niepokoju o swe narządy moczowo-płciowe. Czuje bowiem stale tępy ból w krzyżu i międzykroczu, chociaż pomimo codziennych obserwacji kropli porannej nie zauważył.

Nie ma mowy o stosunku płciowym z żoną. Istotnie, obraz kliniczny nie był zachwycający. Mocz I i II porcja bardzo mętna. Analiza moczu: Białka 0,03%. Osad: leukocyty pokrywają całe pole widzenia. Krwinki, obfita flora bakteryjna nieswoista. Dnia 2.II I zastrzyknięcie niasolu-natrium z kofeiną. 4.II II iniekcja niasolu 20 ccm., II porcja moczu wyjaśnia się. 6.II III iniekcja niasolu-natr. 20 ccm., II porcja moczu lekko opalizuje. Znaczna poprawa subiektywna. 7.II II porcja moczu przezroczysta I l. opal. 8.II IV iniekcja niasolu-natrium. 10.II V iniekcja niasolu. 12.II zupełny brak sensacji subiektywnych. Mocz I i II przezroczysty. Analiza moczu: Białka nie ma. Leukocytów 2—5 w polu widzenia. Stosunek płciowy z żoną. Choroba nie dała nawrotów.

Nie we wszystkich stanach chorobowych dróg moczowych poprawa występowała tak wyraźnie, jak w przypadku powyższym. Należy liczyć się jednakowoż z tym, że chorzy często nie przestrzegali zupełnie diety, pili nieraz napoje wysokokowe, miewali stosunki płciowe, wracając uporczywie do tych właśnie partnerek, od których się zarazili, które „chorowały na t. zw. upławy“, miały kończący się okres.

Mamy wrażenie, że najlepsze wyniki otrzymaliśmy w przypadkach, powikłanych, czy też spotęgowanych grypą epidemiczną.

Publikację niniejszą należy traktować raczej jako doniesienie tymczasowe, jako przyczynek do możliwości wprowadzenia do lecznictwa nowego środka chemoterapeutycznego. Od czasów bowiem przełomowych prac Ehrlicha, Morgenrotha, Fournau i in. środków tych nie jest jednak zbyt wiele i nie zawsze urzeczywistniają one pokładane w nich nadzieje. Wskazań zaś do wypróbowania w klinikach niasolu-natrium jest dużo, jak np. schorzenia gośćcowe, zakażenia gronkowcowe i streptokokowe, choroba Heitz-Boyer'a, *bronchitis putrida* (powinowactwo kwasu benzoowego do dróg oddechowych), a nawet, kto wie, grypa epidemiczna.

PIŚMIENICTWO.

Prof. Dr. Sabalitschka cyt. „Verwendung der P-oxybenzoessäureester zur Sterilhaltung, Sterilisation und Desinfektion“ Vortrag. Archiv der Pharmazie 268 u. Ber. d. Dtsch. Pharmazeut. Ges. 40. 653 (1930). — Prof. Dr. Sabalitschka u. Dr. E. Böhm: „Ueber die Sterilisation und Sterilhaltung von Normalserum mit Phenol, Trikresol und Nipasol“ cyt. Zentralbl. f. Bakt. und Paras. Abt. I Orig. 123, 351 (1932). — Charles Nicolle: „Naissance, vie et mort des maladies infectieuses“ cyt. F. Alcan méd. Paris. — Dr. Richard Kohn: „Experimentelle Untersuchungen über einige Ester des P-Oxybenzoessäure“ Medizinische Klinik N. 29. 1933. — Prof. Dr. Erich Leschke: „Die Sterilisierung von Injektionsflüssigkeiten und Arzneimitteln“ Münchener Med. Woch. Nr. 47 S 2066. 1930.

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej.

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 31-32).

Nic nie jest tak niebezpieczne dla pokoju jak iluzja pozostawiona narodom, że na wypadek przyszłej

wojny będzie ona mniej okropna, mniej okrutna i mniej pustosząca jak to ogłaszają ci, którzy o tej stronie wojny wiedzą jak najlepiej. Im bardziej opinia świata będzie miała odczucie tego, czym będzie ta przyszła wojna, tym bardziej będzie ona skłonna wywrzeć nacisk na rządy, aby nie oszczędziły żadnego wysiłku zabarykadowania wojnie drogi.

Teoretycznie najprawdziwsza polityka pokojowa

jednak powinna się starać o zapobieganie wojnie, a nie o jej humanizację. Idea tego poglądu jest ideą ogólną: nie humanizować wojny, ale znieść jej możliwość. Jest to jednak akcja papierowa i platoniczna. Idealizm zostaje w ten sposób posunięty do chimery.

Prof. Pella, delegat rumuński do Ligi Narodów, w rozprawie swojej w Międzynarodowej Akademii w Paryżu w dniu 17.I. 30 p. t.: „O pakcie Briand-Kelloga i jego skutkach dla prawa międzynarodowego i wewnętrznego państw” zestawiał na podstawie danych historycznych, że wojna jest „Staniem normalnym” ludzkości. Na 3400 lat znanych z historii ludzkości przypada 3152 lata na wojny miejscowe i ogólne, a jedynie 268 lata pokój. Więcej niż 8000 traktatów pokojowych, podpisanych, kontrasygnowanych i należycie zaparafowanych, zatwierdziło 3152 lata wojny.

Dane te są historyczno-statystyczną ilustracją psychoanalizy wywodów Freuda.

Chociaż w żadnym innym okresie historii nie napotyka się tylu pertraktacji, konferencji i zjazdów dyplomatycznych, mających na celu zbliżenie narodów i zorganizowanie pokoju, wszystko to razem nie daje nadziei polepszenia i odnowienia świata. Toteż bezustannie wznawia się nieufność. Dalekie jest wrażenie, że popioły czasu przysypały na zawsze wspomnienia i myśli o wojnie...

Czy można w obecnej chwili zaprzeczyć, że możliwość wojny jest na zawsze wyłączona?

Czy można twierdzić, że tyły walki zbrojnej nie będą nigdy podlegały napadom lotniczemu?

Czy można zapewnić, że ranni, chorzy i jeńcy poza walką zbrojną będą mieli należytą i bez wszelkich zastrzeżeń opiekę?

Chcielibyśmy w tym kierunku mieć pewność, ale jej nie mamy...

Humanizuje się zwykle niebezpieczeństwo, którego uniknąć nie podobna.

Omawiając w r. 1932 propozycje rozbrojeniowe, powiedział B e n e s z:

„Wiem dobrze, odpowiedzą nam, że nie można humanizować wojny. Możliwe. Argumenty te są znane. Ja jednak nie tracę nadziei. Ze względu na swój wysoki poziom zbiorowość narodów nie może nie mieć odwagi proklamowania raz na zawsze, że właśnie na wojnie powinno ostatecznie zniknąć: zło, niekoniecznie potrzebne, spustoszenia — dokonywane dla spustoszeń, zagłada — wyłącznie dla zagłady... są to środki barbarzyńskie i niegodne ludzi cywilizowanych“.

Ta humanizacja wojny B e n e s z a jest już humanizacją okrojoną do minimum i przy tym w dalszym ciągu — mamy już rok 1937 — jeszcze wyłącznie słowną i deklaracyjną.

Pozostaje więc nam humanizacja wojny bez wyrzeczenia się dalszych nadziei oparcia bezpieczeństwa ludzkiego na bardziej szerokich podstawach. Idea ta nie może zamrzeć i musi w dalszym ciągu pozostać żywa i dyskutowana. Głównym jest — powiada autor — nie tracić nadziei na rozum ludzki i sumienie narodów.

Nie podobna więc walczyć z żywiołem przyszłej wojny wyłącznie papierowymi zwojami praw i rozporządzeń.

Humanizacja przyszłej wojny — o ile będzie ona na ogół możliwa — bomby lotniczo-gazowe i miotacze płomieni w ogóle z nią się nie liczą — powinna być oparta przede wszystkim na zawczasu i jak najszerzej

rozgałęzionej higienie psychicznej w związku z walką lotniczo-gazową w przyszłości. Przede wszystkim zaś człowiek powinien znać ogólne wyniki psychoanalizy i uświadomić sobie drżące w nim pierwotne impulsy.

Minister E d e n wygłosił 14.XII r. z. w Bradfordzie przemówienie: „O ile świat uzyskać ma zapewnienie całkowitego spokoju, to nastąpić musi istotne odwrócenie prądów, które dziś panują nad polityką świata. Zbyt wielka część zasobów świata poświęcana jest obecnie na zbrojenia. O ile w dalszym ciągu świat będzie się dozbrajał, to jednocześnie trwać będzie pauperyzacja. Świat postąpiłby najrozumiej, gdyby od współpracownictwa w dziedzinie zbrojeń zwrócił się do współpracy gospodarczej“.

W „Hali Konstytucyjnej“ w Waszyngtonie odbyło się w r. 1936 wobec 1000 przedstawicieli reprezentujących 50 państw uroczyste otwarcie III Międzynarodowej Konferencji Energetycznej. Po przemówieniach powitalnych przewodniczącego konferencji oraz sekretarza generalnego i krótkich odpowiedziach delegatów poszczególnych państw, zabrał głos sekretarz stanu w departamencie spraw zagranicznych H u l l, który w przemówieniu swoim podkreślił doniosłość zagadnienia pokoju światowego. Rozsiane po całej kuli ziemskiej źródła energii — oświadczył H u l l — służą coraz częściej nie dziełu odbudowy, lecz dziełu zniszczenia. Mimo wiekowego doświadczenia, że każda wojna cofa rozwój cywilizacyjny, ludzkość opanowana jest przez ideę wojny, która w obecnym stadium postępu technicznego nie będzie wojną poszczególnych armii, ale nieubłaganą walką na śmierć i życie całych narodów. Następcem tej wojny może być tylko zniszczenie cywilizacji. W dalszym ciągu swego przemówienia sekretarz H u l l podkreślił, że nigdy jeszcze w dziejach świata nie ciążyła na kierownikach państw tak wielka odpowiedzialność, jak w chwili obecnej. Jest to ostatni moment powrotu do zdrowych stosunków międzynarodowych, opartych na pokojowej współpracy. Mówca zwraca się w ostrych słowach przeciwko propagandzie wojennej, która przed żadną czynu młodzieżą snuje miraż wielkich zdobyczy terytorialnych, dokonanych siłą oręża.

Rada Ligi Narodów w dniu 12.XII r. z. powzięła rezolucję w sprawie apelu madryckiego. Punkt IV tej rezolucji brzmi:

„Rada stwierdza, że istnieją w związku z obecnym położeniem zagadnienia z dziedziny humanitarnej, co do których należało by życzyć zorganizowania natychmiastowej akcji o charakterze międzynarodowym i humanitarnym“.

Na razie znowu tylko słowa i *pia desideria*.

Ale jedna z bomb lotniczo-gazowych, mierzonych i kierowanych w najlepszym razie w stację filtrów, czy też lotnisko w Warszawie — trafia w pawilon obłożnie chorych Szpitala Dzieciątka Jezus lub inny wielopiętrowy gmach szpitalny...

I nie koniecznie w najlepszym razie... bo np. w Archiv f. Rassenbiologie (Nr. 30 r. z.) niemiecki major Z u c k s l a n d ⁷⁾ rozpatruje bombardowanie z samolotów miast i ich mieszkańców ze stano-

⁶⁾ Robotnik N. 286 z dnia 12.XI.36.

⁷⁾ Archiv f. Rassenbiologie, Nr. 30, 1936 — „Epoka“ Nr. 1, 1937.

wiska polityki rasizmu. Chodzi mu nie o rasę semicką, ale o klasowe rozwarstwienie narodu. Wypowiada się on zatem, że do bombardowania nadaje się najlepiej warstwa nieposiadająca, uboga ludność w mieście. Skoro „die dunklen Kreise“ skupiają się w ciasnych i przeludnionych dzielnicach, przedstawiają one dogodny teren dla bombardującego przeciwnika — z punktu zaś rasizmu należy stwierdzić, iż metodą tą wytepia się elementy rasowo najniższe, oszczędzając bogatą ludność, szeroko rozmieszczoną w willowych dzielnicach miasta.

U podstawy zagadnień higieny psychicznej przyszłej wojny leży walka lotniczo-gazowa, jako najbardziej sprzeczna z humanizacją wojny.

W. Rudowicz, pisząc o wpływie czynnika moralnego w nowoczesnej wojnie⁸⁾, podaje, że obecna technika idzie szybkimi krokami naprzód, a wynalazki są groźniejsze, niż dawniej (czołgi, gazy, lotnictwo). Stan moralny żołnierza narażony jest na więcej groźnych niespodzianek i dlatego musi być silniejszy. Wytrzymałość nerwów musi być większa. Obecny żołnierz dla utrzymania się na placu boju i stawienia czoła nieprzyjacielowi musi mieć hart ducha, siłę woli i moc moralną większą, niż w dawnych czasach — a przeto zwiększenie siły i ilości broni musi iść w parze ze wzmocnieniem siły duchowej walczących. Osobno należy się zająć ludnością cywilną. Jeszcze nie tak dawno poza linią frontu nic jej nie groziło. Większość jej nie brała żadnego udziału w wojnie i nawet mało odczuwała jej skutki. Cóż tam znaczył jej stan moralny, jeżeli była dobra armia. Lecz wojna światowa sytuację radykalnie zmieniła. Jeszcze bardziej ją zmieni przyszła. Dzięki użyciu lotnictwa i szybkiej broni pancernej przestrzeń już nie odgrywa roli. Front i tyły prawie jednako narażone są na skutki ognia nieprzyjacielskiego. Przy masowych napadach lotnictwa i używaniu przez nie bomb kruszących, gazowych, zapalających, a może nawet i bakteriologicznych, ludność pewnych obszarów będzie wystawiona na gorszą próbę, niż wojsko frontowe. Załamanie się na duchu odczuje cała armia. Załamaniu i zniweczeniu ducha ludności przyjdzie jeszcze z pomocą propaganda nieprzyjacielska. Dzisiejsze teorie wojenne kładą wielki nacisk na złamanie ducha narodu nieprzyjacielskiego. Jakie są tego skutki, widzimy w wojnie włosko-abisyńskiej. Głoszą te teorie, że pierwszy cios należy zadać ludności cywilnej, skierowując jeszcze przed ogłoszeniem wojny całe masy lotnictwa bombardującego na miasta i ośrodki przemysłowe.

Z powyższego wynika dobitnie, że czynnik moralny w przyszłej wojnie będzie miał jeszcze większe znaczenie, niż kiedyś. Wpływ jego obejmie już nie tylko armię, lecz cały naród. Dlatego, szykując się do przyszłej wojny, należy wychować cały naród, wyrabiając w nim zrozumienie jej charakteru, jedność, wytrwałość i narodową dyscyplinę.

Należy zatem odważnie stanąć na stanowisku, że przeciw wojnie nie ma środków zaradczych pod postacią papierowych zakazów. Skuteczna w sprawie wojny może być jedynie higiena psychiczna, która jest mocną napełnić duszę obywatela psychoanalityczną samoocena, hartem ducha, zimną krwią, jasnością decyzji i racjonalnym działaniem wobec grozy przyszłej wojny. Świadome zwalczanie własnych instynktów pierwotnych i podświadomych tendencji, zdawanie sobie pełnej sprawy z nowej postaci walki, jaką będzie walka lotniczo-gazowa, oswojenie się z nią i wywołanie zmechanizowanego przeciwdziałania u jaknajszerszego ogółu — to są zasadnicze cele higieny psychicznej przede wszystkim w tej dziedzinie.

Natomiast należy sobie wyraźnie zdać sprawę, że polityka „przemilczania“ niebezpieczeństwa stoi w wyraźnej sprzeczności z higieną psychiczną przyszłej wojny. Nie daje ona nic, a przyczynia się jedynie do żywiołowego szerzenia się popłochu i paniki w chwili krytycznej wśród społeczeństwa psychicznie nieprzygotowanego. Stałe i systematyczne uświadamianie społeczeństwa⁹⁾ i wciąganie go do czynnej próbnej walki w czasie pokojowym przyczynia się do najważniejszego zadania higieny psychicznej w ogóle, a w tej sprawie w szczególności — do zniesienia nieuświadomości i do afektywnego zrównoważenia w chwili niebezpieczeństwa.

Żyjemy bowiem w czasach, kiedy humanizacja przyszłej wojny staje się zagadnieniem coraz bardziej złożonym. Przesuwa się ona coraz więcej z istoty i właściwości samej wojny na moralną odporność natury ludzkiej, odpowiednio urobioną przez higienę psychiczną.

W ostatnim zeszycie „Nowin Społeczno-lekarskich“ (nn. 11—12) czytamy:

Zarząd Główny Związku lekarzy P. P. otrzymał od Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego pismo z dnia 16.IV. r. b. o treści następującej:

„Mając nadzieję, że cały świat lekarski interesuje się sprawą zakazu wojny chemicznej, mam zaszczyt polecić uwadze Panów następującą opinię, wypowiedzianą przez Reprezentację Naczelną naszego Towarzystwa na zebraniu w Oxfordzie w lipcu 1936 r.:

„Zebranie potępia bez zastrzeżeń posługiwanie się gazami trującymi w prowadzeniu wojny — jako nie-ludzkie w skutkach i poniżające dla cywilizacji“.

⁹⁾ Przykład taki dają Niemcy: W Bremie otwarto ostatnio „Dom obrony przeciwlotniczej“, ufundowany ze składek publicznych. Przy tej okazji Gen. v. Rocque przytoczył ciekawe liczby, świadczące o rozmachu akcji szkoleniowej. W Niemczech istnieje 2 miliony 500 tysięcy kursów obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej, obsługiwanych przez 25 tysięcy instruktorów, przeważnie honorowych. Nowootwarty gmach zawiera lokale wystawowe i laboratoria doświadczalne oraz wzorowe schrony, zaopatrywane w wodę niezależnie od ogólnej sieci wodociągowej. Zwiedzający dom zapoznać się mogli z zapachem różnych gazów i innych bojowych czynników chemicznych. Demonstrowano sposoby obrony indywidualnej. Specjalną uwagę zwracał pokaz organizacji gospodarstw prywatnych za pomocą nieskomplikowanych środków domowych. (Berlin II. 237 „Pa“ — Kur. Por. Nr. 43).

⁸⁾ Kurj. Por. Nr. 68 z 9.III.37.

Wiadomości bieżące.

— Zarząd Izby Lekarskiej warszawsko-białostockiej złożył dyrektorowi Izby skarbowej grodzkiej obszerny memoriał, opracowany w związku z wymiarem podatków od lekarzy-członków Izby. Memoriał dotyczy podatków od obrotu i dochodowego. W sprawie pierwszego autorzy memoriału zaznaczają, że w niektórych aptekach, szczególnie na prowincji, wynotowywane są gorliwie przez informatorów urzędów skarbowych recepty lekarzy i na tej zasadzie oceniana jest zdolność zarobkowa poszczególnych lekarzy z praktyki prywatnej. Zdaniem zarządu Izby liczba recept nie może dawać podstaw do obliczania wpływów lekarza z praktyki prywatnej, gdyż recepty są b. często wypisywane niezależnie od otrzymanego honorarium, bądź to jako powtórzenie, bądź to grzecznościowo, bądź też przy bezpłatnych poradach lekarskich. Rygorystyczne traktowanie kontroli recept w aptekach doprowadziłoby do ograniczenia charytatywnej pracy lekarzy i ujemnych następstw dla materialnie źle usytuowanej ludności. Co do podatku dochodowego memoriał zaznacza, że: 1) przy ustalaniu wymiaru tego podatku dla lekarzy udzielających pomocy lekarskiej urzędnikom państwowym winna być przyjęta, niezależnie od wysokości dochodu rocznego, norma średniej dochodowości — skala 50 proc., ponieważ udzielanie porad, przez tych lekarzy przy b. niskich stawkach jednostkowych, połączone jest ze stosunkowo dużymi kosztami komunikacyjnymi; 2) normy średniej zyskowności lekarzy powinny pozostać zdaniem zarządu Izby, te same co w r. b., przy czym należy stosować większe odliczenia tym lekarzom, którzy, w myśl hasła o motoryzacji, nabyli samochody.

— Dr. med. Wacław Biehler w uznaniu zasług został mianowany decyzją p. Prezydenta Miasta (z d. 24.V.1937 Nr. 460) honorowym lekarzem konsultantem ambulatorium szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

— Ubezpieczalnia społeczna w Warszawie zatrudnia obecnie łącznie 501 lekarzy leczących, w tym 291 lekarzy domowych i pediatrów, 143 lekarzy specjalistów, 11 — lekarzy fabrycznych, 14 lekarzy komisyjnych i dla badania młodocianych oraz 42 lekarzy w zakładach specjalnych (przyrodolecznice, roentgenologiczne, laboratoria). Podane przez Ubezpieczalnię liczby miałyby pewną wartość w zestawieniu z liczbą ubezpieczonych i liczbą zatrudnionych w Ubezpieczalnię urzędników i oficjalistów (personelu administracyjnego).

— Napływ pacjentów do lekarzy domowych Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie jest taki wielki, że znaczne powiększenie ich liczby przed pół rokiem okazało się całkowicie niedostateczne. Cierpią nad tym zarówno lekarze, jak i pacjenci. Liczba lekarzy domowych winna wzrastać automatycznie w związku ze stałym powiększaniem się liczby ubezpieczonych w stolicy. Są dni, gdy liczba pacjentów, przyjętych przez niektórych lekarzy dochodzi do 50—60.

— Ubezpieczalnia społeczna w Warszawie zawarła z Towarzystwem przeciwgruźliczym umowę, na której mocy Towarzystwo to obejmuje stałą opiekę nad zamieszkającymi w Warszawie chorymi na gruźlicę płuc ubezpieczonymi i członkami ich rodzin. Opiekę nad tą kategorią chorych Towarzystwo rozstrząsać będzie przez swoje poradnie, których liczba będzie dostosowana do istotnych potrzeb. Opieka Tow. polegać ma na udzielaniu porad, wykonywaniu badań rozpoznawczych, leczeniu chorych łącznie z wykonywaniem zabiegów leczniczych, kwalifikowaniu do szpitali, leczenia sanatoryjnego i stwierdzaniu niezdolności do pracy. Poza tym Towarzystwo rozstrząsać będzie opiekę lekarską nad domem, w którym stwierdzono środowisko gruźlicze. W razie stwierdzenia gruźlicy lekarze domowi i specjaliści Ubezpieczalni kierować będą chorych do poradni przeciwgruźliczych.

— Odbyło się w minist. rolnictwa i reform rolnych w obecności ministra Juliusza Poniałowskiego, pod przewodnictwem dr. M. Kacprzaka organizacyjne zebranie Komisji Spraw gospodyń wiejskich. Przedmiotem obrad było ustalenie planu, metod i formy pomocy kobietom wiejskim w pracach ich nad podniesieniem kultury życia codziennego, organizacją opieki nad dzieckiem wiejskim, polepszeniem warunków zdrowotnych, wreszcie nad organizacją pomocy lekarskiej wsi. Dla szczegółowego opracowania poruszonych zagadnień wyłoniono podkomisję — opieki nad dzieckiem, zdrowotną i gospodarczą. Komisja do spraw gospodyń wiejskich jest obok Komisji Młodzieżowej i Spraw Społecznych Wsi trzecią z rzędu komisją, organizowaną przez Komitet do spraw kultury wsi.

— Wobec stwierdzenia stałego braku wolnych łóżek w sanatoriach przeciwgruźliczych, a zwłaszcza w sanatoriach, należących do zakładu ubezpieczeń społecznych, p. minister M. Zyndram-Kościałkowski skierował w dniu 16 b. m. pismo do Zakładu ubezpieczeń społecznych, zalecające natychmiastowe przystąpienie do opracowania planu rozbudowy sanatoriów Ubezpieczalni i powiększenia liczby łóżek dla chorych na gruźlicę o 2.000. W pierwszym etapie prac ma być oddanych do użytku 1.000 łóżek, w drugim etapie — następny tysiąc.

— Dążąc do zwiększenia liczby łóżek dla chorych na gruźlicę, zarząd miejski uruchomił czasowo nowy oddział gruźliczy dla kobiet w szpitalu Św. Łazarza. Oddział, liczący 40 łóżek, jest przeznaczony specjalnie dla ciężko chorych. Jednocześnie uruchomiono 15-łóżkowy oddział dziecięcy dla chorych na odrę z powikłaniami.

— Komitet Kasy im. Mianowskiego przyzna w r. b. z funduszu wieczystego im. D-ra med. Józefa Babińskiego stypendium w wysokości 4.000 zł. pracownikowi naukowemu w dziedzinie neurologii, neurofizjologii lub nauk pokrewnych na studia w kraju lub za granicą. Przy wyborze kandydatów do stypendium Kuratorium funduszu będzie brało pod uwagę dotychczasowy dorobek naukowy kandydatów oraz stopień opanowania metod pracy i polskość kandydatów. Stypendium może być przedłużone, jeśli stypendysta wykaże się należytych postępami w badaniach, a stypendium stanowić dlań będzie podstawę materialną, umożliwiającą mu tworzyć pracę naukową w obranej dziedzinie. Ubiegający się o stypendia winni nadesłać do biura Kasy im. Mianowskiego (Warszawa, Pałac Staszica, Nowy Świat 72) do dnia 10 września 1937 podanie i dołączyć do niego curriculum vitae z dokładnym opisem dotychczasowych studiów oraz odbliski prac naukowych.

— Przed kilku laty powstał w Warszawie z inicjatywy przedstawicieli zawodu lekarskiego i farmaceutycznego, Komitet budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia, poległych za Ojczyznę. Model pomnika, wykonany przez prof. Wittiga, przedstawia grupę: ранnego żołnierza i podtrzymującego go sanitariusza. Pomnik ten stanie prawdopodobnie na skwerku przy zbiegu ul. Jasnej i Zgoda.

— Fundacja naukowa im. Prof. Bronisława Koskowskiego. Zarządzeniem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 18 czerwca r. b. Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne otrzymało zezwolenie na urządzenie zbiórki publicznej na całym obszarze Rzeczypospolitej wśród członków zawodu farmaceutycznego na utworzenie Fundacji Naukowej im. Prof. Bronisława Koskowskiego. Celem tej Fundacji jest zebranie odpowiednich środków pieniężnych na przygotowywanie nowych sił farmaceutycznych, zdolnych do objęcia

katedr profesorskich na wydziałach farmaceutycznych uniwersytetów polskich. Rok rocznie odsetki od kapitału fundacji przeznaczane będą na stypendia dla farmaceutów, posiadających wyższy stopień naukowy (doktorat), na dalsze studia za granicą. Piękna ta idea została związana z imieniem zasłużonego dla nauki i zawodu profesora Bronisława Koskowskiego, dzięki któremu stworzone zostały podwaliny pod nowe formy wykształcenia farmaceutycznego w Polsce. Komitet organizacyjny Fundacji powstał w roku 1935. Udział w pracach Komitetu wzięły

wszystkie organizacje farmaceutyczne w Polsce z p. mgr. W. Filipowiczem — prezesem Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego na czele. Apel skierowany wówczas do całego zawodu przyniósł dość pokaźny rezultat, wyrażający się cyfrą około 30 tys. zł., zebranych w gotówce i papierach wartościowych. Jest to wymownym świadectwem ofiarności całej Farmacji polskiej, która, pracując nad własnym rozwojem, jednocześnie przyczynia się do podniesienia nauki i kultury całego narodu.

Résumé des articles originaux.

V. KAFKA. L'importance clinique de l'examen du liquide céphalo-rachidien sur la base des méthodes et expériences personnelles.

Après une courte introduction concernant l'histoire des recherches pratiques sur le liquide céphalo-rachidien l'auteur souligne la nécessité d'un minimum de méthodes d'examen de ce liquide, en accentuant l'importance de la relation d'albumen et de la „normomastixréaction“. Il explique, qu'une délimitation précise du liquide normal n'est possible que grâce à telle technique, d'où résulte la nouvelle idée du „liquide sousnormal“ et une meilleure exploitation du liquide sanguin (mêlé avec du sang). Sur cette technique et sur une grande expérience se base aussi l'explication du résultat de l'examen du liquide au point de vue diagnostique et, avant tout, au point de vue pronostique et fonctionnel. L'auteur illustre ses déductions par une discussion sur le liquide de la syphilis, du syndrome de la méningite infectieuse et sur le liquide „de barrage“; il cite ensuite, comme un exemple spécial, le liquide dans la schizophrénie et tire, en terminant, à côté des conclusions pratiques celles de nature théorique, principalement fonctionnelle.

B. JOCHWEDS et Z. GRYNBERG. Quelques symptômes prodromaux des maladies infectieuses chez les vieillards.

Les auteurs rappellent les symptômes prodromaux des maladies infectieuses qu'on a plusieurs fois observés chez les vieillards. Les prodromes apparaissent le plus souvent dans le domaine de l'appareil circulatoire sous la forme de tachycardie paroxysmale, des accès d'asthme cardiaque, d'angine de poitrine, d'insuffisance cardiaque ou circulatoire périphérique. Les prodromes apparaissent plus rarement sous la forme des accès graves des spasmes bronchiques.

B. OPPENHEIM. Contribution à l'administration d'un nouveau remède chimiothérapeutique — Sel de soude de l'estre propylique de l'acide paraoxybenzoïque.

L'auteur a essayé la valeur d'un nouveau remède chimiothérapeutique — le sel de soude de l'estre propylique de l'acide paraoxybenzoïque. Cette préparation, découverte par le prof. Sabalitschka de Berlin, possède d'éminentes propriétés bactéricides: elle est quinze fois plus forte, que le phénol, et la solution à 0,06—0,07% enraie déjà le développement des microbes. Les doses toxiques de ce remède sont assez élevées: 6 gr. par kilo du poids d'un chien ou d'un lapin. Toutes ces recherches ne sortaient pas du domaine expérimental, n'ayant pour but que l'emploi technique dans l'industrie alimentaire etc. C'est

l'auteur le premier, qui résolut d'essayer l'action thérapeutique de cette préparation, en l'introduisant par la voie intraveineuse. Il faut ajouter, que jusqu'ici ce produit était connu sous le nom „Nipasal-Natrium“ et sous forme d'une poudre pour l'emploi technique. L'auteur traitait des cas d'infection non spécifique des voies urinaires avec un bon résultat. L'auteur conclut, que la concentration de nipasal-natrium ne doit pas dépasser 2½% (la dose 20 ccm) pour ne pas endommager les veines. Pour éviter un choc après l'injection intraveineuse l'auteur a eu l'idée d'injecter simultanément 0,2 gr. de benzoate de caféine. On peut essayer cette combinaison de nipasal-natrium + benzoate de caféine dans la même seringue dans diverses maladies infectieuses.

J. NELKEN. L'humanisation de la guerre au point de vue de l'hygiène psychique.

L'auteur se propose de présenter les côtés: moral, politique et juridique de l'action, qui a pour but de combattre la guerre. A cet effet l'auteur a pris pour base de ses considérations l'article sur l'humanisation de la guerre, paru dans la revue internationale de la croix rouge. Il cite le désarmement psychique individuel d'après Freud. Toutes les illusions concernant la guerre future sont présentées par l'auteur. Telles quelles sont, une action ultérieure à cet effet n'a d'après lui qu'une valeur théorique. Au contraire la lutte aérienne et chimique indique nettement que l'humanisation de la guerre au lieu de progresser recède d'une façon très sensible. La propagande de l'hygiène psychique en rapport avec la lutte chimique et aérienne est capable de nous rendre des services en ce qui concerne l'humanisation de la guerre. Parmi les buts de cette hygiène la psychanalyse présente une importance capitale. La lutte chimique et aérienne dans la guerre future est tout à fait contraire à l'humanisation de la guerre. L'hygiène psychique se propose d'augmenter les forces morales des combattants et de renforcer l'influence des forces morales dans l'armée et dans la nation toute entière. Elle tiendra à supprimer l'inconscience du danger de cette lutte et à exercer les hommes dans l'action de défense, ce qui permettra d'obtenir plus facilement l'équilibre moral et psychique au moment du danger. Nous vivons à l'époque, où l'humanisation de la guerre future devint un problème de plus en plus complexe. Elle ne dépend plus de la nature et des caractères de la guerre, mais elle relève surtout la résistance de la nature humaine, qui à son tour doit porter l'influence de l'action de l'hygiène psychique.

TREŚĆ: V. KAFKA. Znaczenie kliniczne badania płynu mózgowo-rdzeniowego na podstawie własnych metod i doświadczeń. — B. JOCHWEDS i Z. GRYNBERG. Niektóre objawy prodromalne chorób infekcyjnych u osób starszych. — A. DAWIDSON. Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w walce ustroju z chorobami zakaźnymi. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. OPPENHEIM. Przyczynek do wprowadzenia do leczenia nowego środka chemoterapeutycznego — soli sodowej estru propylowego kwasu paraoksybenzoesowego. — J. NELKEN. Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej. (Dok.) — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: V. KAFKA. L'importance clinique de l'examen du liquide céphalo-rachidien sur la base des méthodes et expériences personnelles. — B. JOCHWEDS et Z. GRYNBERG. Quelques symptômes prodromaux des maladies infectieuses chez les vieillards. — A. DAWIDSON. Le rôle du système réticulo-endothélial dans la lutte contre les maladies infectieuses. (Rev. gén.). — B. OPPENHEIM. Contribution à l'administration d'un nouveau remède chimiothérapeutique — Sel de soude de l'estre propylique de l'acide paraoxybenzoïque. — J. NELKEN. L'humanisation de la guerre au point de vue des problèmes de l'hygiène psychique. (fin).