

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XIV

WARSZAWA, 25 MARCA 1937 R.

Nr. 12

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

Z oddziału chorób nerwowych szpitala na Czystem w Warszawie.  
(Ordynator: Doc. Dr. Władysław Sterling).

#### Kliniczne odmiany myastenii.

Podał

Aleksander KRAKOWSKI (Warszawa).

Etiologia i potogeneza myastenii nie są dotychczas znane, aczkolwiek od czasu ogłoszenia pierwszych przypadków tej choroby upłynęło prawie 60 lat. Dokonane od tego czasu liczne obserwacje kliniczne, badania anatomiczno-patologiczne oraz doświadczenia bio-chemiczne niewiele światła rzuciły na to jeszcze tajemnicze schorzenie.

W symptomatologii myastenii, znanej pod nazwą choroby Erb-Goldflama, (autorzy, którzy ją prawie równocześnie opisali), dominują w obrazie klinicznym objawy opuszkowe, które, pomimo licznych i żmudnych poszukiwań, nie znalazły dotychczas wykładnika, wskazującego na schorzenie organiczne układu nerwowego.

Myastenia rozpoczyna się najczęściej pomiędzy 20-tym i 40-tym rokiem życia. Kobiety wykazują większą skłonność do tego schorzenia, aniżeli mężczyźni. W większości przypadków pierwsze objawy chorobowe rozpoczynają się w mięśniach oczu. Zazwyczaj na jednym oku, bez żadnej poprzedzającej przyczyny, wśród zupełnego zdrowia, nagle opada górna powieka jednego oka (*ptosis*). Prawie równocześnie zjawiają się trudności przy patrzeniu, wskutek męczącego wzroku dwojenia (*diplopia*), które jest następstwem porażenia mięśni gałek ocznych. Nieraz przez długie miesiące ptoza i dwojenie mogą utrzymywać się, ulegając od czasu do czasu zwolnieniu lub nasileniu, względnie mogą samoistnie, nawet bez żadnego leczenia, na pewien czas cofnąć się. Częściej jednak obserwujemy dalszy rozwój choroby — osłabieniu ulegają inne mięśnie poprzecznie prążkowane i to przede wszystkim mięśnie, należące do grupy opuszkowej.

Wtedy zjawiają się zaburzenia mowy (*dysarthria*), łykania (*dysphagia*), duże trudności napotyka akt żucia z niedowładem mięśni warg, języka, podniebienia miękkiego i wreszcie, osłabieniu ulec mogą niemal wszystkie mięśnie tułowia, kończyn górnych i dolnych.

Z tego postępującego procesu chorobowego zostają wyeliminowane funkcje czuciowe, narządy zmysłowe (*nn. olfactorius, opticus, acusticus*), narządy z mięs-

niówką gładką, również pęcherz moczowy i odbytница. Niekiedy *ante finem* mogą ulec osłabieniu zwieracze.

Już w okresie początkowym choroby obserwujemy szybkie wyczerpywanie się siły mięśniowej i to bynajmniej nie po ciężkiej pracy fizycznej, lecz po czynnościach fizjologicznych, które w normalnych warunkach nie powodują osłabienia.

Patologicznie szybkie zużywanie się siły mięśniowej w myastenii pierwszy zaobserwował S. Goldflam, i to patognomiczne dla tego schorzenia zjawisko nazwał *apokamnoza*. Dlatego też u chorych tych zrana, gdy z nocy wstają wypoczęci, mięśnie przy codziennych czynnościach działają sprawnie, w miarę jednak zbliżania się do południa, względnie godzin wieczornych, zaczyna coraz bardziej ujawniać się samoistna *apokamnoza*. Po odpoczynku fizycznym siła mięśniowa wraca ponownie na pewien czas. Zjawisko wyczerpywania się siły mięśniowej w myastenii potwierdza również reakcja elektryczna Jolly, znana pod nazwą reakcji myastenicznej. Przejściowe osłabienie mięśniowe w przypadkach ciężkiej myastenii przejść może w niedowład stały, i wtedy stan chorego staje się groźny.

Tak w ogólnych zarysach przedstawia się przebieg myastenii.

Obserwacje, przez nas poczynione, wykazują duże odchylenia w obrazie klinicznym tego schorzenia, w jego przebiegu i czasie trwania. Przypadki nasze rzucają pewne światło na etiologię myastenii i dają pewne wskazówki co do leczenia tej uporczywej choroby.

Przypadek 1-y dotyczy chorego lat 27-ii z zawodu furmana. W wywiadach na podkreślenie zasługuje nałogowy alkoholizm. Chory od 12-go roku życia, a zatem w ciągu 15 lat, codziennie rano na śniadanie wypijał szklankę wódki, nieraz — spirytusu. Kiły nie przechodził.

Obecną chorobę datuje od 2-ich lat. Na początku było upośledzenie wzroku, które w krótko ustąpiło. Po kilku miesiącach wystąpiło podwójne widzenie, i prawie równocześnie zaczęły stopniowo opadać powieki górne. Nieco później zmieniła się mowa, b. szybko potem wystąpiły zaburzenia łykania i trudności w oddychaniu. W dalszym przebiegu były krótkotrwałe remisje przy stale narastającym osłabieniu ogólnym. Matka i trzy siostry chorego mają znacznie powiększony gruczoł tarczowy; stale przyśpieszenie tętna i nadmiernie się pocą. U jednej z sióstr znacznie wychudzonej stwierdza się objaw Graefego i Mübiusa.

Chory wysokiego wzrostu, bardzo wychudzony. Uderza odbarwienie skóry na powłokach brzusznych, w okolicy łędziowej i na mosznie.

Żrenice równe, okrągłe — na światło i przystosowanie oddziałują prawidłowo. Zez zbiczny to jednego, to drugiego oka. Ograniczenie ruchów gałek ocznych, szczególnie ku górze. Dno oczu bez zmian. Badanie szkłem kolorowym stwierdza dwojenie jednoimienne. Obie powieki opadnięte, bardziej prawa, zwarcie powiek bez żadnej siły, fałdy nosowo-wargowe obustronnie wygładzone. Język po kilku ruchach stawał się bezwładny. Mowa z odcieniem nosowym, po 1—2' stawała się niezrozumiała; podczas łykania często się krztusił. płyny wracały przez nos. Poza tym szybkie wyczerpywanie się siły mięśniowej kkg. i kkd. Odruchy okostnowe i ścięgnowe osłabione. Czucie zachowane. Reakcja myasteniczna Jolly'ego w mięśniach pasa barkowego.

Narządy wewnętrzne bez zmian. *Bradycardia* 58 na 1'. *Hyposympatricotonia* i wzmożona pobudliwość układu przywspółczulnego. Ciśnienie krwi *max.* — 80, *min.* — 60. Limfocytoza we krwi. Obniżona zawartość cukru we krwi (0,05%).

R-gram czaszki i klatki piersiowej bez zmian. (zarysów grasicy nie stwierdzono). Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian. Po nakłuciu łędziowym znaczne spotęgowanie i tak b. ciężkich objawów chorobowych. Ten stan nasilenia trwał przez 2 tygodnie.

Odczyn *Wassermann*a w płynie mózg.-rdzen. i z surowicą krwi dał wynik ujemny. Mocz: c. g. 1007, obok zwiększonej ilości dobowej (3000 ccm). Wzmożone pragnienie. Objaw białych smug (*Lignes blanches surrenales*).

W przypadku tym *ptosis*, porażenie mięśni gałek ocznych, diplegia twarzowa, dysartria, dysfagia, narastające w miarę wykonywania odpowiednich czynności; szybkie wyczerpywanie się siły mięśniowej w kkg. i kkd. (obok braku zaników mięśniowych, zaburzeń czucia) oraz reakcja myasteniczna pozwalały rozpoznać myastenię.

Objawy chorobowe w 2-im półroczu 3-go roku trwania choroby ulegały coraz większemu nasileniu, mowa coraz mniej wyraźna, zamazana, coraz większe trudności przy żuciu i łykaniu nawet pokarmów płynnych, coraz częstsze napady duszności, coraz większe wychudnięcie. Chory *ad maximum* wychudzony, zmarł w czasie napadu duszności.

Podkreślić należy, że w czasie 8-miesięcznej obserwacji można było się przekonać o dodatnim wpływie leczniczym dużych dawek cukru *per os* i dożylnie podawanego, przy czym chory wykazywał wyjątkową tolerancję na węglowodany, zjadał bowiem do 40 kostek cukru dziennie. Dodatni wpływ na objawy opuszkowe był, niestety, tylko przejściowy. Przypadek ten należy do rzędu b. ciężkiej myastenii, która przy stale narastających objawach stosunkowo szybko, bo w niespełna 3 lata doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

2-i i 3-i przypadki są niejako całkowitym przeciwstawieniem do przypadku powyższego ze względu na swój poronny, łagodny przebieg.

2-i przypadek dotyczy chorego lat 45-ciu, z zawodu stolarza. Dawniej poważniejszych chorób nie przechodził, pochodzi z rodziny zdrowej. Alkoholu nie pije, pali umiarkowanie. Żonaty, ma dwoje zdrowych dzieci. Jedyna skarga chorego polega na tym, że od 5 lat opadają mu powieki górne, co utrudnia niekiedy wykonywanie pracy zawodowej. Z rana, gdy wstaje z nocy wypoczęty, powieki górne unoszą się zupełnie dobrze, w ciągu zaś dnia po przemęczeniu fizycznym odczuwa w oczach „ciężenie“ i wtedy powieki stopniowo bezwładnie opadają. Po odpoczynku unoszą się ponownie ku górze. Opadanie powiek pacjent kompensuje przechylaniem głowy ku tyłowi. Przejściowo, zresztą dość rzadko, miewał podwójne widzenie. Niekiedy ptoza bywa niesymetryczna, powieka prawa opada częściej, bez udziału powieki oka lewego. Pomimo opadania powiek chory przez cały czas nie przerywał dość ciężkiej pracy zawodowej.

Chory wysokiego wzrostu, prawidłowo zbudowany, nieźle odżywiony. Narządy wewnętrzne zmian chorobowych nie wykazują. Badania pomocnicze (mocz, badanie morfol. krwi, odczyn *Wassermann*a z surow. krwi) bez zmian patologicznych. Ciśnienie krwi 150/110.

Układ nerwowy. Żrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziałują prawidłowo. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Badanie szkłem kolorowym dwojenia obrazów nie stwierdza. Dno oczu bez zmian. Obie powieki górne opadnięte, większa ptoza po stronie prawej. Nasilenie ptozy jest zmienne, gdyż nieraz bywa ona słabo zaznaczona, niekiedy na pewien czas ustępuje całkowicie. Objawów opuszkowych nie stwierdza się, — mowa wyraźna, nie ma zaburzeń łykania, ani żucia.

Kkg. i kkd. pod względem siły mięśniowej, sprawności ruchów i odruchów zachowują się prawidłowo.

Apokamnozę stwierdzić można tylko w powiekach górnych, przy częstym zamykaniu i otwieraniu (po 15—20 ruchach) rozwarcie powiek staje się coraz słabsze.

Badanie elektryczne wykazało, że mięśnie podbródka, pozornie zdrowe, bez żadnych zaburzeń ruchowych, coraz słabiej reagują na prąd faradyczny, tak, że po kilkunastu skurczach oddziaływania ustaje całkowicie. Po krótkiej przerwie mięśnie te odzyskują ponownie zdolność oddziaływania na prąd faradyczny. W przypadku tym obustronna ptoza zależna ściśle od przemęczenia fizycznego, ulegająca znacznej redukcji po odpoczynku, obok podwójnego widzenia (objaw przejściowy) i charakterystycznego oddziaływania mięśni na prąd faradyczny, (reakcja Jolly) upoważniają do rozpoznania myastenii. Byłaby to forma fruste tego schorzenia.

Ptoza powiek, która jest jedyną skargą chorego, może być pochodzenia wrodzonego, niekiedy obserwujemy ją w historii, napadach migreny, organicznych schorzeniach jąder i nerwów okoruchowych. W tym jednak przypadku brak danych dla rozpoznania powyższych schorzeń.

3-i przypadek. I. B. lat 49, właściciel zakładu mlecznego. Od lat 11 powoli powstała u chorego lewostronna ptoza, która rozwinęła się silniej w przeciągu ostatnich dwóch lat. Co do powstania wahań, chory nie daje odpowiedzi określonych: można stwierdzić tylko, że nie zawsze stopień ptozy jest jednakowy, że nad ranem po przebudzeniu się jest ona najmniejsza, oraz że w ostatnich latach jest ona silniejsza, aniżeli z początku choroby. Do tego czasu podobno zawsze był zdrow, nigdy nie cierpiał na bóle głowy, ani na bóle w kończynach, nie miewał też nigdy zaburzeń pęcherzowych, ani kiszkowych. Do dzisiejszego dnia ciężko pracuje, nie męcząc się przy pracy, chodzi doskonale, nie odczuwając braku tchu. Żuje i połyka bez zarzutu. Chorób wenerycznych nigdy nie przechodził. Żonaty jest od lat 12, ma ośmioro zdrowych dzieci, jedno zmarło w drugim roku życia na zapalenie płuc. Żona zdrowa, nigdy nie roniła. Ojciec chorego zmarł na raka wątroby, z czworga rodzeństwa wszyscy zdrowi. Chory opowiada, że matka jego przechodziła tę samą chorobę, co i on, t. j. prawostronną ptozę o rozmaitym nasileniu, która później minęła bez śladu.

*St. praesens.* Chory wzrostu wysokiego, tęgiej budowy, dobrego odżywiania. Narządy wewnętrzne bez zmian. Oddechów 24, tętno 96. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Żrenice jednakowej szerokości, obie reagują dobrze na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Na lewym oku wybitna ptoza już w stanie spokoju (odsłonięta jest mniej więcej połowa rogówki). Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w trakcie badania napięcie ptozy znacznie się zmienia. Przy badaniu apokamnozy łatwo jest stwierdzić wybitne zjawisko myasteniczne w *levator palpebrae superioris sinister*, a być może, i w *dexter*. Po 25 podniesieniach ku górze, lewa powieka zupełnie opada: po krótkiej pauzie ptoza znika zupełnie.

Czoło marszczy dobrze, kąty ust stoją na jednakowej wysokości, język wysuwa w prostej linii. Odruch z podniebienia miękkiego żywy i nie wyczerpuje się przy wielokrotnym wywołaniu. Mowa normalna, nawet przy dłuższym liczeniu nie występuje zmęczenie, ani nosowy odcień. Zuje i połyka wybornie. Ruchy głowy we wszystkich kierunkach dobre i nie wykazują zmęczenia. Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych bardzo znaczna, ani śladu apokamnozy. Chodzi dobrze, chodzenie pod górę nie wywołuje duszności. Odruchy z *triceps* słabe, periostalne z *radius* także, kolanowe normalne; z *Achillesa* słabe, brak objawu *Babińskiego*. Brak objawu *Romburga*. Czucie dotykowe, bólowe, cieplikowe, czucie położenia członków bez zmian.

Badanie prądem faradycznym wykazuje wyraźną *MyaR* w *m. deltoideus sin.*, w *musc. biceps sin.* i w *m. sternocleidomastoideus sin.*

Przypadek ten oftalmoplegii częściowej u 49-letniego mężczyzny, rozwijającej się powoli w przeciągu lat 11 i podlegającej znacznym wahaniom, nie przedstawia trudności rozpoznawczych: o nawrotowym porażeniu nerwu okoruchowego zaledwie można było pomyśleć, dokładne wywiady i badanie wyłączyły możliwość przypuszczenia władu rdzenia, a wybitnie wyrażona apokamnoza górnej powieki oraz reakcja myasteniczna w *mm. biceps, deltoideus, sternocleidomastoideus* czynią rozpoznanie porażenia astenicznego niewątpliwym. Co czyni przypadek ten interesującym, to fakt, że właściwe objawy chorobowe ograniczały się tylko do *m. levator palpebrae superioris*. Jest to więc pod pewnym względem unikat w szeregu ogłoszonych dotychczas przypadków tego cierpienia — forme fruste porażenia astenicznego w całym znaczeniu tego wyrazu.

Pośrednie miejsce pomiędzy 1-ym i 2—3-im przypadkami, co do nasilenia objawów chorobowych, ich rozprzestrzenienia, remisji, zajmuje 4-ty z kolei przypadek myastenii.

Jest to chory lat 46, który pod względem obarczenia rodzinnego i przebytych chorób stanowi prawdziwy unikat.

Chory pochodzi z rodziny zdziesiątkowanej literalnie przez nowotwory złośliwe, które prawie nagminnie szerzą się w tej rodzinie i, o ile najstarsze rodzeństwo chorego pamięta, występują już co najmniej w czwartym pokoleniu. Beznadziejne co do rokowania schorzenie nowotworowe zjawiało się w tej rodzinie nieraz u osobników młodych przed 30 rokiem życia, atakując najrozmaitsze narządy wewnętrzne. Ojciec chorego stanowi pod tym względem niejako wyjątek, zmarł w 60 roku życia na chorobę nerwową (*Paralysis agitans Parkinsoni*). Chory, o którym tutaj mowa, do 28 roku życia był zdrowy, odznaczał się nawet wyjątkowo dużą siłą fizyczną. Po tym jednak czasie rozpoczął się okres długotrwałych niedomagań i rozmaitych cierpień. Przez 4 lata uporczywa pokrzywka, zwłaszcza występująca pod wpływem wzruszeń psychicznych, niekiedy po posiłkach, często pod wpływem zimna, a nieraz bez żadnej przyczyny. Nieco później wystąpiła niemniej uporczywa i męcząca astma oskrzelowa. W tym czasie stosowanie najrozmaitszych leków nie odniosło żadnego skutku leczniczego. Może na szczęście chory w międzyczasie przebył malarię (5—6 ataków z b. wysoką gorączką), która ustąpiła po dużych dawkach chininy.

Efekt terapeutyczny malarii dla powyższych cierpień chorego okazał się w najwyższym stopniu dodatni, gdyż po pewnym czasie pokrzywka i astma ustąpiły całkowicie. Na kilka tygodni przed wystąpieniem pierwszych objawów obecnej choroby wystąpiła u chorego uporczywa furunkuloza, która wielokrotnie wygasała i ponownie odnawiała się. Poza tym na podkreślenie zasługują ciężkie przeżycia natury psychicznej, które w ostatnich latach przed chorobą przeszedł chory. I właśnie w czasie otrzymania wiadomości o śmierci bliskiej osoby, było to na wiosnę 1933 r., zatem przed 4-ma laty, u chorego opadła górna powieka

prawego oka. Po 3—4 tyg. bez żadnych zabiegów powieka wróciła do poprzedniego stanu. Po 2-miesięcznej przerwie, również podczas silnego zdenerwowania, opadły równocześnie obie powieki górne; wtedy po raz pierwszy wystąpiło podwójne widzenie. Objawy te ze zmiennym nasileniem utrzymywały się przez dłuższy czas, po czym prawie całkowicie ustąpiły.

Na początku 2-go roku choroby począł chory skarżyć się na pewne osłabienie warg, co ujawniało się podczas śmiechu, jedzenia i t. p. czynności. Otoczenie w tym czasie zwróciło uwagę na pewną maskowatość twarzy chorego, zwłaszcza na amimię w czasie płaczu i śmiechu.

Mniej więcej w drugiej połowie 2-go roku choroby zaczęły z lekka ujawniać się zaburzenia mowy, a wkrótce potem trudności w łykaniu i żuciu. Powyższy zespół objawów chorobowych ulega b. dużym wahanom.

Przy nasileniu mowa staje się niezrozumiała, zamazana, gdy objawy ulegają redukcji, mówi wtedy wyraźnie, żucie i łykanie nie napotyka żadnych trudności.

Podkreślić należy, że najłżejsze wzruszenie psychiczne odgrywa niebywale doniosłą rolę. Spokój wybitnie zmniejsza dolegliwości i wpływa dodatnio na depresję psychiczną, która nieraz przez długie miesiące nie opuszcza chorego.

Należy podnieść, że, gdy u chorego wystąpiły objawy opuszkowe, zaburzenia oczne ustąpiły całkowicie i nie ponawiają się prawie od 2 lat.

Badanie przedmiotowe w drugiej połowie 4-go roku choroby nie stwierdza porażenia mięśni gałek ocznych: brak ptozy, brak podwójnego widzenia. Na początku choroby badanie szkłem kolorowym ustaliło dwojenie jednoimienne.

Żrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziaływały prawidłowo. Na dnie oczu brak zmian patologicznych.

Twarz maskowata, przy uśmiechu nabiera wyrazu sardonicznego. Wargi mało ruchome. Językiem wykonywa ruchy we wszystkich kierunkach, pierwsze kilka ruchów wykonywa sprawnie, następne są coraz bardziej ograniczone. Chory subiektywnie odczuwa pewne trudności w mówieniu i musi wtedy się wysilać. Zwłaszcza w godzinach popołudniowych, po zmęczeniu mowa staje się mniej wyraźna.

Akt żucia w rannych godzinach odbywa się prawidłowo, wieczorami napotyka pewne trudności. To samo dotyczy łykania.

Nie stwierdza się apokamnozy w kkg. i kkd., były natomiast krótkotrwałe okresy ogólnego osłabienia i jakieś nieokreślone sensacje bólowe w karku i tułowiu.

Odruchy ścięgnowe i okostnowe zachowane. Brak odruchów patologicznych, brak zaburzeń czucia, brak zaburzeń ze strony zwieraczy.

Ogólny stan chorego zadawalający, zeszczipłał zwłaszcza w ostatnim roku.

Obraz morfologiczny krwi bez zmian.

Odczyn *Wassermann*a z surowicą krwi wypadł ujemnie.

W moczu nie stwierdza się składników patologicznych. Podstawowa przemiana materii w granicach normy (+ 5). Badanie układu roślinnego przemawia za wzmoczoną pobudliwością układu współczulnego i przywspółczulnego.

Jeżeli rozpatrzmy obserwowane przez nas przypadki pod względem etiologicznym, to niewątpliwie rzucają one pewne światło na to schorzenie.

W 1-ym przypadku nałogowy alkoholik zatrzymał systematycznie organizm swój w ciągu 15 lat. Trujący wpływ alkoholu rozpoczął się w latach dziecięcych, w 11—12 roku życia. Poza tym był to chory, rodzinnie obciążony dysfunkcją gruczołów dokrewnych. Nadczynność tarczycy stwierdziliśmy u matki chorego i trzech jego sióstr. U chorego zaś była wyraźna niewydolność tarczycy, nadnerczy i tylnego płata przysadki mózgowej.

W przypadku 4-tym nie bez znaczenia są dzie-

dzicznie występujące w kilku pokoleniach nowotwory złośliwe, przebyta przez ojca chorego ciężka choroba układu nerwowego oraz przebyte przez chorego schorzenia, które wskazują na dużą chwiejność układu wegetatywnego (pokrzywka, astma oskrzelowa).

Szereg ciężkich urazów psychicznych, na które chory wyjątkowo silnie reagował, odegrały niewątpliwie b. doniosłą rolę etiologiczną.

Ponadto zwrócić jeszcze należy uwagę na długo-trwałą i uporczywą furunkulozę, która poprzedziła myastenię na kilka miesięcy.

2—3 przypadki, pod względem patogenetycznym, w przeciwieństwie do 1 i 4-go są wyjątkowo ubogie.

Pierwszy i 4-ty przypadki potwierdzają, zdaje się, najślusniejszą pogląd kliniczny, że w powstawaniu organicznych schorzeń układu nerwowego nigdy jeden czynnik nie jest decydujący. W codziennej obserwacji, przy łóżku chorego, niejednokrotnie mogliśmy się przekonać o pewnej kumulacji etiologicznej, ujawniającej się również w myastenii, co do której powstania istnieje sporo mniej lub więcej uzasadnionych teorii. Najbardziej popularna oddawna jest teoria autointoksykacyjna w następstwie zaburzeń czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Jeden z czołowych zwolenników tego poglądu Markeloff uważa myastenię za schorzenie wielogruzołowe i wprowadził dla niej nazwę „*asthenocamnia endocrinica*”.

Pierwszy z naszych przypadków najbardziej odpowiada temu pogładowi. Dużą rolę w myastenii ma odgrywać nadczynność gruczołu tarczowego. Znałe są liczne przypadki tego schorzenia, występujące w kombinacji z chorobą Basedowa. Oppenheim w swojej monografii o myastenii ustala ścisły związek przyczynowy pomiędzy tym schorzeniem i chorobą Basedowa.

Pierwszy przypadek o tyle pod tym względem byłby nietypowy, że u myastenika stwierdziliśmy hipofunkcję tarczycy przy objawach równoczesnej nadczynności tego gruczołu wśród najbliższego rodzeństwa chorego.

Myastenia ma polegać na hiperfunkcji gruczołów przytarczycznych, zatem byłaby biochemicznie biegunowo odmiennym zjawiskiem, aniżeli tetania. Przeczą jednak temu obserwacje przypadków myastenii, w której stwierdzono objaw Chwostekai i typowe napady tężyczki (Tobias, H. Curschmann, E. Stern). W myastenii niejednokrotnie stwierdzano *thymus persistens* i nowotwory grasicy. Powiększona grasicca może wywierać ucisk mechaniczny na przewód piersiowy (*ductus thoracicus*) i w ten sposób toksyczne niedopałki przemiany materii przedostają się do krwiobiegu i, zatruwając organizm, prowadzą do myastenii.

Weigert prawie w 25% przypadków myastenii stwierdzał *thymus persistens* lub nowotwory grasicy (guzy łagodne, torbiele, mięsaki chłonne, nabłoniaki chłonne). Obserwowano nawet przerzuty nowotworów grasicy do mięśni.

W wielu jednak klasycznych przypadkach myastenii nie stwierdzano nowotworów grasicy, ani *thymus persistens*.

Oppenheim zwrócił w myastenii uwagę na anomalie konstytucjonalne, do których obok polidaktylia, hipoplazja narządów płciowych, wąskich naczyń krwionośnych i t. p. zalicza również *thymus persistens*.

Zwolennicy zaburzeń wewnątrzwydzielniczych przypuszczają, że do zespołu myastenicznego dochodzi

wtedy, gdy dysfunkcją gruczołów dokrewnych dotknięty został ustrój konstytucjonalnie dysplastyczny.

Doświadczenie kliniczne przemawia jednak za tym, że najbardziej typowe przypadki myastenii przebiegają mogą bez tych zaburzeń.

Nie o wiele pewniejsze w myastenii okazały się zaburzenia, zachodzące w ogólnej przemianie materii. Kauffmann doszukuje się w myastenii autointoksykacji, pochodzącej z wątroby; ma ona polegać na zatruciu ustroju kwasami, do czego ponadto przyczynia się zmniejszona zawartość glikogenu w wątrobie.

Teoria Bergmanna o zwiększonej zawartości kwasu mlekowego w mięśniach, który miał być jakoby bezpośrednią przyczyną apokamnozy, nie znalazła w badaniach późniejszych potwierdzenia. Zawartość tego kwasu, zarówno we krwi żyłnej, jak i tętnicznej, wykazała liczby normalne, a niekiedy nawet obniżone.

Fromboese-Thiele stwierdzali w myastenii t. zw. dyszoamię, t. zn. niezdolność tworzenia się w ustroju glikogenu (w wątrobie i mięśniach). Aktualna jest w ostatnich czasach przemiana kreatynowa, ma ona być nawet wytyczną orientacyjną w leczeniu myastenii, najczęściej przemiana ta odchyła od normy nie wykazuje, gdyż zawartość kreatyny i kreatyniny prawie nigdy nie bywa zwiększona, jak to niektórzy badacze utrzymują.

Należy podkreślić, że, pomimo licznych badań przemiany materii w myastenii, dotychczas nie stwierdzono pewnych odchyłań patologicznych od stanu normalnego.

Pomysłowa i może nie pozbawiona znaczenia jest teoria Knoblauch. Autor twierdzi, że w myastenii istnieje konstytucjonalna przewaga włókien mięsnych jasnych, szybko wyczerpujących się, nad włóknami ciemniejszymi, ale trwałymi i sprawnymi w działaniu. W myastenii schorzeniu mają ulegać ośrodki układu wegetatywnego w zwojach podstawnych mózgu lub też zakończenia nerwu współczulnego i przywspółczulnego w sarkoplazmie mięśni. H. Curschmann wskazuje na ścisły związek pomiędzy myastenią i dysfunkcją mięśniową, podkreśla wyłącznie mięśniowe pochodzenie myastenii.

Nie jest wyłączone, że myastenia stanowi pewną odmianę dystrofii mięśniowej, tym bardziej, że liczne badania anatomo-patologiczne dotychczas niewiele światła rzuciły na to jeszcze tajemnicze schorzenie.

Czynnik infekcyjny w myastenii wydaje się mało prawdopodobny.

Curschmann obserwował myastenię u męża i żony. Schorzenie to rozwinęło się u nich nierównocześnie, lecz z dość długą kilkoletnią przerwą. Dwoje dzieci w wieku 6 i 10 lat zdrowe. Dotychczas nie jest znany w piśmiennictwie przypadek, aby matka myasteniczna rodziła dzieci, dotknięte tym schorzeniem.

Nie małe trudności nasuwać się również mogą w rozpoznawaniu klinicznym myastenii, gdyż obok przypadków typowych istnieją odmiany poronne, formes frustes, tego schorzenia (2 i 3-i przypadek). Dotychczasowy pogląd nasz na myastenię, jako schorzenie ciężkie, znane pod nazwą „*myasthenia gravis*”, powinien ulec zasadniczej rewizji. Nie ulega wątpliwości, że lekkie odmiany tej choroby są znacznie częstsze, aniżeli przypuszczamy, zbyt rzadko tylko bywają rozpoznawane ze względu na swój łagodny i długotrwały przebieg. Odmiany te przez długie lata, a może i przez całe życie nie ulegają generalizacji.

W 2 i 3-im przypadku naszym dominującym i je-

dynym objawem klinicznym jest od kilkunastu lat utrzymująca się ptoza o b. zmiennym, zresztą, nasileniu, przy zupełnie dobrym stanie ogólnym chorych.

Karl Briegleb, lekarz z zawodu, od wielu lat dotknięty jest tym cierpieniem i na zasadzie poczynionych obserwacji twierdzi, że należy częściej myśleć o myastenii, należy ją częściej rozpoznawać.

Istnieją odmiany myastenii, których pozornie nie można zaliczyć do stanów chorobowych. Są to zasadniczo zdrowi ludzie, u których po zmęczeniu opadają powieki górne. Słyszy się nieraz te skargi od chorych, którzy zgłaszają się z powodu innych dolegliwości. Badanie neurologiczne, reakcja myasteniczna pozwalają w przypadkach tych rozpoznać myastenię.

W przebiegu ciężkiej myastenii, rozwijającej się jako *paralysis bulbaris progressiva*, objawy chorobowe mogą się cofnąć. Samoistne remisje są jedną z najbardziej charakterystycznych własności tego cierpienia. Curschmann obserwował remisję, trwającą 22 lata. Goldflam, Erb i Steiner w cięższych przypadkach myastenii widzieli nawet wyleczenie. Goldflam obserwował przez długie lata trwającą poprawę i nagłe pogorszenie z nagłym zejściem śmiertelnym, na skutek porażenia mięśni oddechowych.

To znowu przebieg może być od początku piorunujący — jest to *myasthenia fulminans*.

Rokowanie w ciężkich przypadkach myastenii jest zawsze poważne, gdyż w okresie zupełnie dobrego samopoczucia chorego może nastąpić nagłe zaostrzenie objawów chorobowych. Rokowanie w odmianach poronnych zasadniczo nie budzi poważniejszych obaw.

Nasze obserwacje przemawiają za tym, że rokowanie nawet w ciężkich przypadkach myastenii nie jest beznadziejne; jest tym lepsze, im starszy jest wiek chorego (zwłaszcza po 40 roku życia). Przebieg choroby jest wtedy łagodniejszy, powolniejszy rozwój objawów, dłuższe remisje.

W ciężkich przypadkach myastenii, gdzie wskutek zaburzeń żucia i łykania dochodzi nieraz do gwałtownego spadku wagi chorego (do 20 i więcej klg.) wyłania się palące i doniosłe zagadnienie terapii.

Dziś istnieje sporo środków leczniczych, otrzymywanych zwłaszcza na drodze syntetycznej.

Co do prostigminy, tak mocno w ostatnich czasach reklamowanej, własnego doświadczenia nie posiadamy. Reasumując dotychczasowe obserwacje, poczynione przez licznych klinicyстів, należy przyjść do wniosku, że działanie dodatnie prostigminy jest tylko czasowe i rozciąga się na okres 2-ch do kilku godzin. Prostigmina, prawdopodobnie nie leczy myastenii, wzmagając czasowo, sprawność czynnościową mięśni, umożliwia akt żucia i łykania pokarmów o których znaczeniu dla organizmu chyba mówić nie potrzeba. Prostigmina jednak nie we wszystkich przypadkach myastenii powstrzymuje rozwój choroby. W jednym przypadku myastenii, opisanym przez Laurenta i Walkera z Londynu, pomimo stosowania dużych dawek prostigminy, nastąpiło zejście śmiertelne, w dwóch zaś, pomimo stałego podawania tego środka i po chwilowej poprawie, nastąpił nawrót objawów chorobowych.

Równoznaczna z protigminą, a nawet przewyższająca ją pod względem czasu działania, jest „Substancja 36“ Aeschlimanna i Reinerta. Lek ten można podawać *per os*.

Drugim z niemniej zalecanych środków jest glikokoll, który stosowaliśmy w naszym 2-im przypadku, i miał on raczej działanie ujemne. Zwykle po glikokollu ogólne samopoczucie chorego pogarszało się, chory miewał nudności, tracił na dłuższy czas łaknienie, czuł się jeszcze bardziej osłabiony. Wobec tego leczenia glikokollem zaniechaliśmy.

Organopreparaty, środki tonizujące niekiedy dają przejściowy efekt leczniczy.

W 1-yim przypadku, który do oddziału zgłosił się w stanie beznadziejnie ciężkim, pewną poprawę, niekiedy dość wyraźną, można było zaobserwować po dużych ilościach cukru, podawanego *per os* i dożylnie. Chory ten ujawnił wyjątkową tolerancję względem cukru.

Na zasadzie poczynionych przez nas obserwacji, należy wyjątkową uwagę zwrócić na codzienny tryb życia chorego.

Spokój fizyczny i równowaga psychiczna przeważają czasami nad leczeniem farmakologicznym, są to niekiedy najważniejsze warunki dla osiągnięcia wyraźnej poprawy.

Należy tuż na początku choroby ograniczyć pracę fizyczną chorego do koniecznego *minimum*, biorąc pod uwagę małowartościowy i szybko wyczerpujący się układ mięśniowy.

Należy dbać o jak najdłuższy sen, który trwać powinien do 12 godz. W godzinach poobiednich 2—3 godziny całkowitego odpoczynku (leżenie w łóżku). W ciągu dnia maksymalne ograniczenie wysiłków fizycznych.

Drugim czynnikiem pierwszorzędnej wagi — to forsowne, wartościowe pod względem kalorycznym pożywienie, bez specjalnego ograniczenia dietetycznego. Myastenik powinien jadać powoli z dłuższymi przerwami.

Powinien unikać zbyt krańcowej temperatury. Latem wskazany jest dłuższy odpoczynek na powietrzu.

W czasie zaostrzenia objawów chorobowych pacjent nie powinien opuszczać łóżka przez kilka lub kilkanaście dni. Ponadto należy dbać o całkowity spokój psychiczny chorego. Choć liczbą myasteników po wojnie światowej, po tak długotrwałym okresie ciężkich i licznych wstrząsów, statystycznie nie jest podobno większa, aniżeli w okresie przedwojennym, to nie ulega żadnej wątpliwości, że przeżycia moralne nasilają objawy chorobowe w myastenii, a może nawet nie są pozbawione znaczenia etiologicznego, jak o tym świadczy nasz 3-i przypadek. W tym też przypadku powyższy tryb życia okazał się najskuteczniejszym systemem leczniczym, przewyższającym w dodatnim wpływie b. liczne środki leczenia farmakologicznego.

#### PIŚMIENICTWO.

H. Curschmann: Myasthenia pseudoparalytica. H. Oppenheim: Die myasthenische Paralyse. H. Curschmann: Dtsch. Z. Nervenheilk. 1933 r. S. Goldflam: D. Zf. f. N. 1893 r. Forster Ed.: Revue neur 40. I. 1933 r. Klin Wochen Nr. 38, 29 r. Klin. Wochen. Nr. 6, 31 r. Zentral. Neur. i Psych. Band 82, Heft 7/8 36 r.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z poradni przeciwgruźliczej T. O. Z. w Otwocku.

### Odma obustronna jednoczesna w leczeniu gruźlicy płuc.

Podał

Dr Józef MIRABEL (Otwock).

Odmę obustronną jednoczesną wprowadzili po raz pierwszy do lecznictwa Ascoli i Fagioli w r. 1912.

Od zastosowania odmy sztucznej przez Forlaniniego w r. 1888 genialna ta metoda uległa poważnym przekształceniom w sensie jej wskazań, metodyki i zakresu stosowania.

Do r. 1912 stosowanie odmy jednocześnie obustronnej uważano za zabieg niewykonalny, który grozi pacjentowi uduszeniem. Prace doświadczalne Dionizego Hellina na królikach i psach podważyły panującą w fizjologii, opartą na teorii Dondersa tezę — odma obustronna pociąga za sobą śmierć, — lecz nie zdołały jej wykorzenić. Jeszcze w r. 1912 na kongresie w Rzymie Forlanini, który stosował już odmy następującą przeciwległostronną, twierdził, że „wobec niemożności stosowania odmy jednocześnie obustronnej do stosowania odmy nadają się jedynie przypadki ze zmianami jednostronnymi, przy całkowicie zdrowym płucu drugim“.

Według Forlaniniego całkowite unieruchomienie płuca osiągnięte bodaj za cenę ciśnień dodatnich miało być warunkiem leczniczego działania odmy pn. hypertensif.

Ascoli wysunął pojęcie odmy o niskim ciśnieniu (pn. hypotensif) odpowiednio dobranym do każdego przypadku. Dalszy rozwój idei Ascoliego doprowadził dzięki pracom Parry Morgana, Gwerder Pedoi i inn. do pojęcia odmy wybiórczej (pn. electif). Odma wybiórcza, łącząc najwyższy efekt leczniczy z najmniejszym obciążeniem organizmu, uutorowała drogę do szerszego zastosowania odmy obustronnej jednoczesnej.

Wskazania do odmy obustronnej jednoczesnej uległy w ciągu dwudziestu z górą lat jej stosowania zmianom rozwojowym, uwidaczniającym trzy okresy.

W okresie pierwszym — podobnie jak to miało miejsce z wyrwaniem nerwu przeponowego, t. j. operacją Stuertza-Felixa, i z chryzoterapią, — do stosowania odmy jednocześnie obustronnej wybierano przypadki b. ciężkie. Pod wpływem niepowodzeń obierano później przypadki mniej zaawansowane, których stan ogólny był lepszy. Obecnie po wynikach dodatnich w przypadkach dobranych powrócono do stosowania odmy jednocześnie obustronnej również w przypadkach cięższych, jeżeli nie przekraczają one ram, nakreślonych przez wskazania.

Kiedy odma jednocześnie obustronna jest wskazana?

W przypadkach umiejscowionych przerzutów w płucu przeciwnym przy odmie jednostronnej, o ile leczenie klimatyczno-dietetyczne, chryzoterapia zawodzą — należy przystąpić do założenia odmy drugostronnej po stronie przerzutu.

Według Liebermeistera tylko 4-8% gruźlików z odmą jednostronną odpowiada warunkom klasycznym, t. j. całkowitej nienaruszoności płuca drugiego. Obecnie wiemy, jak bardzo często stosując odmy jednostronną, wpływamy korzystnie na sprawę chorobową strony przeciwnej. W przebiegu odmy jednostronnej, stosowanej w przypadkach ze zmianami obu-

stronnymi, mamy zawsze możliwość przy pogorszeniu się strony przeciwnej uciec się do zastosowania odmy obustronnej jednoczesnej. Udostępnia to w szerokim zakresie możliwość stosowania odmy u 50% gruźlików.

Postanowienie zastosowania odmy drugostronnej uzależnia się od obserwacji klinicznej, kontroli rentgenowskiej, badania płwociny i szybkości opadania krwinek, — w wyniku czego urabia się zdanie o charakterze postępującym procesu drugostronnego i konieczności zastosowania odmy drugostronnej.

W przypadkach gruźlicy pierwotnie obustronnej ogólne wskazania są te same, co dla odmy jednostronnej, z uwzględnieniem rozległości procesu gruźliczego w obu płucach. Jeżeli rozległość i charakter postępujący procesu są jednakowe po obu stronach, to od razu rozpoczynamy od odmy obustronnej. Najczęściej rozpoczynamy odmy po stronie bardziej dotkniętej i dopiero, gdy odma ta nie wywrze wpływu korzystnego na drugą stronę, przechodzimy do odmy obustronnej jednoczesnej.

Wskazana jest odma obustronna w zmianach wysiękowo-serowatych i jamisto-serowatych z obu stron, w naciekach wczesnych i zajęciu płatów (*lobitis*) obustronnych, w zapaleniach odoskrzelowych gruźliczych obustronnych niezbyt rozległych.

Przeciwwskazania do stosowania odmy obustronnej jednoczesnej są przede wszystkim te same, co dla odmy jednostronnej, należy je tylko ściślej stosować.

Silne wyniszczenie z toksemią przy hipotonii układu sercowo-naczyniowego, niewyrównanych wadach zastawkowych, słabym mięśniu sercowym — stanowi przeciwwskazanie.

Częstoskurcz i duszność, nie wynikające ze zmian organicznych układu krążenia, lecz zależne wyłącznie od toksemii, poprawiają się często pod wpływem odmy.

Po roku 40 życia ze względu na zmniejszoną zdolność dostosowania się do zmienionych warunków oddechu i krążenia, stosowanie odmy j. o. (jednocześnie obustronnej) podlega ograniczeniu.

Gruźlica krtani wrzodziejąca z dystagią, gruźlica jelit i otrzewnej, ciężka i rozległa gruźlica kostna lub nerek są przeciwwskazaniem. Lżejsze postacie gruźlicy kostnej i nerek, jak również początkowa skrobiawica nerek nie stanowią przeciwwskazania.

Cukrzyca nawet ciężka ze skłonnością do kwasicy nie jest przeszkodą w stosowaniu odmy obustronnej (M. Labbé, Besançon, Kayser-Peterson).

Z przytoczonych wyżej wskazań wynikało, że gruźlica rozległa obustronna, ostro postępująca, z wysoką gorączką i ciężkimi objawami toksycznymi nie nadaje się do stosowania odmy obustronnej. Podobnie rozległe obustronne postacie jamiste o ścianach twardych, włóknistych nie mogą być skutecznie leczone odmą obustronną.

Bezwzględne przeciwwskazanie stanowi rozsiana prosówka.

Technika odmy obustronnej opiera się przede wszystkim na zdobyczach odmy jednostronnej.

Większość autorów wypowiada się za stosowaniem naprzemiennym uzupełnień po obu stronach w odstępach zależnych od czasu trwania i przebiegu leczenia (Liebermeister, Frieschbier, De Castiglione, Samsón, Barlow i Kramer). Inni stosują uzupełnienia obu stron za jednym seansem



(Fagioli, Rist, Morgan, Diehl, Simon i Wiese). Diehl skonstruował odpowiedni aparat, pozwalający kontrolować ciśnienie w obu opłucnych i ich wpływ wzajemny. Przyjęła się bardziej metoda naprzemienna, którą stosują również autorzy polscy (Dąbrowski, Gackowski, Martyszewski i Stankiewicz - Trybowska, Reiterowski i Margolisowa i inn.).

Ilość wprowadzanego gazu, odległość czasowa uzupełnień nie daje się ująć w regułę i zmienia się zależnie od przypadku. Ascoli nie zaleca stosowania dopełnień większych, niż 300 cmm., podczas gdy Liebermeister wprowadza 600 — 1000 i nawet 1400 cmm. Wydaje się nam, iż zarówno granica, nakreślona przez Ascoliego, jest zbyt niska, jak ilości powietrza, wprowadzane przez Liebermeistera zbyt duże. Podobnie jak w odmie jednostronnej skłaniamy się do niewydłużania zbytniego odległości czasowej między dopełnieniami, unikając przez to wielkich dopełnień w rodzaju podanych przez Liebermeistera.

Osiągnąwszy po pierwszych 3—4 dopełnieniach odpowiednie zapadnięcie płuca, wprowadzamy najwyżej 500 — 700 cmm. w przerwach początkowo tygodniowych, później 10 dniowych, dochodząc po dłuższym czasie, zależnie od przypadku, do przerw 2 tygodniowych. Unikając tą drogą szkodliwych dużych wahań stopnia zapadnięcia chorej tkanki płucnej, sprzyjamy wchłanianiu nacieczy i bliznowaceniu ognisk chorobowych.

Czas utrzymywania odmy obustronnej uzależniony jest od przebiegu, objawów klinicznych i rentgenowskich, stanu ogólnego i wyniku badań pomocniczych (plwociny, szybkości opadania krwinek, obrazu krwi) i nie da się podciągnąć pod żaden schemat.

Powikłania odmy obustronnej są te same, co i odmy jednostronnej.

Krwioplucia, wywołane przez nakłucie płuca podczas zabiegu, przemijają, nie pozostawiając zazwyczaj cięższych następstw.

Wysięki opłucnowe w odmie obustronnej są na ogół rzadsze, niż w odmie jednostronnej. Scholtz wiąże zjawisko to z bardziej troskliwą opieką, jaką otaczani są pacjenci z odmą obustronną. Ascoli przypisuje wydatny wpływ na mniej częste powstawanie wysięków w odmie obustronnej stosowaniu ciśnień ujemnych oraz niedużym porcjom wprowadzanego powietrza.

Spotykamy wysięki podostre i ostre surowiczo-włóknikowe, wysięki ropiejące gruźlicze, wysięki ropne zakażone.

Postępowanie w przypadkach wysięków, wikłających odmę obustronną, jest zbliżone do postępowania w odmie jednostronnej. W okresie ostrym wysięku surowiczo-włóknikowego wypuszczanie płynu stosujemy w razie wysokiego poziomu płynu, powodującego silną duszność i osłabienie krążenia: później okresowe wypuszczanie z dopełnieniami, aby zapobiec tworzeniu się zrostów. W okresie wchłaniania wysięku i tworzenia się zrostów wskazane jest stosowanie częstszych uzupełnień mniejszymi porcjami. Jeżeli tą drogą nie udaje się powstrzymać zarastania opłucnej, stosuje się ewent. otok olejowy przeciwzrostowy. Dopełnienia po stronie przeciwnej dostosowuje się do zmniejszonej pojemności oddechowej płuc. Najgroźniejsze są płyny ropne zakażone. Przepłukiwania opłucnej, otok olejowy bardzo często nie doprowadzają do wyleczenia, i dopiero torakotomia z następczą torakoplastyką są w stanie uratować tych chorych od niechybnej zagłady.

Odma samoistna jest częstsza w odmie obustronnej, niż w odmie jednostronnej. Bernard, Leon

Bernard uważają, że odma samoistna w odmie obustronnej nie jest częstsza, niż w odmie jednostronnej, jeżeli uwzględnić, że w każdym przypadku mamy do czynienia z dwiema odmami. Jednak większe statystyki, przeważnie rosyjskich autorów, wykazują znacznie większy odsetek odm samoistnych w odmach obustronnych w porównaniu z odmami jednostronnymi. Bielajewa na podstawie 1002 odmowych chorych w sanatorium „Wysokie Góry” stwierdziła w 857 przypadkach odm jednostronnych 14 przypadków (u 13 chorych), t. j. 1,5%; na 145 przypadków odm obustronnych 36 przypadków (u 23 chorych) t. j. 15,8% odm samoistnych. Chmielnicki na 50 odm obustronnych miał 6 przypadków odm samoistnych\*). K. Dąbrowski i J. Gackowski na 65 odm obustronnych mieli 2 przypadki odmy samoistnej, t. j. 3,17%.

Częstsze występowanie odmy samoistnej w odmie obustronnej zdaje się wynikać z następujących powodów.

W odmie jednostronnej wzmożone ciśnienie wewnętrzne podczas kaszlu, czy wysiłku rozkłada się na większą powierzchnię i najsilniejsze przeciwdziałanie znajduje w rusztowaniu kostnym strony nieodmownej. W odmie obustronnej to samo ciśnienie rozkłada się na mniejszą powierzchnię, jest zatem silniejsze i powoduje łatwiej pęknięcie.

W odmie obustronnej odma z każdej strony jest zazwyczaj mniejsza, niż w jednostronnej, a płuco, bliższe ścianom klatki piersiowej, łatwiej może być nakłute przy dopełnieniach. Uniknąć nakłucia płuca przy odmie można, wktuwając igłę ostrożnie, niezbyt raptownie, nie za głęboko, aby zanurzenie jej w opłucnej możliwie nie przekraczało *minimum* niezbędnego dla ukazania się wahań manometrycznych.

Niedopuszczanie do zbytniego rozprężania się płuc z powodu zbytniego dystansowania uzupełnień, natomiast częstsze, nieduże dopełnianie naprzemian może zapobiec niespodziewanemu zbliżeniu płuca do klatki piersiowej, narażającemu je na przekłucie przy dopełnianiu.

Drobne nakłucia płuca podczas prób nałożenia odmy, czy podczas dopełnień zdarzają się dość często, nie pociągając za sobą poważnych następstw, poza niedużym krwiopluciem lub samoistnym dopełnieniem odmy.

Rozdarcie płuca przez nadszarpięcie zrostów lub pęknięcie jamy wywołuje następstwa w postaci wysięków zakażonych. Torakoplastyka, wykonana zanim organizm znajdzie się w stanie wyniszczenia i posuniętej skrobiawicy, może być zbawienna dla tych, na szczęście rzadkich, przypadków.

Wyniki leczenia odmą jednocześnie obustronną, oparte na większej liczbie przypadków, są następujące.

K. Dąbrowski z J. Gackowskim mieli na 65 chorych z odmą obustronną 35,3% poprawy. Statystyka obejmuje materiał od 1923 roku i zawiera niektóre przypadki zbyt ciężkie. Przy stosowaniu leczenia odmą obustronną w odpowiednich tylko przypadkach spodziewają się ci autorzy do 50% poprawy.

W. Stankiewicz-Trybowska na 56 przypadków odmy obustronnej miała wynik dodatni w 30 przypadkach, t. j. 53,6%, z czego 14 przypadków znacznej poprawy i 16 przypadków poprawy.

Na 70 przypadków, ogłoszonych przez P. Mar-

\*) Cytowane według O. Sokołowskiego: „Powikłania poddmowe” referat na V Zjazd Przeciwgruźliczy w Warszawie w grudniu 1933.

tyszewskiego wspólnie z W. Stankiewicz-Trybowskią, przypadało 50—70% poprawy (zależnie od stanu ogólnego, charakteru i rozległości zmian), w tym 30% stanowili odprątkowani.

H. Reiterowski i A. Margolisowa mieli na 12 chorych dorosłych 25% poprawy i 40% zgonów. Chorzy pochodzili z ubogiej klasy, mieli b. złe warunki mieszkaniowe i nie mogli leczyć się w szpitalach i sanatoriach. Stąd pochodzi wysoki odsetek zgonów (40%).

Bielajewa i Wierchowska na 381 przypadków, ogłoszonych w roku 1934, miały 10% wyleczenia, 13,6% znacznej poprawy, 15,4% poprawy i 61% bez poprawy.

Wyniki leczenia poza rolę lekarza, odpowiedniego przezeń opanowania techniki i doboru przypadków, zależą w dużej mierze od materiału chorych pod względem socjalnym, od ich warunków mieszkaniowych, odżywiania i możliwości korzystania z leczenia szpitalnego i sanatoryjnego.

Na zakończenie podam opis przypadku odmy obustronnej, zasługującego z wielu względów na omówienie.

F. J. lat 26, doróżkarz, zgłosił się do poradni przeciwgruźliczej „T. O. Z.” w Otwocku w lutym 1936 roku podając, że od trzech tygodni kaszle, odpluwa nieco zrana, poci się nieznacznie w nocy, stracił łaknienie, czuje się osłabiony. 3 lata temu przechodził grypę. Był wówczas badany i prześwietlany, lecz nic, jak podaje, w płucach nie wykryto. Pacjent czuł się zdrow do daty, z którą wiąże początek obecnej choroby. Chorób, przebytych w dzieciństwie, nie pamięta. Żonaty od 2-ech lat, ma jedno dziecko. Ojciec zdrowy. Matka zmarła 20 lat temu jakoby na cukrzycę. Z trojga rodzeństwa jedna siostra, trzecia z kolei, a starsza od chorego o 5—6 lat, zmarła na gruźlicę płuc 10 lat temu. Nie palił, alkoholu nie nadużywał.

Badanie przedmiotowe. Chory budowy silnej, prawidłowej, miernie odżywiony. Waga 61,3 kg przy wzroście 168, t° 36,8°. Klatka piersiowa dobrze wysklepiona, symetryczna, dołki nadobojczykowe słabo zaznaczone. Kąt międzyżebrowy prosty. Wypuk po stronie prawej przytłumiony do 1/2 łopatki. Wydech nad szczytem wydłużony. Rzężeń nie wysłuchuje się. Nad lewym przytłumienie i nieznaczne osłabienie oddechu. Badanie płwociny wykazało 5—40 prątków Kocha w p. w. Odczyn Biernackiego 1<sup>o</sup>—7 mm, 2<sup>o</sup>—23 mm (metodą Westergreena).

Badanie rentgenologiczne. Płuco prawe: plamisto-smugowate zaciemnienie do 4-go żebra. Na wysokości pierwszego żebra jama wielkości pięciolotówki. Płuco lewe: plamisto-smugowate zaciemnienie do 2-go żebra. Obwodowo jama wielkości pięciolotówki z wyraźnym oskrzelem drenującym. Wnęki wzmożone. Gruczoły duże, częściowo zwapniałe. Ruchość przepony prawidłowa (Ryc. 1).

Chorego skierowano do sanatorium celem zastosowania odmy najpierw po stronie prawej, potem po stronie lewej. 30.III.1936 założono choremu odmę prawostronną, 19.IV.1936 lewostronną. Od 9.V.1936 dopełniam odmę ambulatoryjnie z obu stron naprzemiennie, przerwy między dopełnieniami jednej strony początkowo tygodniowe, później 10-dniowe. Wprowadzaliśmy 500—700 cm powietrza, kończąc zawsze na ciśnieniach ujemnych.

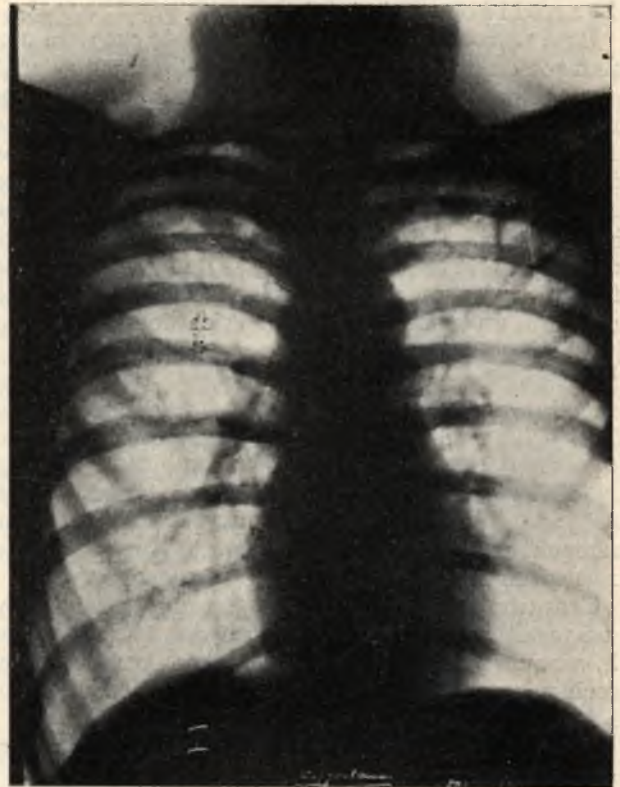
W wyniku stosowania odmy chory od września nie prątkuje. Ciepłotę ma prawidłową. Nie kaszle. Odpluwa niekiedy nieco zrana, lecz wielokrotne badanie prątków nie wykryło. Na wadze przybyło choremu 12,5 kg. Odczyn Biernackiego wykazał dużą poprawę: po 1<sup>o</sup>—1,5 mm, po 2<sup>o</sup>—3,5 mm. Badanie rentgenologiczne z dnia 2.VIII.1936 (Ryc. 2):

Odma wybiórcza obustronna. Po stronie prawej pomimo taśmowatego zrostu w pierwszym międzyżebżu jama niewidoczna. Po stronie lewej jamka wielkości monety dwugroszowej,

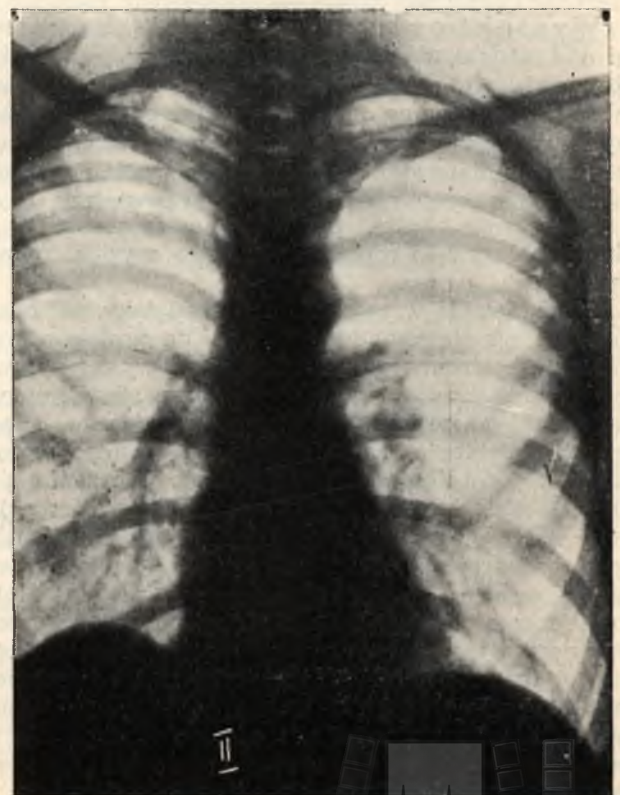
przyścienna, zawieszona na powrózkowatym zroście. Drugi zrost powrózkowaty łączy szczyt z kopułą klatki piersiowej.

Przypadek niniejszy zasługuje na omówienie z następujących względów:

1. Przed odmą mieliśmy obustronnie jamy nieme, wykryte tylko dzięki badaniu rentgenowskiemu.



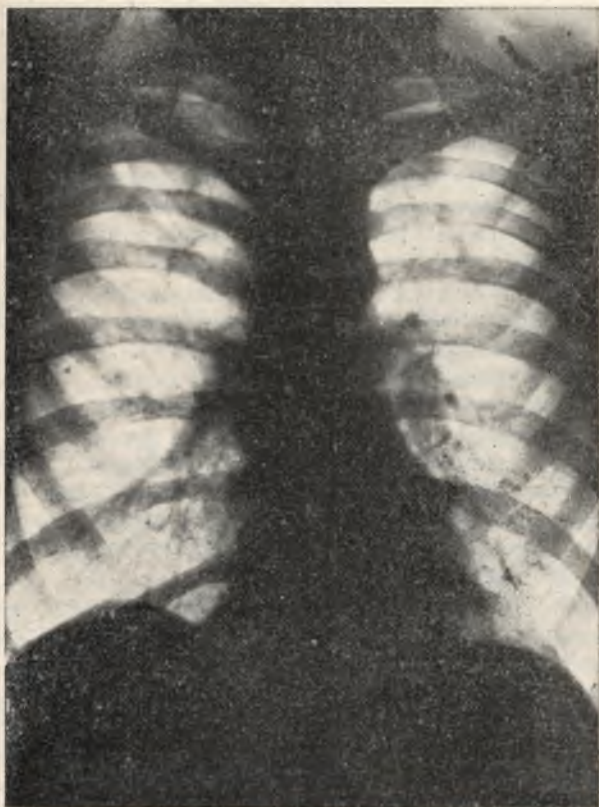
Ryc. 1.



Ryc. 2.



2. Mieliśmy wątpliwości, czy odma będzie skuteczna wobec zrostów. Zwłaszcza niepokoił nas powrózkowaty zrost po



Ryc. 3.

stronie lewej, napinający jamę i, zastanawiając się nad ewentualnym skierowaniem chorego do kaustyki, rozważaliśmy argumenty, przemawiające za i przeciw zabiegowi. Za zabiegiem przemawiało utrzymywanie się jamy po stronie lewej, po czterech miesiącach stosowania odmy. Umieszczenie przyściennej jamy, napinanej przez powrózkowaty zrost, kryje w sobie niebezpieczeństwo jej pęknięcia z groźnymi następstwami odmy samoistnej. Zrost powrózkowaty, który napina ścianę zewnętrzną jamy, opierając się na obrazie rentgenowskim, wydaje się odpowiedni do zabiegu.

Przeciw zabiegowi przemawia b. dobry stan ogólny chorego, prawidłowa ciepłota, duży przybytek wagi, a zwłaszcza zniknięcie prątków oraz duża poprawa odczynu Biernackiego, dowodząca wzmocnienia sił odpornościowych ustroju. Zmniejszenie się stałe zarysu jamy oraz możliwość powikłań, związanych z zabiegiem, które pogorszyłyby stan chorego, również powstrzymywały nas od zabiegu.

W rezultacie stosowaliśmy odnę nadal, i zdjęcie z dnia 22.XI.1936 nie wykazuje już jamki po stronie lewej (Ryc. 3). Nie jesteśmy pewni, czy mamy zniknięcie jamy na stałe. Niejednokrotnie obserwowaliśmy, jak zrosty podobne, napinające tkankę chorą w miejscu położonej jamy, powodowały po okresie ciszy zaognienie procesu i uwidocznienie, nawet powiększenie jamy. Na razie zajmujemy nadal stanowisko wyczekujące.

Wprowadzenie do leczenia odmy obustronnej stanowi dużą zdobycz w leczeniu gruźlicy płuc. Odma obustronna udostępniła stosowanie leczenia zapadowego w przypadkach ze zmianami obustronnymi, rozszerzając zakres możliwości stosowania odmy z klasycznych 4—8% do 50% gruźlików (według Liebermeistra). Chorzy, leczeni obecnie skutecznie odną obustronną, dotychczas najczęściej zdani byli na łaskę wyników kosztownego, długoletniego, mało dostępnego leczenia klimatycznego.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### Przemiana materii przy obfitym białkowym pokarmie.

Podał

Dr K. BABENKO (Warszawa).

Fizjologia i biochemia pokarmowa sowskiej i niestannie pracującej nad budową solidnych, pewnych podstaw teoretycznych dla praktycznego rozwiązania zagadnienia racjonalnego żywienia.

Nigdy nie brakowało ogólnego zainteresowania dla owego zagadnienia, to też i teraz, gdy wystąpiło tak głośno na arenie światowej, gdy upatrzone zostało w Lidzie Narodów jako czynnik zbawienny w rozwiązaniu kryzysu obecnego (szczególnie w dziedzinie rolnictwa), nie dziw, że fala uwagi tak się wzniosła, iż aktualną się stała nie tylko dla prasy fachowej, lecz rozgłoszenie się odezwała i w pismach codziennych.

Na czasie wobec tego będzie przypatrzeć się jednej ze stron owego zagadnienia, szczególnie zasługującej na zastanowienie się z powodu oryginalnego, zupełnie nowego podejścia do niej.

Mianowicie, w badaniach nad normą pokarmową białka zwykle za cel poszukiwań stawiano oznaczenie *minimum* białkowego, a teraz mamy całą dużą serię prac, w których postawienie zagadnienia jest zupełnie odmienne, bowiem poszukiwania skierowane zostały na ustalenie optymalnej, a nie minimalnej ilości białek pokarmu. Prace owe wykonane zostały w zakładach

Instytutu Odżywiania i Instytutu Medycyny w Leningradzie. Szczególnie uwzględniano wahania *optimum* białkowego w różnych zawodach pracy.

Innymi słowy, obok wielkiej budowy, jaką wzniesli Liebig, Voit, Rubner, Chittenden, Abderhalden, układają się obecnie fundamenty gmachu, którego treścią nową jest sprawa *optimum* normy pokarmowej i kwestia modyfikacji owego *optimum* w zależności od pracy zawodowej, względnie dla różnych warstw ludności.

#### I. Wymiana azotowa.

Badania przeprowadzone zostały przez Charitę, Kaszewnika i Nejfacha (Fiz. Z. SSSR. T. XIX, z. 2, 35 r.). Badania wymiany azotowej następująca duże trudności natury metodycznej.

Jakościowa strona scharakteryzowania białek jest zbyt daleka od dokładności: przede wszystkim co do sprawy pełnowartościowości białek pod względem aminokwasów i co do wartości biologicznej białek, która nie daje się dokładnie oznaczyć według dotychczasowych wzorów (Thomas 09, Rożański).

Ilościowa strona istniejącej metodyki również posiada zbyt dużo zarzutów: 1) za wskaźnik intensywności rozpadu białek przyjmowane jest dotąd wydzielenie ogólne azotu, a jednak prace Cathcarta i Green (13'16), a również Cadewella i Clatworthy (16) wykazują, że ogólne wydzielenie azotu nie może być uważane za miarę intensywności spalania białka.

łek, 2) jako kryterium fizjologiczności diety białkowej przyjmowana jest równowaga azotowa w wymianie materii, jednak dużo prac wskazuje na to, że owa równowaga nie może służyć za wskaźnik optymalności diety w warunkach fizjologicznych, gdyż nawet przy 25 g białka na dobę osiągnano równowagę azotową (Hinde' 14), 3) bilans azotowy nie zawsze daje obraz przemiany azotowej w dniach doświadczalnych, lecz często zależy od okresu poprzedzającego (Lauter i Jenke, 25 r.).

W przedstawianych badaniach autorów starano się uwzględnić owe nieścisłości, przy czym doświadczenia polegały na:

a) określeniu całkowitego utleniania (względnie wykorzystania dobowego) białek w metabolizmie tkanek, za wskaźnik czego służyć miał współczynnik  $R_{O_2}$  (mocznikowy) i zawartość kreatyniny i amoniaku w moczu, b) określeniu stosunku azotu kału do ogólnego wydzielania azotu, co ma charakteryzować stopień trawienia białek, c) zbadaniu czynności nerek przy różnych dawkach białek — na podstawie zjawiania się białka w moczu i na oznaczaniu azotu we krwi.

Zbadano osiem różnych diet z ilością białek od 130 do 250 g na dobę. Kaloryjność pokarmu wynosiła 3750—4000 kal., ilość tłuszczów była bliska 80 g., przy zwiększaniu ilości białek odpowiednio zmniejszano ilość węglowodanów. Do 50—55% białek stanowiły białka zwierzęce, 45—50% roślinne. Pokarm pobierano 4 razy dziennie. Cały czas doświadczeniom towarzyszyła obserwacja kliniczna.

Autorowie doszli do wniosków:

1. Wszystkie stosowane zwykle wskaźniki przemiany białkowej (bilans azotowy, współczynnik mocznikowy, współczynnik kreatyninowy, stosunek azotu wydaliny, resztkowy azot krwi) pozostawały stabilne przez cały czas badań przy różnych ilościach białek w pokarmie, więc wskazuje to na braki stosowanych dotąd metod badania przemiany białkowej.

2. Bilans azotowy przeważnie miał pewną nadwyżkę, jednak przyrost wagi badanych osobników tylko częściowo odpowiadał azotowi zatrzymanemu w ustroju.

3. Przy maksymalnych dawkach białkowych prawie wszystkie osoby badane wydalały ślady białek, co wskazywało na górną granicę progów.

W badaniach autorów ilości absolutne wydzielanej kreatyniny wzrastały równobieżnie do ilości podawanych białek, i stosunek azotu kreatyniny do azotu całkowitego był dosyć stabilny. Absolutna ilość wydzielanej kreatyniny u mężczyzn była nieco wyższa od wydzielanej u kobiet. Według Schaffera (08 r.) wydalanie kreatyniny zależy od masy mięśniowej osobnika.

Przy maksymalnych dawkach białek znaczna nadwyżka bilansu azotowego tłumaczy się przede wszystkim trudnością szybkiej adaptacji organizmu do wyso-

kiego poziomu białka. Przy tym okazuje się, że maksymalna górna granica białka znajduje się nie na zbyt wysokim poziomie, mianowicie ilość białka w pokarmie nie może przekraczać 250 g dziennie, gdyż występują wtedy zaburzenia w układach krwioobiegu i nerwowym.

Co do optymalnych norm białkowych jednak wymiana azotowa, nawet przy szczególnym uwzględnieniu tej sprawy przez autorów, nie dostarczyła należyście przekonywających wyników, co, zdaniem autorów, tłumaczy się nieścisłością istniejącej metodyki.

W dalszym ciągu poszukiwania normy optymalnej opierały się na badaniach różnych innych zjawisk przemiany.

II. Stosunek kwasów i zasad.

Badania wykonane zostały przez Greczko, Kaszewnika, Morozowa i Nejfacha (Fizioł. Z. SSSR., XIX, z. 3, 35 r.).

Wyniki tych badań dadzą się streścić w sposób następujący:

1. Neutralizacja kwasów, pochodzących z diety białkowej, odbywać się może albo kosztem zasad mineralnych pokarmu nietłotnych, albo kosztem zasad lotnych — połączeń amoniaku, których źródłem jest tkanka bądź białko pokarmu.

2. Wzrost współczynnika  $NH_3$  Hasselbalcha może mieć miejsce przy istniejącej zneutralizowanej kwasowości, przy nieobecności odchylenia pH w stronę kwasów.

3. Duże normy białkowe (250 g) powodują zwiększone wydzielenie w moczu niedopałków kwasów organicznych.

4. Badania równowagi kwasowo-zasadowej, przy stosowanych dietach białkowych, nie dały kryteriów co do optymalności norm białkowych, a to z przyczyny, że istniejąca metodyka oznaczania kwasów i zasad w popiole pokarmu białkowego nie daje całkowitego pojęcia o wpływie pokarmu na równowagę kwasowo-zasadową organizmu, gdyż nie uwzględnia zawartych w pokarmie źródeł amoniaku.

Niezależnie od tego, czy źródłem amoniaku jest białko tkankowe, czy też białko pokarmu, niewątpliwie, zasady lotne są ważnym czynnikiem w regulacji równowagi.

Zagadnienie metabolizmu białkowego w związku ze zmianami równowagi kwasowo-zasadowej nieraz już zajmowało uwagę badaczy.

Tak Mc Collum i Hoagland (13'14 r.) wykonywali doświadczenia na świniach, przy czym wykazali, że, jeśli do pokarmu węglowodanowego dodać zasad, wtedy znacznie obniża się przemiana endogenna; na odwrót, przy diecie kwaśnej zwiększało się wydzielenie amoniaku.

Röse i Berg (18) i również Bork (23) uważają, że ilość koniecznych w pokarmie białek może być obniżona drogą wzbogacenia pokarmu przez zasady.

(Dok. nast.)

## O c e n y k s i ę ż e k .

**Dietetyka Praktyczna.** Opracowana w Liceum Dietetycznym w Inowrocławiu przez D-ra N. Górską, J. Lewandowską, mag. M. Morzkowską i inż. M. Romanowską. — Poznań, Nakładem Księg. K. F. Twardowskich. 1936, str. 462.

Książka ta, przeznaczona głównie dla kierowniczek sanatoriów i pensjonatów, nie ma być książką kucharską, lecz dietetyczną w pojęciu praktycznym. Dietetyka jest to wiedza żyjąca, nauka stosowana, rozwijająca się i postępująca, rozjaśniająca

ca coraz bardziej chemizm ustroju ludzkiego i wyzyskująca każdą nową zdobycz medycyny praktycznej i teoretycznej. Kuchnia dietetyczna, mimo iż jest odpowiednikiem dietetyki, jako nauki i sztuki, opartym między innymi i na doskonalącej się technice przygotowania surowców, nie może być międzynarodową — jak słusznie zaznacza w przedmowie docent Sabatowski ze Lwowa — jakkolwiek jest oparta na wytycznych wiedzy międzynarodowej. Każdy kraj spożywa produkty włas-



ne i obce w różnej ilości, w różnej formie, w różnym smaku, nawet w różnych okolicach tegoż kraju różnie się przygotowuje surowce i różnie są podawane i spożywane. Lekarze, zwłaszcza w ostatnim ćwierćwieczu, zainteresowali się kuchnią, tym tworem narodowym, wprowadzając to i owo — z nauki o kaloriach, o witaminach i t. p. — dyktując konieczność zmian i reform. Ciekawa rzecz, na co zwraca uwagę przedmowa, że we Francji lekarze zawsze bardzo interesowali się kuchnią racjonalną a wytworną, jej upodobaniami kulinarnymi, a nawet na czele ich stali w ostatnich latach przypadkowo Polacy emigranci i przypadkowo neurologi, głośni nie tylko w kunszcie dietetyczno-kucharskim (prof. Babiński i Pożerski). Szkoły zawodowe tego rodzaju dla wychowanek gimnazjalnych szerzą „naukową” wiedzę kulinarną przede wszystkim w lecznicach, sanatoriach i uzdrowiskach. Z tego też łona wyszedł podręcznik poznański, który na blisko 500 stronicach poucza o sztuce gotowania. Aczkolwiek w tytule zapowiada się książka jako podręcznik praktyczny, to nie brak mimo to na pierwszych stu stronicach wstępnego rozdziału, omawiającego potrzeby organizmu, rolę poszczególnych składników pokarmowych w żywieniu, proces trawienia i przemiany materii obok towaroznawstwa wszelakich prowiantów. Ostatnie 3 rozdziały opracowują dietetykę szczegółową w chorobach gorączkowych, krwi, żołądka i kiszki, serca, płuc, nerek, przemiany materii. Najbardziej esencjonalny jest ostatni rozdział, dla kierownika sanatorium najważniejszy, mówiący o sprawie przyrządzania pokarmów i przepisu potraw, na szczęście nie igrający zbyt „ad usum delphini” popularną biochemią, kaloriami i gramem. Taka, na teorii oparta, praktycznie pomyślana polska kuchnia dietetyczna jest potrzebna i niewątpliwie oddziała wychowawczo i na szerokie sfery społeczeństwa. Znajdzie i smakosz gastronom wskazówki oraz zasady ogólne gotowania, smażenia, duszenia, pieczenia, znajdzie przepisy przystawek i zup, dań z mięsa, ryb i warzyw, potraw z mąki i kasz, z jaj, mleka, masła, z serów, przepisy na sałaty i surówki, desery i sosy, leguminy i kompoty, nawet na różne napoje bezalkoholowe, znajdzie laik i tabelki z katabolizmu ustrojowego w skazie dnawej, szczawianowej, moczanowej i wapniowej, znajdzie zestawienie w tablicach produktów o większej zawartości związków purynowych, kwasu szczawowego, soli wapniowych i t. p. Czego w 13-tu podstawowych dietach nie znalazłem, to jest dieta dla chorych nerwowych. Jest to może i słusze. Obok miary i wagi podawane są w gramach ogólne ilości białka, tłuszczu, węglowodanów i kalorii. Większość przepisów potraw obliczana jest na jedną osobę, gdyż kuchnia dietetyczna musi traktować chorych indywidualnie. Spis alfabetyczny i spis rzeczy są racjonalnie i bezbłędnie ułożone.

H. Higier.

**B. KARPMAN.** Case studies in the psychopathologie of crime. (Psychopatologia przestępstwa. — Poszczególne przypadki) 2 tomy, str. 1042. Mental science Publishing Co. Nowy York, Waszyngton, Chicago.

Praca, obejmująca 1042 strony dwutomowej książki dużego formatu, jest w założeniu autora materiałem do poznania osobowości przestępcy i gruntu, na którym osobowość ta się rozwija. Dedykacja, w której między innymi autor zaznacza, że książka jego ma na celu korzyść „naszych podwójnie nieszczęśliwych przyjaciół-przestępców chorych umysłowo”, świadczy o wysoce humanitarnym stosunku jego do ludzi, stanowiących przedmiot jego badań. Zdaniem autora, przestępcy są ludźmi chorymi i mniej wrogami społeczeństwa, niż jego ofiarami. Technika pracy tej jest następująca. Autor, zadawając się danymi jakich dostarczają wywiady, obserwacja, badania fizyczne, psychiczne i psychiatryczne, podchodzi do każdego z osobników, stanowiących materiał jego dociekań, w sposób dostosowany do niego indywidualnie, posługując się często psychoanalizą. Zazwyczaj, nie krępując badanego pytaniami, poleca mu opisać historię jego życia. Otrzymany, najczęściej niewystar-

zający materiał bada i na jego podstawie zadaje przestępcy pytania, na które otrzymuje piśmienne odpowiedzi, dostarczające autorowi materiału do następnych pytań. Trwa to dopóty, dopóki zebrany materiał nie odpowie wymaganiom autora, który podkreśla, że metoda ta jest bardziej obiektywna, niż inne, gdyż pozbawiona jest składnika sugestii. Poza tym autor prowadzi rozmowy z badanymi, a niekiedy posługuje się metodą kojarzeń, których materiał służy mu następnie do układania indywidualnego kwestionariusza. Wywiady, obserwacja w szpitalach i więzieniach, listy przestępcy, korespondencja do niego, zdania o nim lekarzy i opiekunów, przebieg jego życia po powrocie do społeczeństwa, opinia o nim współtowarzyszy, rodziny i otoczenia, wszystko to jest uwzględnione, zestawione i zamieszczone w pracy. Na tym istotnie bardzo szczegółowym i obszernym materiale autor się opiera przy wyciąganiu ostatecznych wniosków, z którymi nie zawsze w całej rozciągłości można się zgodzić. Jednym z zarzutów, które, zdaniem autora, mogłyby się nasuwać, jest ten, że materiał na którym autor się opiera i którym operuje, pochodzi w znacznym stopniu od człowieka chorego, oraz że w materiale tym znajdują się takie dane, które nie zawsze można sprawdzić, nie należy zatem na nim bardzo polegać. Badacz uważa zarzut ten za niesłuszny: przy leczeniu psychoterapią materiał zdobywa się również od chorego, a wszak materiał ten ma dla kuracji doniosłe znaczenie. Autor nie uwzględnia jednak różnicy między stosunkiem chorego psychicznie do opiekującego się nim lekarza, a stosunkiem przestępcy do badającego go ucznogo. W tym ostatnim przypadku łatwo jest zrozumieć pragnienie wprowadzenia w błąd. Praca powstała przy współudziale pewnej liczby osób, interesujących się zagadnieniami z psychologii, psychopatologii i przestępczości. Całość materiału stanowi opracowanych bardzo szczegółowo 5 przypadków, których treść istotna jest podana zgodnie z rzeczywistością, zmienione tylko nazwy więzień, szpitali, miejscowości, nazwiska i t. d. Dla zilustrowania charakteru pracy podam w skróceniu jeden z przypadków i przedstawię sposób, w jaki autor objaśnia ukształtowanie się duchowej sylwetki danego przestępcy i wystąpienie u niego zaburzeń psychicznych. Przypadek ten dotyczy 30-letniego aresztanta, leczzonego w zakładzie psychicznym, dziecinnie nieobciążonego. Miał on 11 lat, gdy rodzice jego z winy matki się rozeszli. Dzieci zostały przy ojcu, człowieku b. dobrym, łagodnym i gorliwym katoliku, który, uważając, że zawodowa praca (był majstrem) nie pozwoli mu na odpowiednie kierowanie wychowaniem dzieci, umieścił je w zakładach, prowadzonych przez zakonnice. Chłopcu nie było źle pod ich opieką — siostry były łagodne, — nudził się jednak i tęsknił za domem. Kilkakrotnie uciekał z zakładu, w końcu zakonnice zrzekły się opieki nad nim. Ojciec odebrał wtedy i inne dzieci i zaczął prowadzić dom rodzinny. 12-13-letni chłopiec wykazuje duży spryt i zmysł praktyczny. Łowi dzikie króliki, zółwie, piżmowce i sprzedaje je z dużym zyskiem, zarabia również, roznosząc po domach w chwilach wolnych od zajęć szkolnych, gazety i czasopisma. Pieńdzdze wydaje na własne przyjemności i na prezenty dla rodziny, do której jest bardzo przywiązany. Do ulubionych rozrywek jego należało wskakiwanie do będących w biegu pociągów, przejeżdżał kilkanaście lub więcej mil ang. i w ten sam sposób wracał do domu. Pewnego razu wskoczył z paru kolegami do pociągu, nie wiedząc, że jest on dalekobieżny i że nie zatrzymuje się w pobliżu. Gdy wreszcie pociąg stanął i nieletni trampowie wysiedli, okazało się, że nie prędko znajdą pociąg powrotny. W pobliżu stacji stała zaprzęgnięta bryczka. Skorzystali z tego, że przy bryczce nie było nikogo, wsiedli do niej i wrócili do miejscowości, w której mieszkali. Konia i bryczkę umieścili w pobliskiej fermie, której właściciel wyjechał na zimę do miasta, i przez czas jakiś korzystali z zaprzęgu. Zaniepokojeni w pewnej chwili pytaniami znajomych, skąd mają konia, i tym, że w okolicy zaczęto mówić o zaginionym zaprzęgu, postanowili odstawić go na posterunek policji wraz z kartką, zawierającą adres, skąd pochodzi. Zanim

jednak zdążyli to zrobić, zostali aresztowani, przy czym policjant powiedział im, że grozi im więzienie do trzech lat. Ojciec chłopca zdecydował się pokryć straty, poniesione przez właściciela zaprzęgu, i ten ostatni cofnął skargę, wobec czego chłopiec miał być zwolniony lada chwila. Ojciec, odwiedziwszy go w areszcie, przyniósł mu dwa garnitury i trochę pieniędzy, gdyż chłopiec bezpośrednio po opuszczeniu aresztu miał pojechać do katolickiego domu wychowawczego. Niespełna 14-letni chłopiec, w obawie, by władze nie zmieniły decyzji i nie zmusiły go do odsiadania kary więziennej, w sposób niebывale sprytny na chwilę nieomal przed opuszczeniem aresztu — ucieka, wsiada do pociągu pociągów pośpiesznych i znajduje się w wielkim mieście, odległym o 600 bez mała mil. ang. od miejsca zamieszkania. Garnitury chłopięce wymienia u tandeciarza na jeden, lecz dla dorosłego mężczyzny, i w garniturze tym wygląda na znacznie starszego, niż jest w istocie. W chwilę po tym zostaje zatrzymany przez policjanta, jako podejrzany o włóczęgostwo. I tym razem udaje mu się wymknąć z aresztu; schowawszy się w koszu od bielizny, opuszcza niezauważony przez nikogo podwórce więzienne. Stara się o zajęcie, i udaje mu się otrzymać posadę pomocnika kucharza na statku. Po paru miesiącach niespełna 15-letni chłopiec zostaje kochankiem żony kucharza. Zimą, gdy statek przestał kursować, nasz bohater udaje się do miejscowości, gdzie pracował jego starszy brat, z którym utrzymywał stosunki, gdyż, pracując na statku, pisywał dość często do rodziny, posyłał nawet do domu prezenty, nie podając jednak adresu, gdyż bał się, by go nie zmusili do powrotu. Brat wyrobił mu posadę, na której chłopiec, okazując uzdolnienie w kierunku mechaniki, zarabiał b. dobrze. W pewnej chwili poznał wypadkowo dziewczynę, w której się zakochał z wzajemnością; postanowili oni się pobrać, skoro tylko jego dochody pozwolą na utrzymanie rodziny, a tymczasem widywali się rzadko, gdyż mieszkali w miastach, dość od siebie odległych. Właścicielka pensjonatu, w którym chłopiec mieszkał, kobieta ładna i młoda, zawiązała z nim romans i za pomocą szantażu chciała go zmusić do małżeństwa — miał wtedy nieco powyżej 17 lat. Uciekając przed nią, rzuca posadę i przenosi się do innego miasta, gdzie otrzymuje pracę, jako pomocnik kucharza w restauracji. Tu zaczyna pić, hulać i grać w hazard. Wszystko, co miał, przegrywa, w dodatku zarząza się kiłą, co go doprowadza do rozpacz, gdyż zdaje sobie sprawę, że nie może ożenić się z ukochaną. Zawiadania ją o swej chorobie, i dziewczyna pomimo głębokiego uczucia, rezygnuje z małżeństwa. Choć bardzo nieszczęśliwy, nie ma jednak pretensji do kobiety, która go zaraziła kiłą. Wkrótce po tym, w czasie gry hazardowej w podejrzanym lokalu, zostaje zaaresztowany, a następnie wysłany do obozu pracy przymusowej, znajdującej się bardzo daleko, w najszczerzym pustkowiu. Z chorym na płuca towarzyszem ucieka stąd nie posiadając nie tylko żywności, lecz nawet wody. W czasie tej straszliwej drogi, konając nieomal z wycieńczenia, znajdują w jakichś ruinach gniazdo puchacza i surową krwią młodych ptaków gaszą pragnienie i głód. Ostatecznie udało im się dobrać do miasta, gdzie nasz młodzieniec miał krewnych. Pomogli mu oni wynaleźć pracę. Kiła, „jak zły pies“, co jakiś czas mu dokuczała, przy tym chłopiec pije dużo, a w pewnej chwili włamuje się po pijanemu z kilku towarzyszami do budynku na terytorium kościelnym, żeby się dobrać do wina mszalnego. Tu budzi go policja, jest sam, koledzy zbiegli. Łącząc ten wypadek z dawną niechęcią chłopca do pozostawiania w szkołach katolickich, uznano go za zakamieniałego wroga katolicyzmu. Ksiądz zaciekle go oskarża, utrzymując, że popełnił świętokradztwo świadomie, a że główny winowajca, bo inspirator kradzieży wina kościelnego, uciekł, on jeden zostaje ukarany i otrzymuje dwa lata więzienia. W dodatku w wyroku nazwano go wyjątkowo niebezpiecznym przestępcą. Rozgorycza go to w b. silnym stopniu. W więzieniu wykołajeniec przechodzi edukację w zakresie przestępczości. Rozgoryczenie i wzburzenie wzrastają stale wobec złego stosunku do niego i do innych aresztantów dozorców wię-

ziennych. Lubo powiedział, że chciałby pracować w zakresie mechaniki, kazano mu wyplatać krzesła. Pracował niechętnie, więc źle. Był często karany. Jedną ze stosowanych w tym więzieniu kar polegała na tym, że więzień winien był stać w kącie celi bez ruchu w ciągu 12 godzin. W razie najdrobniejszej zmiany pozycji otrzymywał od dozorczy uderzenie pałką po głowie. Kiedyś otrzymał za karę 11 dni o chlebie i wodzie, przy czym w ciągu tego czasu musiał co rano dźwigać przez godzinę worki piasku wagi 100 funt. W więzieniu rozwinęła się w nim mściwość, którą o ile możności, starał się zaspokajać, potrzeba pomszczenia swych krzywd była tak silna, że na jednym ze swych krzywdzieli zemścił się w parę lat po opuszczeniu więzienia w ten sposób, że, wiedząc, iż posiada on samochód niezaasekurowany, ułatwił złodziejom jego kradzież. Zemsta na innym dozorczy wyraziła się jeszcze dotkliwiej. Gdy jeden z aresztowanych zbiegł z więzienia, nasz przestępca, badany przez naczelnika, dał mu do zrozumienia, że ułatwił zbiegłemu ucieczkę przekupiony przez dozorca, lubo nic podobnego nie było. Ten ostatni został następnie za drobne przewinienie zdegradowany. Prześladowania, jakie znosił od dozorców, sprawiły, że wyrobił on sobie przekonanie, iż dozorczy pastwią się nad aresztantami z sadyzmu, że dręczą ich dla własnej przyjemności. Uczucie niechęci i gniewu rozszerzało się, obejmując coraz więcej ludzi: nie mógł zapomnieć, że ksiądz zaciekle go oskarżał, że prokurator i sąd go skrzywdzili, piętnując mianem specjalnie niebezpiecznego przestępcy, że sędzia się nie zastanowił nad tym, że on z więzienia wyjdzie bardziej niebezpieczny, niż był w chwili, gdy do niego wchodził. Po półtorarocznym pobycie został zwolniony warunkowo i wrócił do rodziny, która przyjęła go bardzo serdecznie. Znalazł z łatwością pracę w rodzinnym mieście i zarabiał dobrze, musiał się jednak co pewien czas meldować w policji. Nie podobało mu się to, choć stosunki z władzami były dobre. Doszedł do przekonania, że wygodniej dla niego będzie zostać istotnym przestępcą, niż żyć z podejrzaną reputacją. Wyjechał za tym z miasta, gdzie mieszkał jego ojciec i rodzina, z myślą dojścia w sposób nielegalny do wielkiego majątku. Postarał się o pracę w hucie, gdzie oddzielano żelazo od cyny. Wykazując, jak zazwyczaj, b. dużo sprytu, kradł przez długi szereg miesięcy cyny za 50 dol. dziennie. Robił to w sposób następujący: Wobec tego, że wóz, którym woził ładunki cyny, był ważony przed i po naładowaniu, przed pierwszą wagą obciążał go wielkimi ciężarami, umieszczonymi pod siedzeniem, usuwając je przed zważeniem po naładowaniu. Gdy sprawa się wykryła, zdążył zbiec. Pragnąc odrobić czas, stracony w więzieniu, porwał się na b. niebezpieczne, lecz i b. zyskowne wyczyny: okradał automaty, „nabierał“ w najrozmaitszych miastach przez czas dłuższy na b. duże sumy jedno z większych tow. elektrycznych, wreszcie do spółki z jednym z b. towarzyszy więzienia systematycznie okradał rozmaite domy handlowe, zamawiając za zaliczeniem pocztowym drogie towary i polecając je kierować na odległe i odludne stacje, które następnie obrałowywali. Ostatecznie został przyłapany. W więzieniu tymczasowym obchodzono się z nim nie tylko surowo, lecz wprost okrutnie; łańcuchy, którymi miał skute ręce, przymocowano do kaloryfera zimnego, a gdy aresztant zaczął się skarżyć na zimno, puszczono parę, nie odwiązuując go od grzejnika, w następstwie czego wystąpiły silne oparzenia, wymagające interwencji lekarskiej. Tym razem otrzymał 3 lata więzienia. Teraz spotkał się z przestępcami, odsiadującymi długoterminowe kary. Był między nimi wysoce utalentowany inżynier, nienawidzący całą duszą rządu St. Zjednoczonych. Znał dobrze prawo i dawał często cenne rady, zwłaszcza takim przestępcom, co do których uważał, że mogą oni być dla rządu niebezpieczni. I w tym więzieniu stosunek władz do aresztowanych był b. zły, i tutaj, zamiast dać mu pracę, związaną z jego zawodem, dawano mu zajęcie nieodpowiednie, między innymi w krawiectwie. I tu bywał niesłusznie karany, a gdy kiła ponownie się odezwała, w związku z istotnymi prześladowaniami, jakim ulegał, nerwy



nie wytrzymały, i wystąpiły u niego urojenia prześladowcze. Został umieszczony w szpitalu psychiatrycznym, gdzie poddano go kuracji ogólnej, specyficznej i psychoterapii. Wyleczony zupełnie, został zwolniony od pozostałej kary i oddany pod opiekę rodziny. Opuszczając więzienie, wyrażał mocne postanowienie jać się pracy uczciwej. Uważa, że za poprzednie swe czyny był nieodpowiedzialny, przede wszystkim jako chory na kiłę. Obecnie jest zdrowy, zdaje sobie sprawę ze swego postępowania, będzie kroczył inną drogą. Na podstawie materiału, który tu streściłam, a który w książce zajmuje przeszło 200 stron, autor wypowiada swój pogląd na ten przypadek. Zdaniem jego, w życiu chłopca, który pod względem dziedziczności nie wykazał nic nienormalnego, i którego otoczenia również nie można uważać za anormalne, pierwszym wypadkiem, który zaciążył nad jego losem, była kradzież zaprzęgu i jej najbliższe następstwa — areszt i ucieczka z więzienia. Gdyby chłopiec ten był mniej wrażliwy, wypadek ten nie zostawiłby po sobie głębszego śladu — nadmierna wrażliwość chłopca nie pozwoliła mu odnieść się prosto do tych faktów; uciekając przed wymiarem sprawiedliwości, stał się następnie uciekinierem od prawa. Bojąc się by jego zachowanie nie przyniosło ujmy rodzinie, do której jest głęboko przywiązany, opuszcza dom rodzinny. Następnym, zdaniem autora, epizodu o większym znaczeniu, była kradzież wina kościelnego. W tym wypadku wiele zjawisk składa się na wytworzenie urazu psychicznego: chłopiec czuje się mniej winnym od towarzyszy, na niego wyłącznie jednak spada kara; książdz przejawia niechrześcijańską mściwość i zaciekłość, sędzia kieruje się raczej uczuciem, niż sprawiedliwością; obrońca nie wywiązuje się należycie ze swych obowiązków; pisma miejscowe jego kosztem polują na sensację. Wszystko to się złączyło, by zniszczyć słabą moralność młodzieńca. Resztę zrobił regime więzienny. Wynikiem było pragnienie zemsty. Zdaniem autora, nie można czego innego oczekiwać od człowieka, któremu prawo okazało oblicze prześladowcy, nie zaś opiekuna. Następnie wielką rolę w jego życiu gra syfilis — jest on przyczyną ustawicznego niepokoju i wzburzenia: młody człowiek nie może sobie wprost wybaczyć, że nie potrafił się od niego ustrzec. Syfilis nie pozwala mu zaspokoić normalnego uczucia miłości, pędzi on za tym życie samotne, lubo uważa, że rodzina jest największym dobrem człowieka. Konflikt, jaki z tego powodu przeżywa, przyczynia się w znacznym stopniu do tego, że pędzi włóczęgowski tryb życia, jak gdyby w ten sposób chciał uciec od samego siebie. W związku z tym wszystkim uważa się za straszliwie wyzyskiwanego przez los, co potęguje u niego napięcie nienawiści, zwłaszcza do prawa i do władz. Nie mogąc w świecie znaleźć sobie miejsca nastraja się przeciwko światu; powtarzające się niepowodzenia zagłuszają coraz bardziej jego zmysł moralny, popełnienie kradzieży, czy oszustwa staje się coraz łatwiejsze. Autor uważa, że nienawiść i nieufność spa-

czyły jego życie i sprawiły to, że widział przed sobą jeden tylko cel — odwet. Za dowód, że pragnienie zemsty, a nie chęć zysku, było najsilniej działającą sprężyną w przestępczości tego człowieka, autor uważa łatwość, z jaką wydawał źle nabyte pieniądze, hulając za dolary, z których ograbiał innych, bierze w ten sposób jakby odwet na tym świecie, który go skrzywdził. Od zupełnego upadku uchronił go serdeczny stosunek rodziny — on nie pozwolił mu się stoczyć niżej. Całokształt postępowania bohatera przypadku autor uważa za wyraz odwetu za głęboko odczuta porażkę i krzywdę życiową. Z 5-ciu opracowanych przez autora przypadków podaję ten właśnie, gdyż jest on, moim zdaniem, najciekawszy i najwyraźniej odbija poglądy autora, który zarówno w omawianym przypadku, jak i w pozostałych, wypowiada zdanie, że przestępczość może się rozwijać, jako reakcja uwarunkowana stanem uczuciowym (np. poczucie niższości, mniejszej wartości i t. d.), co — o ile nie będzie w swoim czasie naprawione i wyrównane — utrwali się w specjalnej formie postępowania danej jednostki. Badanie zebranego materiału doprowadziło autora — jak to już zaznaczyłam — do przekonania, że przestępcy są to ludzie chorzy i mniej wrogowie społeczeństwa, niż jego ofiary. Przy tego rodzaju założeniu rozumiały jest pogląd autora na stanowisko kar, które tak samo jak nie mogą wyleczyć cierpienia fizycznego, nie wpłyną na uzdrowienie choroby psychicznej. O ile tego rodzaju pogląd uważamy za zbyt krańcowy. słuszne jest, naszym zdaniem żądanie autora, by do zagadnienia przestępstwa przystępować każdorazowo z jasnym zrozumieniem osobowości przestępcy, zwłaszcza zaś jego potrzeb natury emocjonalnej. Na zrozumieniu tych potrzeb oparta jest nadzieja leczenia przestępców. Nie ze wszystkimi poglądami i rozumowaniem autora można się zgodzić, nie wszystkie części dzieła wzbudzają jednakowe zainteresowanie — być może, materiał jest zbyt rozwlekły, w każdym razie w pracy spotykamy dużo ciekawych spostrzeżeń, dotyczących zwłaszcza rozmaitych stron życia w St. Zjednoczonych, między innymi w okresie prohibicji. Przypadek, który tu podałam, małego więzienia St. Zjednoczonych w bardzo ponurym świetle, i dlatego muszę dodać, że w książce tej spotykamy i inne typy więzień, między innymi takie, które postawiły sobie za zadanie reedukację przestępcy. Uderza nas, że autor nie podaje w końcu pracy ogólnych wniosków, czego, zwłaszcza wobec wielkiej objętości dzieła, możnaby się spodziewać. Być może jednak czyni to celowo: materiał, tak skrzętnie zebrany, dotyczy tylko 5-ciu przypadków, — nasuwają się zatem poważne trudności przy uogólnianiu. W takim jednak razie materiał ten jest także zbyt skąpy do wypowiedzenia twierdzenia, zresztą, znanego już od dawna, i częściowo tylko słusznego, że przestępcy są ludźmi chorymi.

Dr. M. Grzywo - Dąbrowska.

## Wskazówki praktyczne.

Thompson na zasadzie własnego doświadczenia i piśmiennictwa dochodzi do wniosku, że *usuwanie operacyjne gruczolnych gruczolów szyjnych* rzadko prowadzi do radykalnego usunięcia ogniska gruczolicy, często konieczna jest operacja ponowna, a wszystko to razem daje szpetne blizny. — W konkluzji T. jest tu przeciwnikiem zabiegów operacyjnych. (Brit. med. Journ. 1936, Nr. 3950).

—o—

J. Struthers Fulton na zasadzie pomyślnych wyników uważa za *najlepsze postępowanie lecznicze w raku płuca* naświetlanie rentgenowskie w dawkach bardzo dużych — do 6000 r. Z 8 tak leczonych chorych 4 było po 7 — 12 miesiącach jeszcze przy życiu. (Brit. med. Journ. 1936, Nr. 3952).

—o—

I. Stephan stosował z dobrym wynikiem *diety bezsolną w trądziku popospolitym*: z pomiędzy 16 przypadków w 12, które ściśle przestrzegały przepisanej diety, już w ciągu pierwszego tygodnia widoczne było wyraźne cofnięcie się objawów chorobowych, u 4 chorych, którzy nie zachowywali ścisłej diety, wyniki były niedostateczne. Wynik leczniczy przypisuje S. działaniu diety na naczynia krwionośne. — Obok leczenia dietetycznego — zwykłe leczenie miejscowe. (Derm. Woch. 1936, Nr. 30).

—o—

Na zasadzie doświadczenia z wojny włosko - abisyńskiej poleca ambulans holenderskiego Czerwonego Krzyża przetwórkę *pektynowy Sango-Stop* jako wyśmienity środek przeciwkrwotoczny: 80—100 ctm<sup>3</sup> domięśniowo dawały wynik natychmiastowy. Obok działania tamującego krew, pektyny mają działanie przeciwbiegunkowe. (D. Militärarzt. Rocz. 1, Nr. 8).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 1 grudnia 1936 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-ej.

Obecnych 57 członków i 37 gości.

Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Kol. Prezes podaje do wiadomości nowe nabytki Biblioteki T-wa.

Odczyt zbiorowy o zakażeniach beztlenowcowych.

1) Kol. Ławrynowicz A., czł. T-wa „Biologia zarazków”.

2) Kol. Owczarewicz L., czł. T-wa „Epidemiologia”.

3) Kol. Karwacki L., czł. T-wa „Klinika”.

Ukaże się drukiem w Medycynie.

Rozprawy:

Kol. Sierakowski St., czł. T-wa, zwraca uwagę, że zwiększenie się potencjału oksyredukcyjnego ma duże znaczenie dla epidemiologii i przebiegu klinicznego zakażeń beztlenowcowych. Potencjał oksyredukcyjny jest to siła, czy łatwość, z jaką dany układ wydziela elektrony, np. jeśli weźmiemy chlor, gaz ciężki, o silnym działaniu, i odczepimy elektron chlorowy, to otrzymamy składnik soli kuchennej, substancji zupełnie nieszkodliwej dla ustroju. Sód, który w wodzie powoduje wytwarzanie się ługu sodowego, substancji żrącej i szkodliwej dla ustroju, po dodaniu jednego elektronu daje jon sodu, wcale nieszkodliwy dla ustroju składnik, soli kuchennej. Dodanie lub odjęcie jonu może zmienić jego własności.

Każda bakteria potrzebuje potencjału dla swego rozwoju. Jeśli weźmiemy czyste bakterie lub zarodniki tęcza, przemyjemy je i wstrzykniemy do ustroju, tęcza nie wywołamy. Jeśli natomiast jednocześnie wprowadzimy trochę ziemi, to w miejscu wstrzyknięcia otrzymamy pewien potencjał oksyredukcyjny i wtedy w tym ograniczonym miejscu bakteria się rozwija. W przewodzie pokarmowym mamy dużo beztlenowców, lecz brak im potencjału oksyredukcyjnego. Potrzebna jest zmiana tego potencjału, aby zakażenie nastąpiło. W zakażeniu przyrannym bakterie mogą się rozwijać, lecz nie mogą wyjść poza jego obręb, gdyż potencjał innych tkanek jest nieodpowiedni. Ma to znaczenie tak dla hodowli beztlenowców, jak i dla kliniki.

Kiedy przed laty prof. Bujwid miał odczyt w Tow. Lek. Warsz. o bakteriach tęcza, został wyśmiany, gdyż tęzec uważano wówczas za chorobę nerwową.

Kol. Szmurło, czł. T-wa, zaznacza, że w wygłoszonych referatach nie uwzględniono cierpień, powstałych w następstwie zakażenia beztlenowcami jamy ustnej; np. *angina oedematosa*. Mówca spostrzegł dwa takie przypadki u ludzi. Będąc wezwany do chorego z rzekomym ropniem w gardle, stwierdził b. duże obrzmienie migdałków. Drogą nakłucia otrzymano czystą krew. Nacięcie również nie dało wyniku. Na drugi dzień obrzmienie rozszerzyło się, a na trzeci dzień chory zmarł z objawami, opisanymi przez prof. Karwackiego. Drugi przypadek *anginae septicae* spostrzegł u psa do sejmu. Skończył się on również tragicznie w ciągu trzech dni. Przy obmacywaniu okolicy migdałków wyczuwało się trzeszczenie, charakterystyczne dla tkanek obrzękniętych. Gdyby klinicyści i laryngolodzy zwracali uwagę na te przypadki beztlenowcowego zakażenia w jamie ustnej, prawdopodobnie znaleźliby ich znacznie więcej.

Kol. Skłodowski, prezes T-wa, podkreśla, że Polska posiada ludzi, doskonale obznajmionych z omawianym tematem, gdyż inaczej referenci nasi nie mogliby tak wyczerpująco przedstawić roli beztlenowców w patologii ludzkiej. A jednak w ostatnim numerze „*Presse médicale*” zamieszczono artykuł Weinberga, który omawia współczesny stan wiedzy o beztlenowcach i przytacza prace naukowe różnych, nawet mniej znanych krajów a o Polsce nie wspomina. Mówca nie przypuszcza, żeby tu była zła wola autora, lecz raczej jest zdania, że stało się to z tego powodu, iż polski dorobek naukowy nie dostaje się zagranicę. Brak uczciwej propagandy nauki polskiej nie pozwala zapisać się polskim uczonym na złotych kartach wszechświatowej literatury naukowej.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 5.

Zastępca Sekretarza Doroznego:

Prezes:

(—) Stanisław Flis.

(—) Józef Skłodowski.

Posiedzenie z dnia 15 grudnia 1936 roku.

Początek posiedzenia o godz. 20-ej.

Obecnych: 35 członków i 23 goście.

Odczytany protokół posiedzenia z dnia 1.XII.36 r. przyjęto.

Kol. Prezes podaje do wiadomości nowości biblioteczne.

Kol. Zakrzewski W. przedstawił: *Przypadek suro-*

*wiczego zapalenia opon mózgowych z zejściem śmiertelnym.* (Streszczenie własne).

Chora S. B., lat 40, żona dozorky, przybyła na oddział Doc. Filińskiego w szpitalu Św. Ducha dnia 10.II.1936 roku.

Choroba zaczęła się na 7 tygodni przed przybyciem do szpitala gorączką 38<sup>0</sup>, bólami gniotącymi w brzuchu i wymiotami po każdym jedzeniu. Chora straciła łaknienie i znacznie wychudła, po 4 tygodniach wystąpiły uporczywe bóle głowy i szyjnej części kręgosłupa.

Oslabienie stale wzrastało, i po przybyciu na oddział chora nie mogła poruszać się o własnych siłach. Na miesiąc przed początkiem choroby chora miała poronienie wywołane. Przed tym miała 2 dzieci. W wywiadach rodzinnych nic szczególnego.

Stan obecny. — Chora budowy wątłej, o odżywianiu b. znacznie upośledzonym, przytomności zachowanej, wyprężona ku tyłowi, przy pochylaniu głowy ku przodowi wybitna sztywność karku. Objaw Kerniga dodatni. Odruchy ścięgnowe zachowane, leniwe. Badanie dna oka wykazało obustronną tarczę zastoinową. Tętno 96 na minutę, średnio napięte i słabo wypełnione. Ciśnienie krwi 120/70.

W uzębieniu liczne braki; język silnie obłożony, poza tym przy badaniu fizykalnym w narządach wewnętrznych zmian nie wykryto.

Przy nakłuciu lędźwiowym płyn mózgowo-rdzeniowy wyliczał obficie pod zwiększonym ciśnieniem, wygląd opalizujący. Próby Nonne-Appelta i Pandeygo dodatni. Liczba c. b. 300/mm<sup>3</sup> — w tym obojętnochłonnych wielojądrczastych — 80%. Odczyn Wassermanna — ujemny. Posiew jałowy.

Przez cały czas pobytu na oddziale dokonywano w pewnych odstępach nakłuć lędźwiowych. Liczba ciałek ulegała pewnym wahaniom i dochodziła do 1000/mm<sup>3</sup>.

Co dotyczy jakościowego składu ciałek białych, to z biegiem czasu zwiększała się zawartość limfocytów, które w końcu wynosiły przeważającą większość. Płyn był stale jałowy.

Pierwsze szczepienie morskiej śwince przepadło, gdyż po 2-ch tygodniach zginęła ona wskutek nieswoistego zapalenia płuc. Po drugim szczepieniu świnka pozostała zdrowa w przeciągu kilku miesięcy.

Krew: Hgb — 72%, wskaźnik barwny — 0,9 C. cz. — 4.200.000. C. b. 5250, w tym obojętnochłonnych wielojądrczastych — 79%, kwasochłonnych — 1%, monocytów — 3%, limfocytów 17%. W przebiegu choroby poza spadkiem liczby czerwonych ciałek do 3.000.000 krew nie wykazała większych odchyłań od normy. Odczyn Wassermanna ujemny.

W moczu na początku wykryto ślad białka, poza tym chemicznie i mikroskopowo nic szczególnego.

W kale jaj pasożytów też nie wykryto

W ciągu pierwszych 3-ch miesięcy pobytu chorej w szpitalu przeważnie stany podgorączkowe z podniesieniami do 39<sup>0</sup> Sztywność karku, objaw Kerniga utrzymuje się przez cały czas choroby, podobnie nudności i wymioty, które zmieniły jedynie swe nasilenie. Po nakłuciach lędźwiowych następowało nieznaczne złagodzenie tych objawów.

Z powikłań w przebiegu choroby wystąpiły odleżyny w okolicy kości krzyżowej, które na początku były b. rozległe, później znacznie zmniejszyły się.

W 3-cim miesiącu pobytu w szpitalu wystąpiło zapalenie ropne przyusznic lewej, po nacięciu i oczyszczeniu skończyło się zagojeniem. Ostatnie 2 miesiące pobytu stan był bezgorączkowy, i po 5 miesiącach od przybycia do szpitala chora zmarła dn. 6.VII. r. b. wśród narastającego charłactwa.

Co do rozpoznania, to badanie przedmiotowe odrazu nasunęło myśl zapalenia opon mózgowych. Pewne refleksje w innym kierunku mogła nasunąć tarcza zastoinowa, którą najczęściej spotykamy w guzach mózgu, jednakże nie stanowi ona nic znamiennego dla nich, a jest tylko wyrazem wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego, a jeśli jej nie widzimy, to dlatego, że krótki przebieg choroby na to nie pozwala. W naszym przypadku powstanie tarczy zastoinowej tłumaczy się niezwykle długim trwaniem choroby. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego już ostatecznie przechyla szalę na korzyść zapalenia opon. Jałowy płyn o charakterze limfocytarnym przy przewlekłym przebiegu pozwolił nam dopuścić prawdopodobieństwo gruźliczego zapalenia opon mózgowych, choć pewne wątpliwości mógł nasunąć ujemny wynik szczepienia śwince morskiej.

Rozbiór zwłok, dokonany przez kol. Steina w sekcatorium Szpitala Św. Ducha, wykazał, że opony miękkie są cienkie tylko na wypukłości lekko zmleczale, w okach ich dużo mętnej, szarawej cieczy. Badanie mikroskopowe: w oponach miękk-

kich obfite skupienia limfocytów, skąpe nacieki limfocytarne również w powierzchownych warstwach istoty korowej mózgu.

Przypadki jałowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych opisane były w piśmiennictwie polskim przez Kaulbersz-Marynowską, Balukiewiczównę i Szenica, dotyczyły dzieci w wieku od 5 miesięcy do 12 lat, występowały w przebiegu grypy, płonicy i ospianki. Wszystkie miały ostry początek, burzliwy i krótkotrwały przebieg, zejście zawsze pomysłne z wyjątkiem jednego przypadku Balukiewiczówny.

Widal i Gougerot opisują podobny przypadek jałowego zapalenia opon mózgowych u 17-letniego chłopca w przebiegu grypy. Sądzą oni, że polinukleoza, występująca w płynie mózgowo-rdzeniowym, zjawia się na skutek przechodzenia *per diapedesin* ciałek białych ze krwi, spowodowanego przekrwieniem opon pod działaniem jądów w przebiegu tych czy innych zakażeń.

Podobnie tłumaczą inni autorzy powstawanie jałowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu spraw ropnych, toczących się w pobliżu opon. Tu też odnoszą przypadki zapalenia opon, mające niewątpliwą związek z obecnością glist dżdżownicowatych w przewodzie pokarmowym, po których usunięciu następuje natychmiastowe wyleczenie. W stosunku do przypadków zakażeń opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu chorób zakaźnych autorzy ci są zdania, że jałowość płynu może być uwarunkowana małą liczbą zarazków, trudnych przeto do wykrycia.

Płyn mózgowo-rdzeniowy, otrzymywany we wszystkich powyższych przypadkach, miał charakter ropny w przeciwstawieniu do naszego, o charakterze surowiczym. Co prawda, w naszym przypadku płyn zawierał początkowo większość ciałek wypocinowych wielojądrazastych, a dopiero później przybrał charakter limfocyтарny, lecz takie przemiany znane są w przebiegu gruźliczego zapalenia opon. Potwierdzają to spostrzeżenia odziała Doc. Filińskiego.

Wracając do etiologii, trzeba przypomnieć, że istnieje surowicze limfocyтарne zapalenie opon mózgowych niegruźlicze, które ma jednak przebieg ostry i kończy się zwykle pomysłnie. Przypadki takie opisane były w ostatnich latach w piśmiennictwie francuskim (Roch), amerykańskim (Hoesch i Uber, Viets i Vots), włoskim (Cotti) i niemieckim (Schneider). Autorzy ci twierdzą, że są to poronne postacie *poliomyelitis* lub *encephalitis letargica*.

Przypadek limfocyтарnego ostrego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z pomyślnym zejściem obserwował Filiński, a Flis przedstawił taki przypadek na posiedzeniu klinicznym szpitala Św. Stanisława w r. 1931. Ja sam spostrzegłem w szpitalu Św. Ducha podobny przypadek, w którym ostre objawy chorobowe po 10 dniach zupełnie ustąpiły.

Przedstawiony tu przypadek nie nasuwał nam podejrzeń ostrego limfocyтарnego zapalenia opon mózgowych ze względu na swój przewlekły przebieg. Jednakże okazało się, że nie znaleziono w oponach zmian gruźliczych co więcej, nie wykryto i gdziekolwiek indziej w ustroju żadnych ognisk gruźlicy istniejącej lub przebytej; wobec tego etiologia naszego przypadku nie została wyjaśniona.

Reasumując powyższe rozważania, podkreślić należy, że przypadek nasz zasługuje na specjalną uwagę ze względu na nieznaną etiologię, przewlekły przebieg oraz niepomyślne zejście surowicze zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

#### Rozprawy:

Kol. Szmurło J. (czł. T-wa) przytoczył z własnego materiału w klinice oto-laryngologicznej U. S. B. w Wilnie trzy przypadki zapalenia surowiczego: jeden u dziewczynki i dwa przypadki u dorosłych. Wszystkie przypadki skończyły się pomysłnie. Płyn mózgowo-rdzeniowy w tych przypadkach był przezroczystry, a liczba ciałek białych dochodziła w nim do 40 lub mniej, zaznaczone było tylko wszędzie duże ciśnienie. Mówca podnosi, że u dzieci powstanie zapalenia surowiczego opon mózgowych dochodzi do skutku łatwo, gdyż bezpośrednie połączenie naczyń żylnych jamy czałkowej i bębenkowej stwarza odpowiednie warunki i daje możliwość szybkiego rozwoju. Przypadki tego rodzaju były opisywane z kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu S. B. w Wilnie.

Przed dwoma laty mówca spostrzegł u chorego z twardziłą i gruźlicą zapalenie opon mózgowych, gdzie płyn mózgowo-rdzeniowy był przezroczystry, a w osadzie po odwirowaniu znaleziono obecność prątków Kocha, choć posiew z płynu był jałowy.

Zdaniem mówcy, przypadek przedstawiony przez kol. Zakrzewskiego nasuwa pewne wątpliwości i podejrzenie, że istniała w przypadku tym jakaś infekcja utajona, której nie udało się ujawnić.

Kol. Mikułowski Wł. (czł. T-wa) — (streszczenie własne) stwierdza, że pod maską surowiczego jałowego zapale-

nia opon mózgowych może się kryć inna choroba główna. Ponieważ obserwacja chorej przypadła na miesiące letnie, przychodzi mimowoli na myśl, czy obserwowane zapalenie opon surowicze nie było objawem choroby Weila, której pacjentka mogła się nabawić przez kąpiele w Wiśle.

Wiadomo, że choroba ta może przebiegać pod postacią oponową, bez żółtaczki. Rozpoznanie za życia i po śmierci możliwe jest tylko na drodze próby biologicznej na świnie morskiej. W płynie mózgowo-rdzeniowym bezpośrednio nie znajdzie się krętków Ido Inady, i płyn napozór bywa jałowy.

Postać oponowa spirochetozy Ido Inady ma swoje piśmiennictwo. Mówca wspomina o opisie Jules Marie i Pierre Gabriel, którzy obserwowali w Paryżu całą endemię takich jałowych zapaleń opon „des jeunes baigneurs“.

Kol. Higier H. (czł. T-wa) oświadcza, że *meningitis serosa* o przebiegu przewlekłym rzadko kończy się śmiertelnie. Schorzenie to zazwyczaj bywa łatwe do rozpoznania, trudniej jest natomiast rozstrzygnąć to, jeśli nie przeprowadzono ścisłych badań bakteriologicznych w tym kierunku. Mówca zapytuje, czy dokładnie przeszukano mózg, czy przypadkiem nie było gdzie ukrytej torbieli lub bąblowca.

*Meningitis serosa* może dawać endemię, jak to było w różnych miejscach Europy, o przebiegu łagodnym. Istnieje postać *meningitis serosa cystica circumscripta adhaesiva*, która również ma przebieg kliniczny łagodny. Mówcy wydaje się, że w przypadku demonstrowanym istnieć mogła infekcja opon mózgowych. Zapytuje prelegenta, czy nie miało tu miejsce działanie promieni słonecznych, przyczyniające się do wywołania cierpienia. W przypadkach tego rodzaju objawy oponowe występują powoli, jako *meningitis serosa tuberculoso-toxica*, powstającej na skutek zatrucia toksynami gruźliczymi, dając jednak rokowanie dobre.

Kol. Stein J. (czł. T-wa) wyjaśnia, że na sekcji stwierdzono sprawę zapalną wyłącznie w oponach miękkich mózgu pod postacią nacieków limfocytowych w oponach, tak w samych naczyńkach, jak i po za nimi oraz w bardzo powierzchownych warstwach istoty korowej. Obie kości skaliste były dokładnie zbadane, i zmian nie stwierdzono. Nie stwierdzono istnienia pasyżyków na oponach.

Kol. Zakrzewski odpowiada, że choroba rozpoczęła się w zimie, wobec czego chora nie używała kąpiele w rzece, ani też nie uległa działaniu promieni słonecznych, a zapalenie przyusznic, mogące nasuwać podejrzenia źródła infekcji, wystąpiło w 3 miesiącu pobytu chorej w szpitalu. Śmierć nastąpiła w okresie bezgorączkowym.

Kol. Filiński Wł. (czł. T-wa) wygłosił odczyt p. t. „Stan serca i zaburzenie krążenia w gruźlicy“. (Odczyt ukaże się drukiem w „Medycynie“).

#### Rozprawy:

Kol. Szokalski K. (czł. T-wa) — streszczenie własne — badał wpływ gruźlicy na układ krążenia, określając ciśnienie krwi i tętno u 71 chorych na gruźlicę rozpadową i u 44 lekko chorych. Stwierdził on, zresztą zgodnie z większością autorów, że ciśnienie tętnicze w gruźlicy jest przeważnie obniżone, co uwidacznia się najlepiej u chorych w średnim i starszym wieku. Stałe obniżanie się ciśnienia w gruźlicy jest oznaką złego rokowania.

W 22 przypadkach gruźlicy leczonej odną sztuczną ciśnienie wynosiło przeciętnie 103/67 mm., po 10 przysiadach 108/68 mm., w 21 przypadku podobnie przebiegającej gruźlicy nie leczonej odną ciśnienie wynosiło przeciętnie 103/65, po 10 przysiadach natomiast wynosiło 118/62 mm. Tętno u pierwszej kategorii chorych wahało się w granicach od 89 — 109 na minutę, u drugiej 90—114 na minutę. Szokalski zapytuje, czy niższe ciśnienie tętnicze u chorych, leczonych odną sztuczną, nie oznacza upośledzenia u tych chorych układu krążenia. Mówca podnosi, że prelegent nie wspominał o zaburzeniach hormonalnych, związanych z zakażeniem ustroju, np. o zaburzeniach nadnerczy. Maestri Ottaviano znalazł u 45 chorych na gruźlicę wyraźne zmniejszenie zawartości adrenaliny we krwi u ciężej chorych i uzależnia od tego spadek ciśnienia krwi w gruźlicy.

Kol. Szmurło (czł. T-wa) zwraca uwagę, że częstym powikłaniem gruźlicy płuc jest gruźlica krtani, występująca prawie w 1/3 wszystkich przypadków gruźlicy płuc, a mimo to w zakładach dla chorych na gruźlicę nie ma przyrządów do leczenia gruźlicy krtani. Mówca przywiązuje duże znaczenie prognostyczne do zachowania się tętna w gruźlicy i jest zdania, że tętno powyżej 100 na minutę świadczy źle, i przypadek skończy się źle. W przypadkach gruźlicy przewlekłej, przebiegającej łagodnie, tętno najwyższe przekracza 80 na minutę. Rokowanie operacyjne na liczbie tętna w gruźlicy zasługuje na uwagę.

Kol. Falencik (czł. T-wa) podnosi, że ustrój ludzki posiada zdolność przystosowania się do zmienionych warunków. Zdolność tę widzimy u chorych na gruźlicę płuc. U chorych z

odmą sztuczną obustronną mówca zauważył, że, o ile nie dochodzi do przemieszczenia śródpiersia, ustrój przystosowuje się znakomicie do odmy obustronnej. Liczba oddechów wzrasta tylko do kilku na minutę, nie przekracza jednak 10 po założeniu odmy. Serce odpowiada na te warunki zmienione nieznanym tylko przyspieszeniem tętna, tak, że chory po założeniu odmy obustronnej jednocześnie mógł chodzić po korytarzu; prawdopodobnie więc chłonność powietrza u chorego niewiele różniła się przed zastosowaniem zabiegu i po nim. Mówca, wykonywając pomiary pojemności oddechowej u chorych z odmą obustronną przed i po zabiegu, doszedł do wyników, że ilość powietrza wydychanego w litrach po 10 oddechach bardzo mało różniła się przed i po odmie obustronnej.

Kol. Deloff L. przypomina badania nad hipoksemią, przeprowadzone na oddziale Landaua w szpitalu Wolskim, a ogłoszone w Pol. Gaz. Lek. Badania te wykazały, że chłonność tlenu u chorych na gruźlicę płuc albo jest zupełnie normalna, albo niewiele odbiega od normy i to u tych tylko chorych, u których układ krążenia uległ zaburzeniu wskutek zmian włóknistych w płucach. Być może, wchodzi w grę inne czynniki, np. sprawa zakwaszenia samych tkanek.

Kol. Filiński (czł. T-wa) nie podziela optymizmu prof. Szmurły co do wartości rokowniczej liczby tętna w gruźlicy. Przyspieszenie tętna, zdaniem prelegenta, w dużej mierze należy od właściwości osobniczej chorego. Osłabienie mięśnia sercowego daje przyspieszenie tętna. Zachowanie się środków jest zależne również od osobnika. Jeśli zwrócimy uwagę na chorych z przewlekłą gruźlicą płuc, tak daleko posuniętą, że już niewiele pozostało im do życia to oddziaływanie ich na jądru gruźlicy jest niewielkie. Chorzy ci nie gorączkują. Przyspieszenie akcji serca można tłumaczyć tylko niewydolnością układu krążenia serca.

Co się tyczy zmian w samym mięśniu sercowym, to zmian tych, widocznych w mięśniu, nie ma, gdyż jest to t. zw. czynnościowe przemęczenie serca. W odpowiedzi kol. Deloffowi, prelegent podkreśla, że podtlenowość krwi w gruźlicy płuc nie może być znaczna.

Kol. Konopacki M. (Czł. T-wa) wygłosił odczyt p. t. „Organizacja komórki jajowej“. (Streszczenie własne).

Zagadnienie organizacji komórki jajowej jest przedmiotem badań od lat kilkudziesięciu. Wysłunięte ono zostało przez twórców mechaniki rozwojowej, którzy, szukając wyjaśnienia przyczyn kierujących rozwojem, musieli wychodzić z poznania komórki jajowej, jako źródła, które daje początek całemu organizmowi. Z tego też powodu sądzono, że jakkolwiek jajko posiada budowę stosunkowo prostą, to jednak organizacja jego musi być bardzo złożona.

Komórki płciowe różnicują się bardzo wcześniej i pochodzą, jak tego dowiodły badania nowszych autorów, z entodermi. Następnie wędrują one do miejsca swego przeznaczenia, t. j. do gruczołów płciowych i tam kształtują się i rozwijają pod wpływem gruczołów dokrewnych, przy czym cały organizm w ich różnicowaniu się współdziała.

Strona morfologiczna owogenezy, a specjalnie witellogenezy jest już poznana oddawna, lecz strona histochemiczna jest stosunkowo w początkach. Autor na podstawie swych prac opi-

suje współdziałanie w procesie witellogenezy nabłonka foliularnego i komórek *testae*, które wspólnie z oocytem stanowią do pewnego stopnia jedną całość fizjologiczną.

Dalej autor rozpatruje sprawę powstawania biegunowości oocytów, rozmieszczenia w nich substancji zapasowych i udziału jądra w ich wytwarzaniu. Opisuje dalej zmiany, zachodzące w cytoplazmie podczas dojrzewania oocytów, przechodzi autor do procesów bruzdkowania i opisuje zdeterminowany jego przebieg, uzależniający ogólną determinację rozwoju zarodków, w ten sposób niewątpliwie związaną z pewną organizacją samej komórki jajowej.

Analizując następnie badania innych autorów i własne nad wirowaniem, autor stwierdza, że, jakkolwiek substancje zapasowe w oocyty nie odgrywają roli determinującej rozwój, to jednak pewien określony ich układ jest konieczny do rozwoju prawidłowego zarodka, szczególnie u zwierząt, zawierających w oocyty dużą ilość żółtka.

Następnie autor podaje dane z własnych badań i B. Konopackiej nad histochemią zużywania żółtka przez rozwijający się zarodek u różnych zwierząt i wykazuje właściwe jego znaczenie w różnicowaniu się organizmu.

Przechodząc wreszcie do badań fizyczno-chemicznych nad komórką jajową, autor omawia nowsze badania nad budową warstwy korowej czyli elektroplazmy i znaczeniem w szeregu zjawisk biologicznych komórki jajowej. Opierając się na doświadczeniach kilku nowszych badaczy, autor przyłącza się do zdania, że jedyną stałą częścią cytoplazmy komórki jajowej jest jej ekto-plazma, i w niej należy szukać wyjaśnienia determinacji procesów rozwojowych.

Rozprawy nie było.

Postępidzenie zakonczono o godz. 22 min. 35.

Sekretarz Doroczny:

(—) Józef Gackowski.

Prezes:

(—) Józef Skłodowski.

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Rentgenologicznego z dnia 4 marca 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 4/1937). P. Grueneis pokazywał przypadek *odosobnionego*, jak się zdaje szpiczaka. Prelegent pokazuje zdjęcia przypadku, spostrzeganego w II klinice wewnętrznej, w którym badanie pośmiertne stwierdziło obecność szpiczaka plazmatycznokomórkowego. Rentgenologicznie stwierdziło się tylko jedno ognisko w jednym żebrze, które przebiegało z wytworzeniem guza części miękkich wielkości jabłka i uwypukleniem kości.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Rentgenologicznego z dnia 4 marca 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 4/1937) R. Goedel mówił o *leczeniu połogowego zapalenia gruczołów piersiowych promieniami Roentgena*. Materiał autora obejmuje 30 przypadków ostrego połogowego zapalenia gruczołów piersiowych, które naświetlano promieniami Roentgena. Tylko w jednym przypadku konieczne było następcze nacięcie. Pomyślne wyniki leczenia przypisuje autor wczesnemu rozpoczynaniu leczenia oraz metodzie naświetlań, a mianowicie małym poszczególnym dawkom (25—50 r. dawki powierzchniowej). stosowanym codziennie lub co drugi dzień w seriach.

## Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Nowy ład (New deal) a opieka nad zdrowiem ludności.

Podał

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

Plan rozbudowy gospodarczej Prezydenta Roosevelta opiera się na zasadzie, że na państwie spoczywa odpowiedzialność za pomyślność ekonomiczną kraju, i że jego obowiązkiem jest utrzymanie zadawalającej stopy życiowej dla wszystkich warstw społecznych.

Najważniejszym zarządzeniem o charakterze trwałym zapobiegawczym w dziedzinie reform społecznych było wydanie w dniu 14 sierpnia 1935 r. t. zw. Aktu Bezpieczeństwa Społecznego (Social Security Act.).

Akt Bezpieczeństwa Społecznego w rozdziale, dotyczącym zdrowia publicznego, upoważnia Kongres do przyznawania na ten cel subwencji rocznych, nie przekraczających sumy 8.000.000 dol. Zapomogi z tego funduszu przyznawane będą za zgodą Sekretarza Skarbu

przez Naczelnego Lekarza Publicznej (Federalnej) Służby Zdrowia (Surgeon General, Public Health Service) poszczególnym Stanom oraz mniejszym jednostkom administracyjnym na potrzeby, związane z organizacją i utrzymaniem Służby Zdrowia na odpowiednim poziomie. Suma globalna subwencji została zwiększona przez wyasygnowanie dodatkowej dotacji, nie przekraczającej 2.000.000 \$ rocznie na badania naukowe oraz na wydatki, związane z organizacją współpracy ze Stanami w zakresie zagadnień zdrowotnych (pobory, diety i koszty przejazdu personelu federalnej Służby Zdrowia, desygnowanego do tej roboty).

Celem uzyskania subwencji Stanowa Służba Zdrowia winna przedstawić Naczelnemu lekarzowi Federalnej Służby Zdrowia do zatwierdzenia dokładny plan projektowanych prac.

Wysokość przyznawanych subwencji określa się na następujących podstawach: I. liczbie ludności, II. spe-



cialnych potrzebach zdrowotnych terenu, III. stanie finansowym danego Stanu.

Wydatki, oparte na liczbie ludności (I), wynoszą 57½% ogólnej sumy, przeznaczonych na subwencje.

Na specjalne potrzeby zdrowotne łącznie z kształceniem personelu 22½% (II). Określenie „specjalne potrzeby“ obejmuje takie zagadnienia, jak zimnica, dżuma, trąd, jaglica, robaczycza, dur płamisty, szczególne ryzyka, związane z pracą w przemyśle w danym okręgu i t. p. Na wydatki, związane z tymi potrzebami, przeznaczona się 10% subwencji, pozostałe 12½% na kształcenie personelu.

Otrzymanie subwencji w zakresie punktów I i II uwarunkowane jest wyasygnowaniem odpowiedniej dotacji przez Stanowy Departament Zdrowia na te same cele w stosunku dolar : dolar.

Sumy, przyznawane na podstawie punktu III, noszą inny charakter; są to właściwie zapomogi. Sumy preliminowane wynoszą 20% ogólnej subwencji przyznanej przez Kongres, z czego 15% służy jako zapomoga dla Stanów, które nie mogą przeznaczyć odpowiednich sum na Służbę Zdrowia, zaś 5% pokrywa wydatki na rozszerzenie administracji. Za wskaźnik sytuacji finansowej Stanu przyjmowana jest wysokość obciążenia podatkowego ludności.

Plan akcji w skali federalnej został ustalony przez Publiczną (Federalną) Służbę Zdrowia na dorocznej Konferencji w 1935 r. W ogólnych zarysach przedstawia się on, jak następuje:

Subwencje są udzielane na rozbudowę miejskiej i wiejskiej Służby Zdrowia oraz kształcenie personelu. Subwencja nie może być w żadnym razie użyta na odciążenie zwykłego budżetu Stanu na zdrowie publiczne, odwrotnie, otrzymanie subwencji uwarunkowane jest zwiększeniem budżetu na zdrowie. Subwencje mogą być udzielane wyłącznie Stanom lub mniejszym jednostkom administracyjnym, posiadającym odpowiednio zorganizowaną służbę zdrowia, lub też przyjmującym na siebie zobowiązanie stworzenia tego *minimum* w określonym czasie.

Za takie *minimum* uważane jest: 1) zatrudnianie na stałe lekarza-higienisty, 2) odpowiedni budżet na administrację Służby Zdrowia, 3) znajdująca się na pewnym poziomie organizacja: a) statystyki ludnościowej, b) pracowni (public health laboratories), c) opieki nad matką i dzieckiem, d) walki z chorobami zakaźnymi, e) nadzoru nad higieną otoczenia.

W wyjątkowych przypadkach Publiczna (Federalna) Służba Zdrowia może wyrazić zgodę na udzielenie pewnych kredytów na organizację podstawowych gałęzi Służby Zdrowia z zastrzeżeniem, że sumy, przeznaczone na ten cel, nie przekroczą 20% subwencji, udzielonej danemu Stanowi. Publiczna Służba Zdrowia ma prawo odrzucić całkowicie przedstawiony jej projekt lub poczynić w nim zmiany.

Mniejsze jednostki administracyjne miejskie lub wiejskie mogą ubiegać się o subwencję również pod warunkiem, że prowadzą odpowiednie agendy Służby Zdrowia, zatrudniają na stałe lekarza-higienistę oraz inny personel w takiej liczbie, która zapewniałaby wykonywanie minimalnego programu, z uwzględnieniem załudnienia danego terenu.

Konferencja ustaliła również kwalifikacje, jakim winien odpowiadać personel Służby Zdrowia, opracowała organizację ośrodków wyszkolenia, obsługujących grupy Stanów, oraz programy krótkich kursów, prze-

znaczonych dla przygotowania personelu, mogącego zaspokoić najpilniejsze potrzeby w okresie gwałtownego rozwoju agend sanitarnych. Został również powołany specjalny komitet celem opracowania wzorowych programów szkolenia personelu służby zdrowia wszelkiego typu na użytek władz stanowych i lokalnych.

Okres trwania krótkich kursów dla lekarzy-higienistów obliczony został na 3 miesiące (2 miesiące teorii i 1 miesiąc praktyki w terenie). Program obejmuje: biostatystykę, epidemiologię, higienę otoczenia, administrację sanitarną. W centrach, szkolących personel dla Stanów południowych, do wyżej podanego programu włączoną została zoologia lekarska. Kandydaci na kurs powoływani są przez władze stanowe. Wyszkolenie praktyczne odbywają w tych Stanach, w których mają pracować.

Szkolenie pielęgniarek odbywa się zgodnie z programem, ustalonym przez Narodową Organizację Pielęgniarek.

Istniejące kadry służby zdrowia będą stopniowo wzywane na przeszkolenie.

Poza subwencjami, którymi rozporządza bezpośrednio Publiczna (Federalna) Służba Zdrowia, znaczne fundusze na cele, związane z podniesieniem warunków zdrowotnych, zostały oddane do dyspozycji „Biura Dziecka“ (Children's Bureau). Subwencje roczne, znajdujące się w rozporządzeniu Biura, mają następujące przeznaczenie:

Zapomogi dla Stanów	\$ 8.150.000
Opieka nad zdrowiem matki i dziecka	\$ 3.800.000
Opieka nad dziećmi ułomnymi	\$ 2.850.000
Opieka nad dzieckiem	\$ 1.500.000

Ponadto suma \$ 425.000 została przyznana dla samego Biura w związku z rozszerzeniem zakresu jego działalności oraz na badania naukowe, prowadzone z jego ramienia.

Metody postępowania przy podziale subwencji są podobne do systemu, używanego przy udzielaniu zapomóg z funduszy, przeznaczonych na zdrowie. Odpowiedzialność za inicjatywę i wykonanie planu ponoszą władze Stanowe. Plany muszą otrzymać aprobatę Biura Dziecka i odpowiadać pewnym warunkom, wymienionym w Akcie Bezpieczeństwa Społecznego. Poza odpowiedzialnością finansową warunki te obejmują organizację administracji, dającą rękojmię ścisłego wykonania planu, oraz zapewniają współpracę z organizacjami zawodowymi (lekarze, pielęgniarki) i społeczeństwem. Wysokość subwencji w ostatniej instancji zależy od decyzji Sekretarza Pracy (Secretary of Labour).

Celem wyżej wymienionej części Aktu jest rozwój i wzmocnienie organizacji opieki nad matką i dzieckiem w okręgach wiejskich, jak również w okręgach, które szczególnie ucierpiały na skutek kryzysu ekonomicznego; dotyczy to także grup ludności, znajdujących się w wyjątkowej potrzebie. S. S. A. (Social Security Act) rozciąga w ten sposób opiekę nad grupami ludności, znajdującymi się poza zasięgiem opieki społecznej i służby zdrowia, dotąd przeważnie rozwiniętej w miastach. Objęte zostały jednak również akcją pomocy okręgi miejskie, odznaczające się wysoką umieralnością niemowląt, oraz słabo załudnione polacie kraju.

Z sumy \$ 3.800.000, preliminowanej na opiekę nad zdrowiem matki i dziecka, przeznaczona się: 1) jednakową subwencję dla każdego Stanu w sumie

\$ 20.000, 2) subwencję dodatkową, uzależnioną od liczby urodzeń w danym Stanie, w sumie ogólnej \$ 1.800.000. Obie pozycje razem dają \$ 2.820.000 i przeznaczone są na pokrycie udziału władz federalnych w pracach, przewidzianych w zatwierdzonym programie. Taką samą sumę wydać muszą władze stanowe. Pozostała suma w wysokości \$ 980.000 została pozostawiona do rozporządzenia Sekretarza Pracy na nadzwyczajne wydatki, które się wyłonią przy realizacji planów. Zwierzchni nadzór nad wykonaniem planów powierzony jest wydziałowi opieki nad zdrowiem matki i dziecka w „Biurze Dziecka“. Na czele wydziału stoi lekarz. W terenie Biuro Dziecka prowadzi swe prace za pośrednictwem Stanowych agend zdrowia.

Subwencja, przeznaczona na opiekę nad dziećmi ułomnymi w sumie ogólnej \$ 2.850.000, podzielona jest w ten sposób, że każdy Stan otrzymuje po 20.000 dolarów rocznie na ten cel, pozostałe zaś sumy dzielą się między Stanami w zależności od liczby dzieci ułomnych i kosztów opieki nad nimi w danym Stanie.

Warunki otrzymania subwencji są identyczne z warunkami, obowiązującymi przy otrzymaniu pomocy w innych przypadkach. Otrzymane pieniądze mogą być używane na opiekę lekarską i chirurgiczną, opiekę szpitalną i pozaszpitalną. Subwencja nie może być używana na wychowanie dzieci ułomnych. Ich szkoleniem i przeszkalaniami zawodowym zajmuje się Urząd Wychowania (Office of Education). Subwencja może być również częściowo zużytkowana na zapobieganie powstawaniu ułomności, jak to miało miejsce niedawno w związku z wybuchem epidemii porażenia dziecięcego w kilku Stanach. Administracja tej części S. S. A. powierzona jest wydziałowi dzieci ułomnych w Biurze Dziecka. Na czele wydziału stoi pediatra. W terenie wydział prowadzi akcję, współpracując z władzami stanowymi, odpowiedzialnymi za opiekę lekarską nad dziećmi ułomnymi.

Dotacja w wysokości \$ 1.500.000, przeznaczona na opiekę nad dzieckiem, ma przede wszystkim na względzie potrzeby dziecka wiejskiego. Każdy Stan otrzymuje jednakową subwencję w wysokości \$ 10.000, przy rozdziale pozostałych sum bierze się pod uwagę liczbę ludności wiejskiej w każdym Stanie. Subwencje idą na cele opieki nad bezdomnymi, opuszczonymi i zaniedbanymi dziećmi. Wykonanie programu powierzone jest wydziałowi opieki nad dzieckiem w Biurze Dziecka. Na czele wydziału stoi pracownik społeczny.

Dążąc do ułatwienia Biuru Dziecka wykonania jego zadania, Sekretarz Pracy powołał 4 komitety doradcze, mające na celu opracowanie wytycznych działalności Biura we wszystkich dziedzinach jego pracy.

Wspomnieć wreszcie należy, iż Akt Bezpieczeństwa Społecznego powołał do życia specjalną instytucję pod nazwą Wydział Bezpieczeństwa Społecznego (Social Security Board). Wydział składa się z 3 członków, mianowanych przez Prezydenta za zgodą i radą Senatu, przy czym nie więcej, niż 2 z nich, nie może należeć do tej samej partii politycznej. Żadne inne ograniczenia nie są przewidziane, ani żadne specjalne kwalifikacje nie są wymagane.

Zadaniem wydziału jest administracja Aktu w zakresie pomocy starcom, ślepcom i bezrobotnym. Do obowiązków wydziału należy również badanie i wydawanie zaleceń w sprawie osiągnięcia zadawalającego stanu ekonomicznego ludności w drodze ubezpieczeń społecznych oraz ustawodawstwa społecznego. Wydział

składa sprawozdania ze swych czynności bezpośrednio Kongresowi.

Zagadnienie ubezpieczenia na wypadek choroby nie jest wcale poruszone w Akcie. Wypowiadane jest jednak zdanie, że, ponieważ ubezpieczenie od choroby tworzy tylko część ubezpieczeń w ogóle, należy więc ono do zagadnień, które wydział Bezpieczeństwa Społecznego winien badać i opracowywać.

Nie ulega wątpliwości, iż Akt Bezpieczeństwa Społecznego w warunkach politycznych i społecznych, wszechwładnie dotąd panujących w Stanach Zjednoczonych, zasługuje w pełni na miano rewolucyjnego. Dotyczy to zarówno stosunku państwa do jednostki, która, jak dotąd, żarliwie broniła się przed wtrącaniem się gminy do jej spraw osobistych, jak i stosunku Stanów do władz federalnych. W tej dziedzinie zaciekle obrona praw i prerogatyw stanowych przed ingerencją władz federalnych przeobraża się obecnie i zamienia dążeniem do wzajemnej pomocy i ścisłej współpracy. Na uwagę zasługuje również sam fakt uznania wagi zagadnień zdrowotnych przez Kongres, co znalazło swój wyraz w programie wysokiej subwencji rocznej na uzdrowotnienie państwa. Jak dotąd bowiem, polityka Kongresu w omawianej dziedzinie polegała wyłącznie na obcinaniu do możliwie najniższych granic wszelkich wydatków na zdrowie.

Powstaje obecnie pytanie, w jakiej mierze projekty zostały zrealizowane. Zamiast odpowiedzi, pozwolę sobie przytoczyć szereg danych, wyjętych z przemówienia Naczelnego Lekarza Federalnej Służby Zdrowia, wygłoszonego dn. 20. X. 1936 r.

W 1936 r. przyznano \$ 13.200.000 z budżetu Federalnej Służby Zdrowia i Biura Opieki nad Dzieckiem. Dało to możliwość zapoczątkowania programu walki o zdrowie w skali państwowej. Sumy otrzymane (10,7 centów na głowę ludności) umożliwiły zatrudnienie 2.536 osób do całodziennej pracy i 496 osób do częściowej pracy. W tej liczbie było 579 lekarzy, 1081 pielęgniarek, 65 dentystów, 144 inżynierów, 296 kontrolerów sanitarnych, 174 techników laboratoryjnych, jak również szereg sił biurowych, których brak dawał się dotkliwie we znaki.

Administracja została rozszerzona we wszystkich Stanach z wyjątkiem 5. Wydatki na ten cel wynosiły \$ 500.000. Lokalna Służba Zdrowia otrzymała zapomogi we wszystkich Stanach z wyjątkiem 2. Na ten cel wydano \$ 3.500.000. Na ulepszenie służby technicznej wyasygnowano we wszystkich Stanach \$ 1.300.000. Około \$ 1.000.000 poszło na wyszkolenie personelu. Dalsze 1.200.000 dolarów zostało przyznane na specjalne sprawy zdrowotne, m. in. na higienę pracy, zwalczanie zimnicy w Stanach południowych, dżumy na wybrzeżach Oceanu Spokojnego oraz na walkę z kiłą w Stanach, w których odnośne administracje sanitarne miały chęć i energię zajęcia się tą sprawą.

Celem wyrównania zasiłków z sum federalnych władze lokalne i stanowe zwiększyły swe budżety na zdrowie o \$ 3.000.000. Dalszy impuls do postępu w tej dziedzinie dało wyasygnowanie z funduszu na nagłe potrzeby (emergency fund) sum, przeznaczonych na stworzenie „narodowego inwentarza zdrowia“. Praca, rozpoczęta przez Służbę Zdrowia w 1935 r., została prawie ukończona. Wkrótce będziemy w posiadaniu danych, dotyczących poziomu zdrowotnego ludności w pewnych nieznanych dotąd dziedzinach. Dane te zawierają wiadomości, dotyczące: a) częstości występo-

wania i czasu trwania poważnych obłożnych chorób wśród 3.500.000 osób w okresie 12 miesięcy; b) opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, udzielanej tej grupie ludności w chorobie; c) rozpowszechnienia chorób chronicznych; d) braków ortopedycznych; e) ślepoty; f) rozpowszechnienia chorób zakaźnych; g) stanu ich rejestracji; h) rozmiarów i stopnia wyzyskania urządzeń zdrowotnych lekarskich i higienicznych w gminach różnego typu.

Z funduszków na nagłe potrzeby zdołano również zatrudnić około 6.000 pielęgniarek, pozostających bez pracy. Zostały one zatrudnione w Stanach i lokalnych Urzędach Zdrowia przy pielęgnowaniu chorych. W niektórych Stanach zwiększono w ten sposób personel pielęgniarski o 50%. Przy pomocy funduszków federalnych zwiększono również liczbę łóżek szpitalnych o 60.000.

Warunki zdrowotne zostały ulepszone w 41 Sta-

nach przez budowę około 1.000.000 ustępów. Szeroko rozwinięty program melioracyjny pozwolił na wykopanie w 16 Stanach południowych powyżej 10.000.000 stóp rowów, osuszając 87.000 hektarów i zabezpieczając od malarii 2.290.000 osób. 4.000 projektów rozszerzenia i ulepszenia wodociągów i sieci kanalizacyjnej jest już całkowicie lub częściowo opracowanych. Koszty wynosiły \$ 426.572.411. Zostały one pokryte z budżetu federalnego. Sieć kanalizacyjna została w ten sposób zwiększona o 30% w stosunku do ubiegłych 4 lat. Zanieczyszczenie rzek zostało znacznie zmniejszone przez zamknięcie 4.000 opuszczonych kopalń węgla.

Oprócz zapomóg, udzielanych Stanom, i zasiłków z funduszków na potrzeby nagłe, sumy, przeznaczone przez Federalną Służbę Zdrowia na pracę badawczą w zakresie studiów nad chorobami i higieną otoczenia, zostały zwiększone o \$ 1.000.000 z górą.

## Wiadomości bieżące.

— Dnia 5 marca odbył się zorganizowany staraniem Związku Uzdrawisk Polskich wieczór odczytowy w Polskim Towarzystwie Higienicznym w Warszawie, przy ul. Karowej 31. Mówili: Dr. Wit. Tarnawski na temat „Przyrodolecznictwo i jego zastosowanie w Lecznicy Kosowskiej“ oraz Dr. J. Papierkowski — „Iwonicz-Zdrój szczawy słono-alkaliczne jodowo-bromowe w świetle badań naukowych“.

— Dnia 12 marca b. r. w Polskim Towarzystwie Higienicznym zostały staraniem Związku Uzdrawisk Polskich wygłoszone odczyty: „Lecznice właściwości Szczawnicy i jej najnowsze urządzenia (Inhalatorium z komorami pneumatycznymi)“ — mówił Dr. A. K. Werner i „Wartości lecznicze Inowrocławia-Zdroju“ — Dr. St. Sroczyński. — Ostatni z cyklu wieczór odczytowy z dn. 18 marca b. r. (godz. 20.15, Pol. T-wo Higieniczne, Karowa 31) poświęcony był wykładowi D-ra Przemysława Rudzkiego, który omówił „Wartości lecznicze naszego Wybrzeża Morskiego“.

— XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się pod wysokim protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej we Lwowie, w dniach 4—7 lipca 1937 r. Komitet Organizacyjny Zjazdu ukonstytuował się w następującym składzie: Przewodniczący: Prof. Dr. R. Rencki, Pijarów 4, Zastępca przewodniczącego: Prof. Dr. D. Szymkiewicz, Nabelaka 22, Sekretarz generalny dla nauk lekarskich: Prof. Dr. W. Koskowski, Piekarska 52, Sekretarz generalny dla nauk przyrodniczych: Prof. Dr. M. Kamiński, Ujejskiego 1. Skarbnik: Prof. Dr. A. Zakrzewski, Kochanowskiego 71. Sekretarz: Dr. J. Papierkowski, Piekarska 52. Komitet Organizacyjny ustalił jako terminy dla przesłania zgłoszeń referatów dzień 1 kwietnia 1937. Termin zgłoszenia uczestników w Zjeździe ustalono na 15 czerwca 1937 r. Oprócz referatów i komunikatów sekcyjnych będą zorganizowane dyskusje na ogólne tematy interesujące przyrodników i lekarzy. Referaty dotyczące tematów ogólnych będą wydrukowane i dostarczone uczestnikom przed Zjazdem. Szczegółowy wykaz tematów będzie podany później w prasie fachowej. Sekcje i ich gospodarze: 1. Sekcja nauk matematycznych, astronomicznych i geodezyjnych: Prof. Dr. E. Rybka, ul. Długosza 8. 2. Sekcja geografii: Prof. Dr. E. Romer, ul. Długosza 25. 3. Sekcja chemii: Prof. Dr. A. Dorabalska, ul. Ujejskiego 1. 4. Sekcja fizyki: Prof. Dr. T. Malarski, ul. L. Sapiehy 12. 5. Sekcja zoologii z podsekcją: a) anatomii, histologii, cytologii i genetyki zwierząt, b) systematyki, zoogeografii, faunistyki i ekologii zwierząt, c) entomologii: Prof. Dr. J. Hirschler, ul. św. Mikołaja 4. 6. Sekcja antropologii i prehistorii: Prof. Dr. J. Czekański, ul. Długosza 8. 7. Sekcja botaniki: Prof. Dr. S. Krzemieniowski, ul. św. Mikołaja 4. 8. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr. K. Suchecki, ul. św. Marka 1. 9. Sekcja ochrony

przyrody: Prof. Dr. Sz. Wierdak, ul. św. Marka 1. 10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. L. Iwanicki, ul. Szymonowiczów 1. 11. Sekcja nauk rolniczych: Prof. B. Janowski, ul. Kochanowskiego 67. 12. Sekcja nauk weterynaryjnych: Prof. Dr. Z. Markowski i Prof. Dr. W. Skowroński, ul. Kochanowskiego 65. 13. Sekcja nauk farmaceutycznych: Dr. H. Ruebenbauer, ul. Mikołaja 15. 14. Sekcja historii i filozofii medycyny i nauk przyrodniczych, prasy i terminologii lekarskiej: Prof. Dr. W. Ziembicki, ul. Bielowskiego 6. 15. Sekcja biologii ogólnej, chemii fizjologicznej i fizjologii: Prof. Dr. R. Weigl, ul. św. Mikołaja 4. 16. Sekcja anatomii, histologii i embriologii: Prof. Dr. J. Markowski, ul. Piekarska 52. 17. Sekcja higieny, medycyny społecznej i opieki zdrowotnej studentów: Prof. Dr. Z. Steusing, ul. Piekarska 52. 18. Sekcja mikrobiologii i epidemiologii: Prof. Dr. N. Gąsiorowski, ul. Piekarska 56. 19. Sekcja anatomii patologicznej: Prof. Dr. W. Nowicki, ul. Piekarska 52. 20. Sekcja medycyny wewnętrznej, patologii ogólnej, farmakologii, fizykoterapii, hydrologii i klimatologii lekarskiej: Prof. Dr. M. Franke, ul. Piekarska 52. 21. Sekcja medycyny sądowej i kryminalistyki: Prof. Dr. W. Sieradzki, ul. Piekarska 52. 22. Sekcja chirurgii: Prof. Dr. T. Ostrowski, ul. Pijarów 4. 23. Sekcja dermatologii i wenereologii: Prof. Dr. J. Lenartowicz, ul. Piekarska 69. 24. Sekcja neurologii i psychiatrii: Prof. Dr. J. Rothfeld, ul. Pijarów 6. 25. Sekcja okulistyki: Prof. Dr. A. Bednarski, ul. Głowińskiego 7. 26. Sekcja oto-laryngologii: Prof. Dr. T. Zalewski, ul. Pijarów 6. 27. Sekcja pediatrii: Prof. Dr. Fr. Gröer, ul. Głowińskiego 5. 28. Sekcja położnictwa i ginekologii: Prof. Dr. K. Bocheński, ul. Pijarów 4. 29. Sekcja stomatologii: Prof. Dr. A. Cieszyński, ul. Zielona 5a. 30. Sekcja geologii, mineralogii i petrografii: Prof. Dr. W. Rogala, ul. Długosza 8. 31. Sekcja radiologii: Doc. Dr. W. Grabowski, ul. Pijarów 4. 32. Sekcja wychowania fizycznego: Prof. Dr. Z. Steusing, ul. Piekarska 52. 33. Sekcja przeciwalkoholowa: Red. J. Szymański, Warszawa, Fałata 4. 34. Sekcja eugeniki: Nacz. Dr. E. Doliński, ul. Bourlarda 4. Organizacja Zjazdu: Sekcja informacyjno-mieszaniowa: Dyr. Dr. A. Pohorecki, ul. Głowińskiego 7. Sekcja wystawowa lekarsko-farmaceutyczna: Doc. Dr. A. Sabatowski, ul. Asnyka 2. Mgr. A. Krzyżanowski, ul. Piekarska 52. Sekcja wystawowa przyrodnicza: Prof. Inż. A. Kozikowski, ul. Ujejskiego 1. Sekcja wycieczkowa: Doc. Dr. A. Sabatowski, ul. Asnyka 2. Prof. Dr. A. Zierhofer, ul. Kościuszki 9. Sekcja towarzyska: Prof. Dr. Z. Markowski, ul. Kochanowskiego 65. Doc. Dr. W. Dobrzański, ul. Głowińskiego 5. Sekcja prasowa i propagandowa: Prof. Dr. A. Bant, ul. Kochanowskiego 67. Sekcja zwie-

dzania miasta: Dr. E. Doliński, ul. Bourlarda 4. Dr. F. Uhorczak, Tow. Krajoznawcze, ul. Bourlarda 5. Sekcja wydawnicza: Prof. Dr. W. Nowicki, ul. Piekarska 52. Prof. Dr. D. Szymkiewicz, ul. Nabelaka 22. Biuro Komitetu: ul. Piekarska 52, tel. 240-52. Wystawa. Z okazji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w lipcu 1937 r. Wystawa Przyrodniczo-Lekarska. Przewidziane są działy następujące: Naukowy, Opieki Społecznej, Zdrojowiskowy oraz Przemysłowy. Udział w dziale naukowym jest bezpłatny. Termin zgłaszania eksponatów ustalono na 15 maja b. r. W sprawach organizacyjnych dotyczących Zjazdu zwracać się można do Prof. D-ra W. Koskowskiego, Sekretarza Generalnego dla nauk lekarskich (ul. Piekarska 52, tel. 240-52), lub do Prof. D-ra M. Kamińskiego, Sekretarza Generalnego dla nauk przyrodniczych (ul. Ujejskiego 1, tel. 279-58).

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 23.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Akademia ku czci ś. p. Henryka Nusbauma. 1. Leśniowski A. Zyciorys ś. p. H. Nusbauma. 2. Zembruski L. Działalność naukowa ś. p. H. Nusbauma. 3. Bronowski Szcz. Działalność społeczna ś. p. H. Nusbauma. Część kliniczna. 4. Fiszhaut L. Dysostosis craniofacialis (choroba Crouzona) — pokaz chorego. 5. May J. Haemopneumothorax spontaneus — pokaz chorego.

### 24.III. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy: P. Goldstein. Przypadek nowotworu złośliwego żołądka o nietypowym przebiegu. P. Goldstein i W. Róbin. Przypadek ostrego obrzęku pęcherzyka żółciowego. S. Frank. Przypadek nowotworu złośliwego żołądka u osobnika młodego. S. Frank. Polypus duodeni. Odczyt: M. Saidman. Kurcze odźwiernika (pylorospasmus) u dzieci oraz postępowanie chirurgiczne.

### 25.III. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

1. Demonstracje chorych: a) Dr. Karbowski: — Przypadek po laryngektomii z powodu raka krtani. b) Dr. Karbowski: — Powtórny pokaz chorego po pharyngotomii podgnykowej. c) Dr. Karbowski i dr. Flaumenbaum: Przyczynę do ropnych spraw narządu słuchu w przebiegu cukrzycy. d) Dr. Karbowski: — Przypadek z objawami ze strony narządów kamyczkowych. e) Dr. Jabłoński: — Przypadek rozległego perlaka o nietypowym kształcie 2. Wolne wnioski.

## COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

### VI.

#### Niedokrwistość, niedokrewność czy niedokrwawość?

Przed wszystkim pragnę wyrazić kol. Knappemu wdzięczność, gdyż dopiero za jego sprawą mój dotychczasowy monolog stał się tym, czym być powinien w myśl swej nazwy, t. j. rozmową, mającą na celu ustalenie terminologii naukowej polskiej. Wyraz staropolski „krewność“ całkiem wyszedł z użycia. W wyrazach pochodnych „pokrewieństwo“, „krewniak“, „krewny“ zachowany został wspólny rdzeń „krewn“ dla oznaczenia wspólnej krwi, pojętej, oczywiście, nie ilościowo, lecz jakościowo. „Niedokrewny“ w tym znaczeniu, w jakim chciałby go widzieć użyty kol. Knappe, jest oczywistym nonsensem, gdyż albo się jest spokrewnionym z kimś, lub się nim nie jest. Rzeczowniki „krewawość“ i „bezkrewawość“ oznaczają tylko stosunki ilościowe, nie jakościowe. Walki, staczane obecnie w Hiszpanii, odznaczają się wielką krewawością, t. j. wielkim przelewem krwi, walka, staczana przeze mnie z kol. Knappem, jest bezkrewawa. Wobec powyższego odrzucić należy proponowaną przez kol. Knappego nazwę „niedokrwawość“ i uznać za jedynie właściwy termin „niedokrewność“. Zauważyć muszę, że „Słownik języka polskiego“, niewątpliwie dzieło bardzo pożyteczne, nie może być najwyższą instancją w sprawie terminologii naukowej, gdyż, podobnie jak nauka, tak i język nie są czymś martwym, zatrzymanym w bezruchu, lecz żyją, rozwijają się, a zatem zmieniają się.

Łódź, 13. III. 1937.

Stanisław Justman.

## Résumé des articles originaux.

### A. KRAKOWSKI. Modifications cliniques de myasthénie.

A la base des observations faites nous avons constaté que l'idée dominante sur la myasthénie comme une maladie grave connue sous le nom „myasthenia gravis“ doit être dans une certaine mesure rectifiée Il est hors de doute que les modifications légères de cette maladie ont lieu plus souvent, que nous estimons. Ces modifications durant de longues années et même peut-être pendant toute la vie peuvent rester sans être généralisées. Quant au traitement de la maladie elle-même il faut bien porter attention sur le mode de vie du malade. La tranquillité physique et psychique prévalent parfois le traitement pharmacologique, physical et opothérapeutique.

### J. MIRABEL. Pneumothorax bilatéral simultané dans la tuberculose pulmonaire.

Une courte revue historique démontre l'évolution des notions du pneumothorax hypertensif de Forlanini en passant par le pneumothorax hypotensif et électif jusqu'au pneumothorax bilatéral simultané. L'auteur précise les indications et les contrindications pour l'application du pneumothorax bilatéral simultané. Quant à la technique du pnx. bil. sim. la quan-

tité de gaz à insuffler dès la cinquième insufflation ne peut pas dépasser 500—700 ccm.; l'espacement entre les insufflations du même côté varie successivement d'une semaine, dix jours jusqu'à deux semaines. Parmi les complications il cherche des causes de la fréquence des perforations pulmonaires dans le pnx. bil. sim. et il donne quelques indications techniques pour éviter la piqûre du poumon à l'occasion des réinsufflations. Les résultats positifs du traitement par pnx. bil. sim. obtenus par les auteurs divers varient dès 25—70% et dependent des cas choisis pour le traitement, de la bonne technique de l'opérateur, de la position sociale des malades et de leur possibilité de suivre la cure sanatoriale et hospitalière. Dans le cas du pnx. bil. sim. décrit à la fin l'effacement rentgenologique de l'image cavitaire ambilatéral et le débacillage sont venus même en présence des adhésions pleurales. La décision du médecin de diriger le malade à l'opération de Jacobeus est souvent très difficile comme dans ce cas-ci.

Mme St. ADAMOWICZ. New deal et la protection de la santé publique.

L'auteur discute le plan économique du président Roosevelt.

TREŚĆ: A. KRAKOWSKI. Kliniczne odmiany myastenii. — J. MIRABEL. Odma obustronna jednoczesna w leczeniu gruźlicy płuc. — K. BABENKO. Przemiana materii przy obfitym białkowym pokarmie (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Nowy ład (New deal) a opieka nad zdrowiem ludności. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. KRAKOWSKI. Modifications cliniques de myasthénie. — J. MIRABEL. Pneumothorax bilatéral simultané dans la tuberculose pulmonaire. — K. BABENKO. Nutrition albumineuse abondante et le métabolisme ((Rev. gén.). — M-me St. ADAMOWICZ. New deal et la protection de la santé publique.