

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 XI

WARSZAWA, 6 WRZEŚNIA 1934 R.

Nr. 33

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Zaburzenia dyskinetyczne pozawątrobowych dróg żółciowych.

Podał:

Lucjan JELENKIEWICZ (Warszawa).

W ciągu ostatniego dziesięciolecia w metodach badania klinicznego pozawątrobowych dróg żółciowych nastąpił znaczny postęp. Zgłębnikowanie dwunastnicy z szeregiem sposobów wywoływania odruchu pęcherzykowego i cholecystografia z badaniem opróżniania się pęcherzyka żółciowego za pomocą próby *Boydella-Withakera* i *Bronnera* — pozwalają nam obecnie badać kinetykę dróg żółciowych, podczas gdy dawniej badanie kliniczne pozwalało wykrywać tylko statyczne zmiany narządu. Dzięki nowym metodom badania klinicznego, uzupełnianym przez liczne badania doświadczalne, klinika zapoznała się z doniosłą rolą czynnika wegetatywnego w powstawaniu i symptomatologii cierpień dróg żółciowych, i to spowodowało znaczne przeobrażenie się poglądów, opierających się dotąd przeważnie na wynikach badań anatomo-patologicznych. Zmiany poglądów, jakie zaszły w omawianej dziedzinie, nie idą po linii dawnego myślenia klinicznego, które gorliwie wystawiało i stale musiało przesuwac słupy Herkulesowe pomiędzy tem, co „czynnościowe”, i tem, co „organiczne”. Coraz lepiej zdajemy sobie sprawę, jak ściśle przeplata się czynnik wegetatywny z innymi czynnikami patogenetycznymi, i, jak trudny i czasem niemożliwy jest podział na tak zwane cierpienia czynnościowe i organiczne. Chyba najlepiej ilustrować to może nowe słowo ogólnikowe, wprowadzone do mianownictwa cierpień dróg żółciowych przez *Bergmana* i jego szkołę, która, zdawałoby się, dzięki swym podstawowym pracom nad patologją i kliniką pęcherzyka żółciowego, powinna byłaby jaknajdalej posuwać się w kierunku konkretyzowania rozpoznań klinicznych w zakresie cierpień dróg żółciowych. Otóż przeciwnie, *Bergman* ze swoją szkołą, by omijać rozpoznania: kamica żółciowa, zapalenie dróg żółciowych, nerwica dróg żółciowych, wprowadził do kliniki ogólnik rozpoznawczy „*cholecystopathia*”. W danym jednak wypadku nowe słowo ogólnikowe nie

świadczy o mętnej pojmowaniu rzeczy, lecz, przeciwnie, jest poniekąd wyrazem głębszego jej zrozumienia.

Słowo „*cholecystopathia*” (według *Bergmana*), wzgl. „*cholangiopathia*” (według *Westphala*) nie przesądza ani patogenезы cierpienia, ani jego konkretnego rozpoznania. Stało się ono konieczne, gdy do klasycznych momentów patogenetycznych schorzeń dróg żółciowych: zapalenia, ustroju mechanicznego, zaburzeń humoralnych, przyłączył się nowy ważny moment — wegetatywny. Stopień występowania poszczególnych momentów, różnorodność wzajemnego przeplatania się ich stwarzają mnóstwo możliwości patogenetycznych, które nie dają się już wtłoczyć w ramy klasycznego rozpoznań „*cholelithiasis*”. Również w dziedzinie symptomatologii cierpień dróg żółciowych zaszły zmiany, usprawiedliwiające powstanie słowa *cholecystopathia*. Różnorodne objawy, jakie dają cierpienia dróg żółciowych z kolką żółciową włącznie, zależą nie od obecności kamienia, względnie od stanu zapalnego, lecz ostatecznie sprowadzają się one do zaburzeń wegetatywnych. Nic też dziwnego, że pierwsi chirurdzy (*Schmieden* i *Rohde*, *Berg*) zwrócili uwagę na cierpienia dróg żółciowych zależne wyłącznie od zaburzeń ruchowych. Napotykali bowiem oni przypadki, skierowane do nich przez doświadczonych internistów z rozpoznaniem kamicy żółciowej w celu dokonania cholecystektomji — a po otwarciu pęcherzyka żółciowego nie znajdowali ani kamieni, ani stanu zapalnego, nawet po zbadaniu drobnowidzowem. Jeśli dołączyć do tego częste nosicielstwo kamieni, stwierdzone na autopsji, które w ciągu całego życia przebiegało bez objawów chorobowych, to ma się wyobrażenie o zawiłej grze układu wegetatywnego dróg żółciowych, która sprawia to, że w jednym przypadku przy braku pierwotnych zmian anatomo-patologicznych mamy do czynienia z jawnym cierpieniem, w innym zaś obecność kamienia w pęcherzyku żółciowym jeszcze schorzeniem nie jest.

Rozpatrywanie zaburzeń dyskinetycznych dróg żółciowych poprzedzić musimy przeglądem wiadomości naszych o układzie mięśniowym i nerwowym, na których terenie te zaburzenia rozgrywają się.

W swym referacie anatomicznym o pozawątrobowych drogach żółciowych, wygłoszonym w roku ubiegłym, A s c h o f f, zestawiając swe własne prace i prace innych (M a t s u n o, L u e t k e n s, W e s t p h a l, N u b o e r, G i o r d a n o, M a n n), rozróżnia w drogach żółciowych trzy układy mięśniowe: 1. Układ mięśniowy zwieracza O d d i. 2. Układ mięśniowy w miejscu przejścia przewodu pęcherzykowego do pęcherzyka żółciowego. 3. Układ mięśniowy w ścianie pęcherzyka żółciowego. 1. Zwieracz O d d i, oddzielający drogi żółciowe od światła przewodu pokarmowego, w budowie swej nie jest jednolity. Rozróżnić w nim można dwie części: jedną proksymalną, utworzoną przez zewnętrzne podłużne mięśnie dwunastnicy, i drugą dystalną, która pochodzi z mięśni okrężnych i mięśni śluzówki dwunastnicy. Między włóknami mięśni zwieracza O d d i znajduje się bogaty spłot zwojów nerwowych, zespalaający się ściśle ze spłotem nerwowym dwunastnicy. Jest to dowodem anatomicznym, że bodźce nerwowe mogą być łatwo przeprowadzone z dwunastnicy na mięśnie dróg żółciowych. 2-e ugrupowanie mięśni, znajdujące się w miejscu łączenia się przewodu pęcherzykowego z szyjką pęcherzyka żółciowego, opisane było, jako zwieracz, przez L u e t k e n s a. Pogląd swego ucznia przejął A s c h o f f. N u b o e r jednak wątpi, aby wymieniony układ mięśni można było zaliczyć do rzędu zwieraczy. 3. Układ mięśniowy ściany pęcherzyka żółciowego, grubości $\frac{1}{2}$ mm. w stanie skurczu, utworzony jest nie przez jednolitą warstwę, lecz składa się z poszczególnych włókien, krzyżujących się w różnych kierunkach.

Fizjopatologia układu nerwowego dróg żółciowych opiera się głównie na pracach doświadczalnych W e s t p h a l a, dokonanych na zwierzętach i ludziach. Badania doświadczalne na zwierzętach ujawniły w aparacie mięśniowo - wegetatywnym grę dość złożoną. Wykazały one, zgodnie, zresztą, z wspomnianymi badaniami anatomicznymi, że ugrupowanie mięśni i unerwienie zwieracza O d d i nie jest jednolite. Rozróżnić w nim można dwie części, podobnie jak w odźwierniku żołądka: górną część — *antrum*, dolną — zwieracz brodawki. Obie części są pod zarządem przeciwnych unerwień. Górną część pobudza nerw błędny i hamuje nerw współczulny, dolną część czyli zwieracz brodawki pobudza nerw współczulny, hamuje zaś nerw błędny. Mięśniówkę samego pęcherzyka żółciowego pobudza nerw błędny, antagonistycznie działa nerw współczulny. Efekt drażnienia nerwu błędnego dróg żółciowych zależy od siły bodźca. Słabe bodźce elektryczne i farmakologiczne wywołują rozwarcie zwieracza O d d i, skurcz pęcherzyka żółciowego, wypełnienie przewodu żółciowego i wypływ żółci (prawo M e l t z e r a o współdziałaniu mięśni antagonistycznie unerwionych).

Silne drażnienie nerwu błędnego powoduje silne skurcze pęcherzyka żółciowego i skurcz zwieracza O d d i w części dwunastniczej przewodu żółciowego. Wskutek uniemożliwionego odpływu żółci następuje rozszerzenie pęcherzyka żółciowego i górnej oraz środkowej części przewodu żółciowego.

Drażnienie nerwu współczulnego powoduje osłabienie napięcia mięśniowego i zahamowanie ruchowe w zakresie wszystkich dróg żółciowych. Zjawia się przytem odosobniony skurcz zwieracza brodawki, unerwionego przez nerw współczulny, co jeszcze bardziej utrud-

nia odpływ żółci. Porażenie nerwu błędnego daje obraz podobny do drażnienia nerwu współczulnego.

Dla poznania unerwienia wegetatywnego dróg żółciowych znaczenie mają również badania doświadczalne na ludziach, tembardziej, że można je całkowicie przenieść na teren kliniczny. W e s t p h a l badał wpływ wstrzykiwań dożylnych pilokarpiny i atropiny na zachowanie się odruchu pęcherzykowego S t e p p a. Jak wiadomo, odruch ten polega na wprowadzeniu przez zgłębnik dwunastniczy 30 cm.³ 5% roztworu peptonu W i t t e, pod którego wpływem następuje (podobnie, jak w odruchu M e l t z e r - L y o n a z roztworem siarczanu magnezu i w odruchu pęcherzykowym z oliwą i innymi substancjami) wypływ ciemnej żółci, pochodzącej z kurczącego się pęcherzyka żółciowego. Ten odruch pęcherzykowy odpowiada słabemu podrażnieniu nerwu błędnego. W sposobie S t e p p a występuje on w 5 do 15 minut po wprowadzeniu do dwunastnicy roztworu peptonu. O ile w 10 — 20' od wystąpienia odruchu pęcherzykowego S t e p p a wstrzyknąć do żyły 0,06 — 0,08 pilokarpiny, to skutek sumowania się dwóch bodźców wagotonicznych będzie zależny od stanu pobudliwości nerwu błędnego dróg żółciowych. W przypadkach normalnych następuje przyspieszenie wypływu żółci i tylko czasem zahamowanie odpływu jej wskutek skurczu zwieracza O d d i, trwające jednak nie dłużej, niż 3 minuty. Stan zaś nadmiernej pobudliwości nerwu błędnego dróg żółciowych objawia się zahamowaniem wypływu żółci, trwającym dłużej, niż 3 minuty, czasem nawet do 20 minut. Występuje ono w przypadkach schorzeń dróg żółciowych, w przypadkach ciąży, ogólnej nerwicy wegetatywnej i podczas miesiączki.

Wstrzyknięcie dożylnie 1 mgr. atropiny po wystąpieniu odruchu pęcherzykowego S t e p p a powoduje zniknięcie skurczów i zwiotczenie pęcherzyka żółciowego, objawiające się przerwą w wypływie żółci, trwającą nieraz 20 — 30 minut.

Przechodzimy do omówienia sposobu powstawania głównego objawu cierpienia dróg żółciowych — kolki żółciowej. Minęły już czasy, kiedy kolka żółciowa była prawie że synonimem kamicy żółciowej. W owych czasach panowała t. zw. klasyczna teoria powstawania kolki żółciowej, jako następstwa wędrowania kamieni w drogach żółciowych. Liczne spostrzeżenia kliniczne ustaliły fakt, że napady kolki żółciowej występować mogą w przypadkach, gdy w drogach żółciowych niema kamieni, a jest tylko sprawa zapalna, i nawet wówczas, gdy w drogach żółciowych nie stwierdza się pierwotnych zmian morfologicznych. Cała uwaga zwrócona jest obecnie na układ wegetatywny dróg żółciowych. W zaburzeniach jego czynności upatrujemy przyczynę przejawów bólowych. Akt fizjologiczny opróżniania się pęcherzyka żółciowego przedstawia się, jako słabe podrażnienie nerwu błędnego, powodujące rozwarcie zwieracza O d d i i skurcz pęcherzyka żółciowego, podobnie, jak w przytoczonych doświadczeniach na zwierzętach. Ten odruch pęcherzykowy wyzwalają prawdopodobnie produkty trawienia (peptony, tłuszcze) w chwili zetknięcia się ze śluzówką dwunastnicy tak, jak to ma miejsce w odruchach pęcherzykowych, sztucznie wywoływanych przez wprowadzenie do dwunastnicy peptonu, oliwy i innych substancji. (Stąd też pogląd N o o r d e n a, że najlepszym środkiem żółciopędnym jest obfity obiad). Gdy podrażnienie nerwu błędnego dróg żółciowych z tych lub innych powodów jest ponad normę

silne, wówczas zamiast fizjologicznego bezbolesnego opróżniania się pęcherzyka żółciowego następują objawy bólowe. *Chiray* sprowadza je do gwałtownych skurczów pęcherzyka żółciowego. *Westphal* przypisuje znaczenie skurczom spastycznym nie tylko pęcherzyka żółciowego, lecz i zwieracza *Oddi*. *Bergman* określa to, jako *tenesmus vesicae felleae*, co znaczy — bolesne parcie pęcherzyka żółciowego.

Szereg momentów przemawia za tem, że w kolce żółciowej istotnie mamy do czynienia z dyskinezą dróg żółciowych: 1) Czasem w przebiegu zgłębnikowania dwunastnicy u osobników z chorym pęcherzykiem żółciowym wywoływanie odruchu pęcherzykowego sprawia bóle, nawet wyzwała napad kolki żółciowej. 2) Samoistnie kolka żółciowa występuje często w następstwie przekroczeń dietetycznych, w których główną rolę odgrywają pokarmy, będące najsilniejszymi bodźcami w wywoływaniu wagotonicznego odruchu pęcherzykowego (pokarmy tłuste, majonez, jaja, śmietanka). 3) Kolka żółciowa najczęściej zjawia się w nocy, a u kobiet w czasie perjodu i w przebiegu ciąży, a są to, jak wiadomo, stany zwiększonego napięcia nerwu błędnego. 4) Nierzadko napad kolki żółciowej i nawet pierwszy napad powstaje po silnych emocjach, wstrząsie psychicznym, co można sobie tylko wytłumaczyć zadziałaniem psychicznym na drogi żółciowe poprzez układ wegetatywny. Zaburzenia dyskinetyczne dróg żółciowych objawiające się, jako kolka żółciowa, oddziałują na drodze odruchów trzewno - trzewnych na cały przewód pokarmowy. Jak wykazują prace *Westphala*, prześwietlenie, dokonane w czasie napadów bólowych, wykrywa często w zakresie żołądka wzmogoną perystaltykę i skurcz odźwiernika, w zakresie jelit również wagotoniczną hiper— i dyskinezę. Należy też wspomnieć o odruchach trzewno - ruchowych, powodujących napięcie mięśni powłok brzusznych, i o odruchach trzewno - czuciowych, prowadzących do wystąpienia na skórze klasycznych miejsc z przeculicą.

W jakim stosunku stoi do zaburzeń dyskinetycznych drugi ważny objaw cierpienia dróg żółciowych — żółtaczka? Jak wiadomo, najczęściej zjawia się ona po napadach kolki żółciowej. Jest to t. zw. żółtaczka zastoinowa z bilirubiną we krwi, dająca natychmiastowe występowanie odczynu bezpośredniego *HymansvandenBergha*. Wiadomo, że najczęstszą przyczyną występowania takiej żółtaczki jest wklino-
wanie się kamienia w przewodzie żółciowym, co łatwo można sobie wyobrazić przy wzmogonych skurczach pęcherza żółciowego i przy stanie spastycznym w dolnej części przewodu żółciowego. Drugą przyczyną wysiępowania żółtaczki po kolce jest stan zapalny dróg żółciowych, do którego powstania częściowo przyczyniają się zaburzenia dyskinetyczne, gdyż utrudniony odpływ żółci sprzyja nasileniu się sprawy zapalnej.

Poza temi dwoma zasadniczymi sposobami powstawania żółtaczki po kolce żółciowej istnieje też i trzeci — czynnościowy. Wszelkie dane przemawiają za tem, że stany podżółtaczkowe i nawet jawne żółtaczki mogą występować w następstwie dłużej trwającego skurczu zwieracza *Oddi*. Już *Naunyn* uznawał istnienie takiej możliwości, spotykał bowiem w cierpieniach dróg żółciowych przypadki, w których powstania żółtaczki nie mógł objaśnić ani obecnością kamienia, ani zawałem dróg żółciowych. Obecnie taką żółtaczkę mechaniczną na tle czynnościowym nazywamy *icterus spasticus*. Prawdopodobnie i w żółtaczce,

spowodowanej kamieniem lub sprawą zapalną, skurcz spastyczny dolnej części przewodu żółciowego odgrywa rolę czynnika dodatkowego i chyba czasem dość ważnego. Nietylko zaburzenia w zakresie układu wegetatywnego dróg żółciowych i czynniki drażniące organiczne wywołać mogą skurcz spastyczny zwieracza *Oddi*. Może on również powstać na tle psychogennem wskutek silnych emocyj i wstrząsów psychicznych. Jest to *icterus emotionalis*, którego istnienie już dawno podchwyciła spostrzegawczość ludowa, a obecnie uznaje i klinika. *Westphal* opisuje przypadek żółtaczki 10-dniowej, która wystąpiła po wstrząsie psychicznym. Szczególny przypadek *icterus spasticus* opisuje *Pavel*. W przypadku tym żółtaczka zastoinowa trwała przeszło 2 lata, a autopsja *in vivo et post mortem* nie wykryła w drogach żółciowych zmian organicznych. Zaburzenia dyskinetyczne dróg żółciowych nie tylko odgrywają ważną rolę w patogenezie i symptomatologii cierpień dróg żółciowych, lecz obecnie już mają swój rozdział nozologiczny, który obejmuje dwie sprawy chorobowe, noszące nazwę pęcherzyka żółciowego zastoinowego hipertonicznego i pęcherzyka żółciowego zastoinowego hipotonicznego. W obu cierpieniach zaburzenia czynnościowe są sprawą pierwotną i wtórnie prowadzą do zmian anatomicznych. Częstość występowania tych nerwów wegetatywnych *Westphal* określa na 5% w Hannoverze i 10% w Frankfurcie w odniesieniu do wszystkich spotykanych przypadków cierpień dróg żółciowych. *Kalk i Schoendube* na 400 przypadków schorzeń dróg żółciowych czystą dyskinezę rozpoznawali w 61 przypadkach, spośród których w 12 przypadkach rozpoznanie było ustalone podczas operacji, gdyż przypadki te początkowo ujmowano, jako cierpienie organiczne. (Dok. nast.)

Z Oddziału Dra Ambrożewicza w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Postępowanie chirurgiczne i jego wyniki w kamicy żółciowej.

Podał

Dr. JÓZEF SZPER (Warszawa).

Od 50-ciu lat sprawa patogenezy kamicy żółciowej niewiele się posunęła naprzód. Pomimo znakomych prac, które wpływały kolejno jedynie na teren zainteresowań, rozbieżności nie zostały zbliżone, sprzeczności po dawnemu nie pozwalają na skryzalizowanie pojęć.

Przed 40 laty została wysunięta przez *Naunyna* koncepcja zakażenia, jako pierwotna przyczyna powstawania kamieni żółciowych. Teoria ta panowała wszechwładnie nad wieloma ogniskami naukowymi i bodaj, że dziś jeszcze poszczycić się może niejednym zwolennikiem. Jednakże już pod koniec ubiegłego stulecia *Roossing* z Kopenhagi wystąpił przeciwko teorii *Naunyna*, twierdząc, że jest nieprawdopodobna, gdyż klinika dowodzi, że zakażenie powstaje wtórnie, i sprzeczna z wynikami badań na zwłokach, które to badania stwierdzają większość kamieni w pęcherzykach jałowych, bez śladu stanu zapalnego. W 25 lat później, *Boysen* wyraził pogląd, że kamienie rozwijają się w pęcherzykach jałowych. Nieco później *Aschoff*, a z drugiej strony *Chaffard* i jego szkoła zburzyli całkowicie teorię *Naunyna*. Według tych nowych poglądów, złogi cholesteroliny, które są zwykłe zależkami kamieni żółciowych (tu w zgodzie z *Naunynem*), tworzą się zawsze w pęcherzyku jałowym. *Roossing* w swej pracy o patogenezie kamieni żółciowych

dowodzi, że wszystkie rodzaje kamieni żółciowych zachowują się jednakowo w stosunku do stanu zakażenia lub jałowoci żółci, i że zakażenie w kamicy żółciowej nie jest nigdy przyczyną, lecz zawsze skutkiem tego cierpienia. Dla N a u n y n a i wielu autorów zaleganie żółci było jednym z koniecznych warunków tworzenia się kamieni żółciowych. R o v s i n g jest zdania, że dzieje się odwrotnie. Obala on jeszcze pogląd, że kamienie żółciowe powstają w pęcherzyku. Ma to się dziać w wątrobie w postaci małych złożeń wapnia bilihumi-ny, których wydzielanie następuje w związku z przejściem zatruciem krwi, najczęściej u ciężarnych.

H a r t m a n n i jego szkoła, w szczególności M i g n o t, po dokładnych i pełnych pomysłowości doświadczeniach zdołał dojść do tworzenia kamieni żółciowych u zwierząt więcej, niż w połowie przypadków. Jednakże okazuje się, że żadna przyczyna, oddzielnie wzięta, nie wystarcza, by powstały kamienie. Więc ani obecność ciał obcych, ani zaleganie żółci, ani zakażenie. M i g n o t stosował hodowle mikrobów, a zwierzęciem doświadczalnym była świnka morska, której żółć zawiera bardzo mało cholesteryny, pomimo to jednak kamienie otrzymywane składały się przeważnie lub w dużej mierze z cholesteryny. Ale technika M i g n o t a była bardziej złożona, niż innych autorów, którzy upraszczali zarówno technikę, jak i wnioskowanie dla celów tworzenia teorii. Ostatecznie wielu jest jeszcze zwolenników teorii N a u n y n a, jakkolwiek różne poprawki zostały już oddawna wniesione, i ostatnio nie jest już poczytywane za herezję twierdzenie, że w chirurgji rozróżnić można i trzeba dwie postaci: kamicy jałowej i zapalenie pęcherzyka kamicowe. (B é r a r d i M a l l e t - G u y).

Sprawa jest niezmiernie ważna, bo decyduje ona w wielu przypadkach o postępowaniu chirurgicznym. Niewątpliwie, wypływa to ze spostrzeżeń, istnieją przypadki kamicy jałowej, ale zwykle nie odróżniane od zapalenia pęcherzyka przewlekłych, pomimo, że mają one odrębną fizjognomję fizjo-patologiczną.

Dla ustalenia klinika wystarczyć nie może. Trzeba się zwrócić do badań czynnościowych. To dotyczy internistów.

Medycyna wewnętrzna ma do czynienia głównie z nosicielami kamieni, do chirurgji należą ci, którym leczenie wewnętrzne nie wystarcza. Tak się dzieje w życiu. Czy tak być powinno, to inna sprawa. Kamica żółciowa, klinicznie rzecz ujmując, nie ma dość ostrych konturów z żadnej strony granicy pomiędzy medycyną a chirurgją. Jednakże istnieje wiele przypadków, które dużo wcześniej nadają się do zabiegu, choćby dla uniknięcia powikłań, często nieodwracalnych. Z punktu widzenia pacjenta, zabieg jest również rozumiany jako konieczne zło, tymczasem sporo jest cierpień, z kamica żółciową związanych, w których chirurgja musi ułatwić, oczyścić niejako pole dla dalszego leczenia wewnętrznego. Bo trzeba powiedzieć, jeśli nie pacjentom, to sobie, że osobnik, tworzący kamienie żółciowe, nie może wyjść z leczenia przez całe życie. Leczenie wewnętrzne spowodować może czasową ulgę, uciszyć schorzenie, ale wyleczyć go zupełnie w obecnym stanie nauki nie może. Chirurgja natomiast, nie lecząc doszczętnie, daje częściej *lucida intervalla* o rozpięciu większym.

Kiedy przed 40-u zgórą laty kamica żółciowa przestała być cierpieniem wyłącznie wewnętrznym, to dlatego, że interniści, a jednym z pierwszych był N a u n y n, zdali sobie sprawę z tego, że samymi środkami

wewnętrznymi pewnych postaci i w każdym okresie cierpienia ulczyć się nie da. Wówczas na porządku dziennym tej sprawy postawić trzeba było i oświecić należyte dwa momenty: wskazania operacyjne i postępowanie chirurgiczne. Jak widzimy, nie przestało to być chlebem powszednim i ośrodkiem naszych zainteresowań w warunkach o tyle szczęśliwszych, że rozporządzamy doświadczeniem wieloletnim, a więc możemy rozpatrywać to z punktu widzenia wyników oddalonych.

Rozróżniamy wskazania nagłe, bezwzględne i względne.

Wskazaniem nagłym objęte są powikłania kamicy pęcherzykowej, wywołujące zespół otrzewnowy. Będzie to najczęściej przedziurawienie pęcherzyka z następczym zapaleniem otrzewny; rzadziej skręt ostry pęcherzyka; puchlina, wywołująca zamknięcie światła кишки i zgorzel pęcherzyka.

Wskazania bezwzględne stanowiąc będą: ostre, zakaźne zapalenie pęcherzyka; ropniak pęcherzyka; puchlina przewlekła, jeżeli wywołuje ona zaburzenia powtarzające się; zamknięcie światła przewodu wspólnego, jeżeli idzie w parze z zakażeniem lub bez zakażenia, o ile żółć nie przedostaje się w ciągu 30 dni.

Wskazania względne dotyczą kamicy żółciowej bez zakażenia niepokojącego. W przypadkach kolki żółciowej z towarzyszeniem zapalenia okołopęcherzykowego zabieg operacyjny rzadko znajduje zastosowanie, bo zwykle sprawa się cofa szybko. Jednakże w przypadkach, gdy guz zapalny nie ustępuje, bóle trwają pomimo narkotyku, stwierdza się obronę mięśnia prostego w górnej jego części, i stan chorego nie poprawia się wyraźnie, wkroczyć należy z obawy przedziurawienia pęcherzyka lub nadmiernego wyczerpania nerwowego. C h a u f f a r d podaje przykład nagłej śmierci na tem tle. Zabieg wcześniejszy wskazany jest również w postaciach lżejszych powtarzającej się kolki obok zapalenia pęcherzyka, jeżeli badanie wykazało lub podejrzewa się, że trzustka wciągnięta jest w sprawę. Jeszcze R i e d e l wskazywał na duże, twarde nacieki zapalne w głowie trzustki, jako na skutek kamicy pęcherzykowej, a nie tylko kamicy przewodu wspólnego, jak poprzednio przypuszczano. Nacieki te, przewlekłe zapalenie ustępują zwykle po operacji. Bądźco badz, wskazaniem codziennym będą powtarzające się kolki. Innymi słowy, ból. Ten ostatni przeważa opinii wszystkich bez wyjątku lekarzy i nawet znachorów najślawniejszych.

Ważniejszem jest dla chorego, by wskazać mu drogę postępowania wówczas, kiedy cierpienie przebiega skrycie lub nie czyni wielkiego popłochu.

O zabiegu wczesnym mówiono już bardzo dawno, ale każdy inaczej to rozumiał, a nie tylko interniści, ale i chirurdzy zmieniali zdanie w zależności od osobistego doświadczenia. Zbyt często jeszcze lekarze zapominają o tem, że korzystanie z cudzego doświadczenia jest imperatywem kategorycznym wszelkiej kultury. Jeżeli zaś zwrócimy się do doświadczenia innych czyli do jednostki zbiorowej, to przekonamy się, że trzeba zrobić rewizję naszych pojęć, z jednej strony, przyjąć szereg wniosków, opartych silnie o wyniki, jako bez mała postulaty, z drugiej.

Dotychczas panuje jeszcze przekonanie, że kamienie żółciowe można i należy usuwać drogą naturalną. Pod tym względem nasi lekarze podobni są do swych kolegów z innych krajów: o możliwości i skuteczności tego postępowania jednakowo zapewniają swoich pacjentów. I wyniki są podobne. Od czasu do czasu wystę-

puje naskutek tego ostre zapalenie pęcherzyka lub zamknięcie przewodu wspólnego kamieniem wędrującym z zastojem żółci następczym. Niewątpliwie bardzo często osiągnąć można drogą diety i środków wewnętrznych wygaśnięcie zapalenia i utajenie się kamieni. W tych jednak przypadkach, kiedy się to nie udaje, leczenie chirurgiczne odbywa się w warunkach dużo gorszych, lub też, jak podaje Hartmann, chorzy, wycieńczeni długotrwałą ścisłą dietą, wpadają w gruźlicę lub w narkomanję.

Morfinomanja i wychudnięcie muszą być brane pod uwagę zarówno ze względu na sprawę chorobową, jak i ze względów społecznych.

Za operacją wczesną wypowiedziała się ogromna większość chirurgów i to z rozmaitych względów. Na Zjeździe Międzynarodowym 1908 roku chirurdzy angielscy, z Moynihanem na czele, uważali interwencję za wskazaną z chwilą, gdy stwierdzone zostało zapalenie pęcherzyka, i podejrzewa się obecność kamieni, w każdym przypadku, jako zapobiegającą szerzeniu się stanu zapalnego, i nawet dość wcześnie, by uprzedzić powstanie powikłań zapalnych i móc wykonać zabieg zachowawczy. Riedel, a przedtem jeszcze Nauyn, Czerny i Payr, ze względu na często przez nich spotykanego raka pęcherzyka, bo aż w 13% przypadków.

W przypadku Lecène'a pęcherzyk, na wygląd jedynie zapalny, wykazał pod mikroskopem niewątpliwie zmiany nowotworowe.

Inni znów obawiają się przenikania kamieni do dróg żółciowych, chyba, że są małe i zdolne do przedostania się do jelita z prądem żółci samoistnie.

W zamknięciu przewodu wspólnego nie można się spodziewać, w przeciwieństwie do kamicy pęcherzykowej, utajenia się procesu. Poza wyjątkami kamień, usadowiony w przewodzie wspólnym, pozostaje na miejscu, i wiadomo, jakie są przeważnie losy chorego. Leczenie wewnętrzne za pomocą środków żółciopędnych, w rodzaju oliwy, powoduje gwałtowne wydzielanie się żółci i może niekiedy sprowadzić wyleczenie, ale równie często spowodować jest zdolne wypadki. Według Hartmanna, ten sposób postępowania naraża więcej chorych, niż operacja. Wiadomo, że kamica przewodu, jeżeli trwa dłużej, najczęściej wywołuje zakażenie. Nickell i Starr Judd (Rochester) stwierdzili pałeczkę okrężnicy w 50% przypadków, gdy sprawa dotyczyła przewodu pęcherzykowego lub wspólnego; w pęcherzyku zakażenie się cofa w miarę trwania i opada do 35% w przypadkach przewlekłych, bez objawów wyraźnych. Pop i Muresan (Cluj) ogłosili przypadek kamienia, zaklinowanego w brodawce Vatera u 13-letniego chłopca, który przechodził żółtaczkę w 7-mym roku życia. Znaleźli oni drogi żółciowe rozciągnięte; przewód pęcherzykowy miał grubość kciuka, a — wspólny zawierał 80 cm³ żółci. Rozpoznano pęknięcie wrzodu dwunastnicy. Według Berra, w kamicy przewodu wspólnego, powikłanej zakażeniem, wytwarzanie się złożeń wewnątrz-wątrobowych jest zjawiskiem prawie stałym. Zstępowanie tych złożeń może być przyczyną kolki w czasie pooperacyjnym. Pauchet w 8-iu przypadkach kamicy wewnątrzwątrobowej stwierdził kamice przewodu wspólnego. Powikłaniem prawie że nieuniknionem kamicy przewodu wspólnego, tem większem, jeżeli zamknięcie światła trwa dłużej, jest rozszerzenie przewodu i dróg odprowadzających, wyżej leżących.

Ostatnio prace kliniczne i doświadczalne doprowadziły do koncepcji współzależności, a co ważniejsze, do przekonania się o stosunku agresywności wzajemnej pomiędzy trzustką i drogami żółciowymi. Tak więc odpływ żółci do przewodu Wirsunga wywołuje krwotoczne zapalenie trzustki, podczas gdy przedostanie się soku trzustkowego do pęcherzyka żółciowego powoduje zgorzel pęcherzyka i zapalenie żółciowe otrzewny, bez widocznego przedziurawienia dróg żółciowych. Zatkanie brodawki przez kamień jest jednym z głównych powodów tego schorzenia, jak to jest uwidocznione w pracy Butkiewicza. W przypadkach podanych (Bundschuh, Ruppner, Bernhard, Dziembowski, Popper) znaleziono kamień w przewodzie wspólnym lub w brodawce i rozszerzenie przewodu. Otóż rozszerzenie przewodu, zwłaszcza przy zamkniętym przewodzie, sprzyja tym możliwościom (Lenormant). Postępowaniu Cheevera, polegającemu na rozszerzeniu brodawki i przemywaniu przewodu wspólnego, zarzucano przypadki śmierci na krwotoczne zapalenie trzustki. Wymowne jest doświadczenie Axela Blanda; jeżeli po podwiązaniu przewodu wspólnego u psa zastrzyknie się soku trzustkowego do pęcherzyka, to ściana jego staje się dziurkowata, i żółć przez nią przenika, a pod mikroskopem stwierdza się zgorzel ściany. W przypadku Ruppnera znaleziono jednocześnie zapalenie żółciowe otrzewny i jej *steatonecrosis*; obecność zaś soków trzustkowych w żółci pęcherzykowej, a w przypadku Poppera prócz tego w płynie, wylanym do jamy otrzewny.

Kamica przewodu jest też przyczyną przemian komórki wątrobowej, przestoczeń marskich wątroby.

Ponieważ, poza wyjątkami, kamień, który usadawia się w przewodzie, pochodzi z pęcherzyka, wydaje się logicznym i ważnym, by zabieg był wykonany przed okresem żółtaczki przewlekłej, wiadomo bowiem, jak kruchy jest chory długożółtaczkowy. Niema lepszego sposobu dla uniknięcia tak licznych i ryzykownych powikłań tej postaci kamicy. Korzystniej jest bezsprzecznie dla chorego operować po ustąpieniu żółtaczki, i żaden chirurg, sądzę, kwapić się nie będzie, jeżeli tylko ból nadmierny, trwająca, nieprzepuszczająca żółtaczką i pogarszający się odczyn VandenBergha, obok zinniejszającej się krzepliwości, a wydłużającej się krwawłości, nie wciśnię mu noża do ręki.

W rozpoznawaniu kamicy przewodu wspólnego trzeba jeszcze mieć na uwadze odmienną nieco postać żółtaczki zastoinowej, imitującej aż do złudzenia zaporę w przewodzie wspólnym. Otóż przeszkody w drogach odprowadzających niema, a żółtaczką zależy od zaburzeń czynnościowych komórki wątroby. Nie wszystkim łatwo jest się pogodzić z tem, że zespół żółtaczki zastoinowej istnieć może bez przeszkody. Niektórzy chirurdzy, nie znalazłszy zawady przewidywanej, szukają zadośćuczynienia w koncepcjach urojonych, jak ucisk, wywołany zapaleniem trzustki, zapalenie przewodu wspólnego lub kurcz zwieracza Oddiego, a do niedawna jeszcze długo pokutujący korek śluzowy w przewodzie. Ostatnio coraz częściej podawane są szczegółowe opisy przypadków, uchodzących do chwili operacji za kamice przewodu, w których najskrzętniejsze poszukiwania najmniejszego nawet kamienia nie wykazały. W niektórych żółtaczką trwała 4 miesiące prawie bez zmiany, a operacja wykazała powiększoną wątrobę, a zanik widoczny dróg odprowadzających (Fiessinger i Tou-

p e t). Inne przypadki mają przebieg kamicy z napadami typowymi kolki albo też przebiegają bezboleśnie, jak żółtaczkę zakaźną (U m b e r, R a o u l - C h. M o n o d, M o c q u o t, C h a b r o l, K a p p i s i F u l d e).

Podobny przypadek operował niedawno Dr. A m b r o z e w i c z. Kobieta 38-letnia choruje od 5 lat na bóle w brzuchu. Od roku ma częstsze napady, a od 8-miu miesięcy z podwyższoną ciepłotą. Od 3-ch miesięcy trwa żółtaczkę, z okresami nasilenia. Straciła na wadze 11 kg. Wątroba wystaje na 3½ palca. W moczu wzmocnienie barwników. Wydaliny zabarwione. Cholecystografia nie wypełniła woreczka żółciowego.

Ostatnio sprawa ta była opracowana przez szereg autorów. W przypadku U m b e r a, gdzie rozpoznano żółtaczkę w związku z kamicią przewodu, operacja kamieni nie wykazała, a dokonana biopsja - zmiany histologiczne zaniku środkowo - zrazikowe. U m b e r spotkał się z 7-ma przypadkami podobnymi. C a r o l i powstaje przeciwko wyszukiwaniu mniej lub więcej prawdopodobnych powodów żółtaczkę wówczas, kiedy nie stwierdza się przeszkody w przewodzie. Niewątpliwie podejrzewane przyczyny od czasu do czasu są punktem wyjścia żółtaczkę, jednakże, kiedy przewód nie jest rozszerzony, gdy zgłębnikowanie umiędzynię przewo-

dów nic nie wykazuje, a ściany przewodu są prawidłowe, jeżeli trzustka nie jest wyraźnie zmieniona, to trzeba przestać walczyć z oczywistością i zaniechać myśli o żółtaczkę mechanicznej. Q u é n u, dawny mój szef, w odległym już czasie zauważył, że zdarza się nieraz u chorych, operowanych z rozpoznaniem kamicy, znaleźć jedynie marskość wątroby w stadium rozwoju.

Trudność rzeczywista polega na odróżnieniu, na rozpoznaniu, bo ono jedynie nastęrcza dużo wątpliwości. Rozpoznanie kliniczne jest niezmiernie subtelne, bo dane są wiotkie. Wszystkie prawie objawy są zmienne od przypadku do przypadku. Jedynie może powiększenie wątroby częściej występuje i nie zawsze się zmienia równolegle do nasilenia żółtaczkę, jak tego chce B r ũ l é, a pozatem znaczne i szybkie wychudnięcie: 10 — 12 kg. w przypadkach M o c q u o t.

Klinicznie ujmując, trzeba wyznaczyć, że nie mamy dostatecznych podstaw do odróżnienia w każdym przypadku żółtaczkę mechanicznej od czynnościowej, nawet uciekając się do pracowni. Według R o s e n t h a l a, w kamicy żółtaczkę ma postać mieszaną. Różne czynniki odgrywają tu rolę, a więc mechaniczne, kurczowe, zakaźne i czynnościowe, stąd też trudność w rozwikłaniu splotu. (Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału Wewnętrzznego Szpitala Żydowskiego
w Białymstoku.

(Dyrektor Szpitala i ordynator oddziału wewnętrznego:
Dr. K a p ł a n).

Przypadek niedomogi wielogruzołowej *).

Podali

A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ
(Białystok).

Chora lat 38, przy mężu, przybyła na oddział z powodu napadów dychawicy oskrzelowej, trwającej od 6 lat. Poza tem skarży się na ogólne osłabienie, szybkie męczenie się, ból w stawach i w mięśniach — niekiedy miały występować i obrzęki stawów, — na palpację serca, na okresowe bóle brzucha i rozwolnienie, na bóle i szum w głowie i w uszach, stały suchy kaszel i na szereg innych skarg, datujących się również od wielu, bo przeszło 10 lat. Rodziła troje dzieci; dwoje zmarło. Perjody początkowo regularne od 3 lat ustaly.

Przy badaniu powierzchownem zwraca uwagę ogólny wygląd chorej: niskiego wzrostu, blada z odcieniem żółtawym, twarz nalana, rzadki zarost włosów kruchych, łamliwych, skóra sucha — przy ucisku palcem dołek nie powstaje — uwłosienie typu żeńskiego; paznokcie bez zmian. Powiększenia gruczołów chłonnych i obręzków niema; tarczycę niemałna.

Pozatem zwraca uwagę ubogość mimiki, apatja, senność, brak wszelkiego zainteresowania i obojętność w stosunku do otoczenia; powolność ruchów i mowy; krótkie jednolodne odpowiedzi, które zaledwie udaje się od chorej wydobyć.

Dokładniejsze badanie wykazuje: źrenice reagują na światło i przystosowanie. Język zlekka obłożony, podsycający; dziąsła silnie zaczerwienione; brak kilku zębów; błony

śluzowe blade. W płucach — liczne świsty i rżenia różnego kalibru, jak zazwyczaj spotykamy w dychawicy oskrzelowej. Serce — bez zmian. Płwocina śluzowo - ropna, zawiera dużo eozynofiliów; włókien sprężystych i prątków K o c h a niema.

Krew wykazuje wtórną anemię; Hgb. — 72%, nieznaczna leukocytoza, powiększenie liczby eozynofiliów i limfocytów we wzorze.

Z podobnymi skargami i objawami chora była przed rokiem na oddziale.

Mieliśmy więc do czynienia z szeregiem skarg i niedomagań, które trudno było powiązać ze sobą. Bezpośrednie wrażenie przemawiało za tem, że mamy do czynienia z osobą o mniejszej wartości ustrojowej, u której wszystkie przejawy życia cielesnego i umysłowego były upośledzone. Tego rodzaju obraz może być łatwo zrozumiały, jako wyraz niedomogi wielogruzołowej.

Wiemy, że życie somatyczne i psychiczne człowieka, jego jaźń znajduje się pod przemożnym wpływem gruczołów dokrewnych i układu vegetatywnego. Występujące na zmiany somatyczne i psychiczne, występujące w nadczynności tarczycy w chorobie B a s c d o w a, i zmiany w osłabieniu jej czynności w obręku śluzowatym. Znana jest zmiana jaźni po kastracji i wypadnięciu funkcji jajników; zmiana wzrostu w nadczynności przysadki; upośledzenie przemiany wodnej w niedostateczności przysadki w moczówce prostej, zaburzenie przemiany ogólnej, przede wszystkim węglowodanowej, w cukrzycy — w niedostateczności trzustki, astenja i inne objawy w chorobie A d d i s o n a z powodu zaniku nadnercza.

Przemianę ustrojową możemy uważać zgruba za szereg procesów dezasymlacyjnych i asymilacyjnych, wzajemnie się przeplatających. Procesy dezasymlacyjne, rozpadowe, przebiegające z utlenianiem, mają na celu wyzwolenie energii; procesy zaś asymilacyjne służą do jej nagromadzenia. Oba te procesy przebiegają podług ścisłych praw chemicznych, są jednak aktywowane

*) Z posiedzeń klinicznych Miejskiego Szpitala Żydowskiego, 1932/3 r.

i regulowane przez hormony, będące produktem gruczołów dokrewnych, i przez układ wegetatywny.

Procesy dezasymlacyjne aktywowane są i regulowane w pierwszym rzędzie przez tarczycę i nadnerczahormony ich: tyroksynę i adrenalinę i przez związany z nimi układ sympatyczny. Do grupy gruczołów, aktywujących procesy asymilacyjne, należy przedewszystkiem trzustka, związana z układem nerwu błędnego.

Gruczoły dokrewne i układ wegetatywny stanowią jedną całość. Wzmocnienie wydzielania hormonu potęguje napięcie odnośnego układu nerwowego i odwrotnie, tak np.: wzmocnienie wydzielania adrenaliny prowadzi do większego napięcia układu sympatycznego.

Można więc uważać układ sympatyczny i powiązane z nim gruczoły dokrewne, jako ogólny układ dezasymlacyjny, układ nerwu błędnego, i związaną z nim trzustkę jako układ asymilacyjny.

Obrazy chorobowe przy zmianie czynności jednego gruczołu względnie łatwo są rozpoznawane. Trudniej przedstawia się rzecz, gdy mamy do czynienia ze zmianami kilku gruczołów, a to tembardziej, że czynność gruczołów jest ściśle ze sobą powiązana; zmiana czynności jednego gruczołu prowadzi do zmian we wszystkich gruczołach.

Przechodząc do naszego przypadku, postaramy się drogą obserwacji i rozważań czysto klinicznych na podstawie naszych wiadomości o czynności fizjologicznej gruczołów ustalić, z jakiego rodzaju zmianami gruczołów dokrewnych mamy tu do czynienia.

Ociężałość chorej, zwolnienie tempa myślenia przemawia w pierwszym rzędzie za niedostateczną czynnością tarczycy. W zgodzie z tem jest pewna ciastowatość skóry u naszej chorej.

Ogólną astenję, tak samo jak i niskie ciśnienie (85 *max.*) będziemy łączyli z niedostateczną czynnością nadnerczy. Niedostateczna czynność tych gruczołów prowadzi do mniejszego napięcia nerwu współczulnego i tem samem przyczynia się do wzmoczonego napięcia antagonistycznego układu nerwu błędnego. Tłumaczy nam to wystąpienie u chorej napadów dychawicy oskrzelowej, jako cierpienia wagotonicznego. Również występujące u niej okresowo rozwolnienie należy uważać za objaw wagotoniczny. Utrata miesiączkowania od 3-ich lat wskazuje na niedomogę jajników.

Postaramy się teraz za pomocą dostępnych nam badań dodatkowych potwierdzić nasze przypuszczenia.

W niedoczynności tarczycy objawem najważniejszym, poza zwolnieniem podstawowej przemiany, jest skłonność ustroju do obrzęków. I rzeczywiście, wykonana tu próba *Al d r i c h a* wykazała szybkie zniknięcie bąbla (po 22 minutach), co świadczy o znacznej wodochłonności tkanek.

Zachowanie się glicemji naczczu i przy obciążeniu potwierdziło nasze przypuszczenie, że czynność trzustki jest zupełnie normalna.

Wykonane na początku obserwacji u naszej chorej próby *D a n i e l o p o l u* celem ustalenia wpływu środków sympatyko-wagotropowych na układ roślinny wykazują zgodnie z naszymi przypuszczeniami wybitną wagotonję.

Wreszcie najważniejszem poparciem naszych rozważań jest zachowanie się chorej pod wpływem leczenia substytucyjnego i farmakologicznego. Wszelkie bowiem rozważania teoretyczne i badania dodatkowe w zawiłych przypadkach mają tylko wtedy wartość, jeżeli prowadzą do konsekwencji terapeutycznych.

W okresie obserwacyjnym, przy leżeniu i dziecie mieszanej, bogatej w witaminy, stan chorej zmian nie wykazał. W następnym okresie zastosowaliśmy u niej kolejno preparaty tarczycy (5 × 0,2 gr. dziennie), jajnikowe, follikulinę (*Menformon*) w ilości 100 do 300 jednostek mysich dziennie oraz wyciągi wielogruczołowe w postaci *Hormoglandu R i c h t e r a*. W tym okresie już po tygodniu pobierania tarczycy zmienił się wygląd i usposobienie chorej. Nabrała rumieńców na twarzy, stała się żywsza, zjawiał się apetyt, powiększyła się diureza, czuła się o wiele silniejszą. Chora jakby odrodziła się.

Dalszy wybitny efekt doraźny mogliśmy zaobserwować po systematycznym podawaniu chorej środków sympatykotropowych: adrenaliny, jodu, atropiny.

Przy tem postępowaniu cofnęła się większość skarg i niedomagań chorej. Nowych powikłań nie obserwowaliśmy więcej, napady dychawicy oskrzelowej ustąpiły całkowicie; chora wypisała się ze znaczną poprawą, z ubytkiem wagi 3-ich kg., który był tylko pozorny, traciła bowiem wodę.

Wykonana po raz drugi próba *Al d r i c h a* w miesiąc po przybyciu na oddział, wynosiła 45 minut, podczas gdy poprzednio bąbel utrzymywał się zaledwie 22 minuty.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Pachymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt.

Podał:

N. PIANKÓWNA (Warszawa).

Pachymeningitis haemorrhagica interna została poraz I-szy opisana w połowie zeszłego stulecia przez francuzów *B é r a r d a i L e g e n d r e a* jako „*Cystes séreux de l'arachnoide*“. Przez dłuższy czas sądzono, że jest to schorzenie, spotykane u dorosłych, przeważnie u starców. Dopiero *D o e l e* w 1890 roku na X kongresie patologów w Berlinie zwrócił uwagę, że *pachymeningitis* spotyka się często u małych dzieci. W 1911 roku *F i n k e l s t e i n*, pierwszy z pedjatrów, wskazuje na częstość tego schorzenia u niemowląt.

Autor obserwował w przeciągu 10 lat 80 przypadków. W 1913 roku, na zjeździe przyrodników i le-

karzy w Wiedniu, *R o s e n b e r g* przedstawił 38 przypadków tego cierpienia. (P. h. i), których większa część należała do okresu niemowlęcego. Zjawisko to nie jest przypadkowe, lecz znajduje swe uzasadnienie we właściwościach wieku dziecięcego.

Cierpienie to, zresztą oddawna zbadane, polega na wytwarzaniu się na wewnętrznej powierzchni twarówki, zwłaszcza pokrywającej półkulę mózgowe, blaszek błoniastych oraz złożeń, pomiędzy którymi znajduje się większa lub mniejsza ilość krwi, zazwyczaj płynnej. Mózg doznaje ucisku, a przy dłuższem trwaniu choroby ulega nawet częściowemu zanikowi.

Badanie histologiczne wykazuje, że błona jest zbudowana z tkanki łącznej oraz cienkich naczyń włosowatych, które są bardzo kruche i przy minimalnem zaburzeniu w krążeniu dają krwawienia. Powstają jedno

lub wielokomorowe jamy różnej wielkości, wypełnione płynem surowiczym lub krwawym.

Co pewien czas wytwarzają się nowe błony, a te znów dają świeże krwawienia. Rezultatem może być cała warstwa błon grubości od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Co się tyczy krwawień, to są one przeważnie drobne, wyjątkowo dochodzi do większego wylewu t. zw. *haematoma durae matris*, podług Virchow a.

Proces gojenia odbywa się w ten sposób, że wylewy zostają wessane lub zorganizowane. Nawet duże wylewy mogą ulec wessaniu, pozostawiając duże torbielowate jamy, wypełnione płynem surowiczym (*hygroma durae matris*). Przeważnie spotykamy to u dzieci, rzadziej u dorosłych. Zwłaszcza u niemowląt wylewy te mogą być tak duże, że prowadzą do wodogłowia zewnętrznego (*hydrocephalus externus pachymeningiticus*). Wtórnie może powstać wodogłowie wewnętrzne wskutek utrudnionego odpływu, spowodowanego uciskiem na wodociąg Sylwiusza, łączący komory z przestrzenią podpajęczynówkową.

Co do patogenyzy tego schorzenia, to poglądy autorów od czasów Virchowa aż do chwili obecnej nie zostały bynajmniej uzgodnione. Podczas, gdy jedni, jak Huguenin i Spiller, uważają, że krwotok powstały na tle kruchości naczyń jest zjawiskiem pierwotnym, pociągającym za sobą następne wytwarzanie się błon — drudzy, mianowicie Virchow, Heschel i Melnikow — Raswiedienkow, sądzą, że twardówka ulec musi przedewszystkiem stanowi zapalnemu. Naskutek zapalenia tworzą się dobrze unaczynione błony zapalne, które dopiero wtórnie są punktem wyjścia dla krwotoków. Nowe badania nie potwierdzają tych teoryj. Jares i jego uczniowie van Vleuten i Laurent uzależniają P. h. i. od nadmiernego rozrostu warstwy podśródbłonkowej opony twardej. Wytwarzają się błony bogate w naczynia włosowate, które dają wtórnie wylewy krwawe.

Aschoff również twierdzi, że *pachymeningitis* nie ma nic wspólnego z zapaleniem. Wobec tego, że końcówka „itis” dla określenia powyższego schorzenia jest fałszywa, autor proponuje nazwę — *pachymeningosis hydro-haemorrhagica interna*. Określeniem tem posługuje się szkoła Bessaua.

Van Vleuten, Laurent i Finkelstein odróżniają 2 formy P. h. i.: 1) urazową lub ustępującą i 2) samoistną lub postępującą. W pierwszym wypadku mamy do czynienia z wylewem podtwardówkowym na tle urazu i organizacją krwaka. Postać tę spotykamy przeważnie u noworodków i dzieci, które umierają w pierwszych tygodniach życia. Wylew taki powstaje podczas porodu wskutek przerwania opony twardej pod lub nad tentorium i lokalizuje się przeważnie w tylnej jamie czaszkowej. Choroba ta przebiega bez typowych objawów i zostaje rozpoznana dopiero przy badaniu pośmiertnym. Doebl i Weyhle znaleźli zmiany na oponie twardej u 27% dzieci zmarłych w I-ym roku życia i przypisują je urazowi porodowemu.

Kowitz na 3875 sekcjach dzieci w wieku od 8 dni do 2 lat stwierdził krwaki podoponowe w 150 przypadkach t. zn. w 3,9%; z tego przypada na noworodki 26,6%, na I kwartał 14,7%, na II-ie półrocze — 10%, na II rok życia 9,4%.

Postać samoistną *pachymeningitis haemorrhagica interna* spotykamy znacznie rzadziej. Patogeneza

jej polega na nadmiernym rozroście warstwy podśródbłonkowej opony twardej, w której leżą naczynia włosowate. Silne bujanie tych naczyń prowadzi do często powtarzających się krwawień. Proces lokalizuje się na wypukłej powierzchni mózgu i na podstawie w obrębie przedniej i środkowej jamy czaszkowej, tylna jama jest zwykle wolna. Zmiany występują symetrycznie z obu stron. W przypadkach świeżych znajdujemy błony na półkulach w okolicy kości ciemieniowych, stąd przesuwają się do przodu w kierunku podstawy czaszki.

Liebena na 36 przypadków *pachymeningitis haemorrhagica interna* u niemowląt, obserwowanych podczas ostatnich dziewięciu lat na klinice prof. Bessaua w Lipsku, w 32 przypadkach stwierdziła postać samoistną tego schorzenia, w 4 — *pachymeningitis luetica*.

Przeważnie zapadają na tę chorobę chłopcy; na 32 niemowląt było 25 chłopców i 7 dziewczynek. Huguenin i Gowers w swoich pracach podkreślają również przewagę płci męskiej.

Pachymeningitis występuje zwykle u bardzo młodych dzieci między 3 — 14 miesiącem życia, najczęściej w III kwartale; natomiast przypadki, opisane u starszych dzieci, są dość rzadkie. Należy jednak wspomnieć o dwóch przypadkach Glaubera, w których choroba wystąpiła pod koniec II-go roku życia, oraz o ośmioletnim chłopcu, badanym przez Wagnera.

Finkelstein, Göppert i Marfan twierdzą, że *pachymeningitis haemorrhagica interna idiopathica* powstaje dopiero powyżej czwartego miesiąca życia t. zn. w chwili, gdy podtwardówkowe wylewy, powstałe podczas porodu, byłyby już oddawna uległy wessaniu.

Co się tyczy pory roku, to choroba ta występuje zimą, przeważnie w styczniu i lutym.

Przebieg kliniczny *pachymeningitis haemorrhagica interna* jest zależny od procesu anatomo - patologicznego. Na początku t. zn. w okresie tworzenia się błon, nie stwierdzamy żadnych objawów, i dopiero wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, które powstaje wskutek krwawień, jest pierwszym objawem chorobowym. Proces anatomo - patologiczny tego schorzenia, które przebiega w postaci rzutów, odbija się na obrazie klinicznym, dając remisje. Przebieg choroby zależny jest od wielkości i lokalizacji wylewów, od szybkości, z jaką one występują, oraz od częstości i czasu trwania poszczególnych rzutów.

Finkelstein odróżnia 2 postacie tego schorzenia; pierwszą — powoli rozwijającą się o przebiegu przewlekłym i drugą — nagle występującą o przebiegu ostrym. Rosenberga opisuje jeszcze trzecią postać z wybitnymi objawami oponowymi, prowadzącą szybko do zejścia śmiertelnego. Postacie te jednak nie zawsze łatwo odróżnić.

Pierwsza z nich — przewlekła — przebiega na początku prawie bez objawów. U dziecka, które było dotychczas zdrowe, przy stanie ogólnym dobrym, zmienia się usposobienie: płacze, lęka się. W ciągu kilku dni obwód czaszki znacznie się powiększa, szwy rozwierają się, żyły na głowce nabrzmiewają. Ciemię jest wypięte i napięte. Jednocześnie występują objawy wzmożonego ciśnienia, jak wymioty, cri hydrocephalique i bóle głowy. Odruchy kolanowe są wzmożone, czasami występuje przeczulica. Po pewnym czasie objawy uciskowe znikają, lecz zjawiają się ponownie przy

świeżym nawrocie. Już na samym początku choroby można stwierdzić wylewy w siatkówce, które są patognomiczne dla tego schorzenia. W przeciwnym razie należy dla ustalenia rozpoznania dokonać nakłucia ciemiączka.

Ostra postać *pachymeningitis haemorrhagica interna* zaczyna się od objawów mózgowych, a mianowicie w 60 — 70% od wymiotów i drgawek toniczno-klonicznych, przypominających tężyczkę. Drgawki mogą wystąpić jednorazowo i trwać kilka sekund lub minut, lub też utrzymywać się z przerwami przez szereg dni, a nawet tygodni. Kurcze obejmują mięśnie całego ciała lub też tylko kończyn. W okresach między napadami drgawek dziecko jest często nieco zamroczone. Odruchy ścięgnowe wzmożone, napięcie mięśniowe zwiększone. Często występuje objaw kloniczny stopowy i rzepekowy; *Kernig* jest dodatni. Stan ogólny dziecka jest gorszy niż w postaci przewlekłej, ciepłota nieco podwyższona, tętno przyspieszone.

Wymioty, bóle głowy i niepokój ruchowy są bardziej wyraźne niż w poprzedniej formie. Prócz tych ogólnych objawów wzmożonego ciśnienia i podrażnienia kory mózgowej, stwierdza się w 25% — 30% objawy ze strony podstawy mózgu: sztywność karku, spotykaną często w ostrych okresach, rzadziej przemijającą lub trwałe porażenia nerwów czaszkowych. Najczęściej występuje niedowład nerwu odwodzącego, podrażnienie

nerwu okoruchowego lub twarzowego. Czasami — deviation conjugue lub oczopląs.

Göppert opisał przypadek niedowładu lewej kończyny dolnej. *Rosenberg* obserwował u małego dziecka, w przebiegu *pachymeningitis haemorrhag. interna*, napady absencje, które trwały ½ — 1 minuty i były poprzedzane przeraźliwym krzykiem.

Jeśli dziecko nie umiera w okresie ostrym, objawy mózgowie stopniowo ustępują, i choroba przechodzi w stan przewlekły. Po krótszej lub dłuższej przerwie, występują ponownie objawy wzmożonego ciśnienia, wskazujące na nowy wylew do świeżo wytworzonych błon. Po tygodniach, a czasami i miesiącach stan dziecka zaczyna się poprawiać, główka nie powiększa się więcej, ciemiej zapada się, a czasem nawet zostaje wciągnięte.

Postać trzecią — oponową spotykamy najrzadziej. Rozpoznanie jej jest bardzo trudne, prawie wyłącznie sekcyjne. Choroba rozpoczyna się nagle i przebiega bardzo burzliwie pod postacią zapalenia opon mózgowych. Stan dziecka jest od początku bardzo ciężki: występuje wysoka ciepłota, toniczno-kloniczne drgawki, cri hydrencéphalique. Odruchy brzuszne znikają, zjawiają się porażenia w obrębie nerwów czaszkowych. Dziecko umiera po kilku dniach. Przed śmiercią stwierdza się często oddech typu *Cheyne-Stokesa* i ciepłotę powyżej 40°.

(C. d n.)

Oceny książek.

Leon KARWACKI. **O postaciach rozwojowych zarazka gruźlicy.** (Str. 112, tablic 7. Warszawa 1933. Nakładem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego).

Książka niniejsza jest owocem długoletnich prac autora nad biologią prątka gruźlicy, rozpoczętych w roku 1902 — kontynuowanych bez przerwy aż do chwili obecnej. *Karwacki* jest jednym z pierwszych, nie tylko w Polsce, ale w całej Europie, którzy odważnie postawili na porządku dziennym badania doświadczalnego sprawę polimorfizmu drobnoustrojów. Trzeba pamiętać, że były to czasy, kiedy diagnostyka, oparta w znacznej mierze na morfologii, święciła jeszcze najpiękniejsze tryumfy. Nawet dziś, pomimo licznych prac rozmaitych autorów, zwolennicy jednopostaciowości nie dają bynajmniej za wygraną. Jeszcze niedawno wszystko, co trąciło polimorfizmem, kładziono na karb wadliwej techniki i pospieszonego wnioskowania. *Karwacki* słusznie podkreśla, że jeden fakt nowy, ustalony z pewnością, jest więcej wart od najbardziej obiektywnego i skrupulatnego konserwatyzmu, i z całą odwagą występuje, jako rzecznik polimorfizmu zarazka gruźlicy. Po krótkim wstępie historycznym autor omawia ziarnistą postać zarazka gruźlicy. Udało mu się w bardzo wielu przypadkach otrzymać hodowlę ziarników, już to z przesiewów hodowli starych, już to z produktów patologicznych ustroju gruźliczego. Ziarniki wyrastają zwłaszcza wtedy, gdy podłoże nie przedstawia pomyślnych warunków dla rozwoju kwasoodporności. W dalszym ciągu podaje autor bardzo ciekawe szczegóły, dotyczące tej postaci, których w krótkim streszczeniu ująć niepodobna. W rozdziale drugim autor omawia sprawę prątków niekwasoodpornych, które nazywa często prątkami typu rzekomoblonicznego. Poglądy jego sprowadzają się do ujęcia kwasoodporności, jako pewnej fazy rozwojowej prątka gruźlicy. Jest ona funkcją warunków, w których się zarazek znajduje. Autor podkreśla, że kwasoodporność rozwija się z biegiem czasu. Jest ona wyrazem z jednej strony większej odporności prątka na działanie czyn-

ników niszczących nie tylko chemicznych, ale i ustrojowych. W tym samym rozdziale autor omawia sprawę zarodnikowania prątków gruźlicy, uważając za miarodajną w tym względzie obecność tworów w kształcie pierścionka, nie mających kwasoodporności. Właściwość tę mają posiadać tylko prątki niekwasoodporne. Postać cjanofilowa, czyli niekwasoodporna może się także rozwinąć z rozpadu postaci grzybkowej, czyli streptotryksowej, którą autor omawia później. Autor zdołał doświadczalnie zarówno pozbawić prątki kwasoodporności, jak i odwrotnie prątki cjanofilowe typu rzekomoblonicznego uczynić kwasoodpornymi zapomocą hodowania na podłożu z lanoliną. Nawet prątki błonicy i rzekomobloniczne uzyskują na tem podłożu kwasoodporność. Autor sądzi, że w warunkach naturalnych skórne saprofity rzekomobloniczne, dzięki wydzielinie gruczołów łojowych, nabierają cechy kwasoodpornych i stają się prątkami maskowymi. Pewne saprofity cjanofilowe stają się też kwasoodporne w mleku i maśle dzięki tłuszczom. I tutaj z powodu ograniczonych ram streszczenia musimy pominąć wiele ciekawych szczegółów, co do których odsyłamy czytelnika do oryginału. Liczne i urozmaicone doświadczenia nad szczepieniem świnek zarazkiem gruźlicy pozwoliły autorowi w następujący sposób sformułować swój pogląd na tę sprawę. Postać ziarnista i postać laseczkowa cjanofilowa wywołują w ustroju zmiany zapalne w narządach, nie różniące się zasadniczo od procesów zapalnych, wywoływanych przez inne drobnoustroje. Wobec dużej zjadliwości zarazka, albo małej odporności ustroju, zakażenie może mieć gwałtowny przebieg posocznicy, albo powolniejszy ropniczy. Diagnostyka kliniczna i bakteriologiczna tego okresu czekają na swego twórcę. Dużą pomocą w rozpoznaniu będzie dokładna znajomość niekwasoodpornej postaci zarazka, która może być wyhodowana od chorych, oraz odczyny serologiczne — postać niekwasoodporna bowiem doskonale i wysoko aglutynuje się przez surowicę chorych gruźliczych. Wyzdrowienie idzie w parze ze znikaniem zarazków z tkanek. Zarazki często po-

zostają i bronią się od zagłady wytworzeniem cech kwasoodpornych. Tracą przytem zdolność rozmnażania się poza ustrojem i przekształcają się w pasorzyty bezwzględne. Zdaje się, że okresowi osiągnięcia kwasoodporności przez prątki w ustroju odpowiada wytwarzanie się stałej alergji. Chorobotwórczość zarazka kwasoodpornego zmienia się: wywołuje on powstawanie gruzelków i procesy zserowacenia. Nie jest to jednak konieczne. Ustrój na prątki kwasoodporne może reagować banalnym odczynem zapalnym lub nie reagować wcale. Ten ostatni przypadek zachodzi często u świnek, zakażonych jadłem przesączalnym. U dzieci również znaczny procent nosicieli prątków, u których gruczoły niezmiennie anatomicznie zawierają prątki kwasoodporne. Zdaniem autora prątek gruźlicy w tym okresie jest na początku swej kariery i nie posiada pełni własności chorobotwórczych. Ale i w końcu kariery, gdy chorobotwórczość jest bardzo spotęgowana, prątek może wywoływać tylko odczyn zapalny, jak to autor stwierdził doświadczalnie. Można by powiedzieć, że prątek z początku nie jest całkiem opancerzony, a w końcu częściowo pozbawiony jest lipidów. Zarazki o pełnej kwasoodporności dają zawsze odczyn gruzelkowy i serowaty, nawet jeżeli wywołują zakażenie przemijające, jak szczep B. C. G. i wiele szczepów saprofitycznych autora. Uzyskanie kwasoodporności nie stabilizuje prątków gruźlicy w ustroju zakażonym. Zdarza się bardzo często, że prątek zmuszony jest w środowisku, które wytworzył, do zmiany kształtu. Ratuje się wtedy rozpadem. Autor uważa za niemożliwe wypowiedzieć się stanowczo, czy jest to akt przemiany wstecznej, rozpad paciorkowca zamaskowanego na swe pierwotne składniki — ziarna, czy przejście w postać przesączalną. W każdym razie jest faktem niezaprzeczonym, że po osiągnięciu kwasoodporności, prątek może ją stracić w ustroju — w ropiu zimnym, w wysięku, lub we krwi i jako postać niekwasoodporna wywoływać odpowiednie zmiany chorobowe w nowych miejscach. Trzeci rozdział poświęcony jest postaci grzybkowej prątka. Są to olbrzymie formy nitkowate z rozgałęzieniami zgrubieniami na końcach, powstające w hodowli starzejącej się, albo podlegającej szkodliwym wpływom chemicznym i fizycznym. Wreszcie płwocina w przypadkach bardzo długotrwałej gruźlicy płuc może takie formy zawierać. Z biegiem czasu na końcach niektórych nitkowatych łańcuchów ziarn i stąd powstała nazwa streptotryksa. Ziarna te nie posiadają odczynów barwnych zarodników bakteriowych. Autor natomiast widywał często w środku i na końcu nitkowatych tworzy barwiące się jak zarodniki. Młode formy barwią się *Gramem* dodatnio. Stare częściowo się odbarwiają. Niektóre grzybki są kwasoodporne. W hodowlach grzybka szybko następuje zwyrodnienie. Nitki pęcznieją w całości lub zawierają ograniczone zgrubienia. Części środkowe barwią się metochromatycznie, wreszcie nitki rozpadają się na drobniutkie ziarenka. Wogóle wielopostaciowość jest cechą charakterystyczną obrazu. Hodowla na podłożu stałym składa się z kolonij okrągłych, strupowatych, wyniosłych, mocno wrośniętych w podłoże. Powierzchnia nalotu jednolitego jest silnie pomarszczona, często wytwarza barwnik. Przeważa kolor biały, bywa też żółty lub brunatny, przypudrowany na białą, jakby posypany cukrem. Często szczepy wydzielają zapach pleśni. Grzybki takie w stanie saprofitycznym znajdujemy na trawach, w słomie, nawozie, zwykle w towarzystwie saprofityw kwasoodpornych. Głównym jednak zbiornikiem jest gleba. Grzybki te, dostając się do ustroju, wywierają działanie chorobotwórcze w skali bardzo rozległej, od promienicy aż do ograniczonych zmian zapalnych o cechach łagodnych. Autor twierdzi, że prątek kwasoodporny, znajdując się w niepomyślnych warunkach rozwojowych, przekształca się w grzybek. Jest to zjawisko atawistyczne, powrót do pierwotnej postaci, z której się rozwinął prątek gruźlicy. W ciągu ostatnich kilku

lat autor przeprowadził taką mutację sztucznie u wszystkich szczepów swoich w liczbie 60. Posiada ogółem 200 odmian streptotryksa, gdyż niektóre szczepy daly ich po kilka. Mutacja powstała pod wpływem przesiewania w długich odstępach czasu — po kilku miesiącach, lub po roku. Często hodowla po przesiewie pozornie nie rosła wcale, a w preparacie tymczasem autor znajdował nitki streptotryksa. Po szeregu przesiewów może wystąpić zjawisko odwrotne i nitki mogą się przeobrazić w prątki kwasoodporne. Czasem streptotryks zjawia się w hodowlach prątków bardzo żywotnych. Autor sądzi, że wogóle przeważna część hodowli grucicznych jest wieloszczepowa; jeden szczep zamierzający ratuje się mutacją, a inne pozostają bez zmiany. Proces przetwarzania się prątka kwasoodpornego w nitkę streptotryksa nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniony. Czwarty rozdział poświęcony jest przesączalnej postaci zarazka gruźlicy. Autor nie definiuje jej zupełnie ściśle. Uważa za formę przesączalną drobniutkie ziarenka, znajdujące się niemal na granicy dostrzegalności, które otrzymał na pożywcę płynnej *Besredki* po szeregu kolejnych przesiewów. Obok ziarenek znajdował także drobniutkie prątki ledwo dostrzegalne. W konkluzji swoich badań autor ustala pewną kolejność rozwojową faz zarazka gruźlicy. „Prątek kwasoodporny, cofając się rozwojowo wstecz, albo potęgując swoją zjadliwość, jak twierdzą autorzy niemieccy, przechodzi w ziarnik. Metoda przesączalna określa bliżej to przekształcenie się od strony ziarników. Tworzenie się ziarników poprzedza postać pozadrobnowidzowa, o mechanizmie zaś rozpadu prątka kwasoodpornego na postaci ultra nie wiemy nic. Prątek kwasoodporny przechodzi w postać przesączalną. Postać przesączalna kształtuje się w postaci ziarnistą i odwrotnie ziarnista rozpada się na przesączalną. Postać ziarnista przechodzi w postać laseczkową typu rzekomobloniczego; i tutaj stosunek jest odwracalny. Prątek cjanofilowy osiąga kwasoodporność, a prątek kwasoodporny, zatracając ją, wraca do typu prątka cjanofilowego. Nie posiadamy danych, wskazujących na odwracalność stosunku pomiędzy postacią przesączalną a prątkiem kwasoodpornym. Nie wiemy również, czy pomiędzy prątkiem kwasoodpornym a postacią ziarnistą istnieje związek bezpośredni z pominięciem postaci przesączalnych. Prątek kwasoodporny może wracać do swego typu botanicznego t. j. do streptotryksa, a ten ostatni — częściej w ustroju zwierzęcym, rzadziej w hodowli — przechodzi znowu w typ kwasoodporny. Bardzo wiele hodowli streptotryksowych w pewnych warunkach rośnie w postaci prątków i streptobacyliów, zaś w niektórych hodowlach prątków cjanofilowych wytwarzają się kolonie streptotryksa. Hodowle ziarniste, uzyskane po sączeniu, w pewnych razach i na pewnych podłożach przechodzą w streptotryksy. Nie można twierdzić, aby istniał także stosunek odwrotny. Ziarna, które znajdują się w hodowli streptotryksów, nie są równoznaczne z ziarnikami hodowli ziarnistej. Na zakończenie autor zastanawia się nad działaniem chorobotwórczym różnych postaci zarazka gruźlicy. Zjadliwość formy przesączalnej jest naogół nieznaczna. Zakażenie może nie dać żadnych objawów, albo wywołać tylko zboczenie w odżywianiu tkanek i narządów, prowadzące do charłactwa i śmierci. „Zmiany przerostowe w gruczołach chłonnych, zmiany nekrotyczne w wątrobie i innych narządach, wybroczyny włosowate, nacieki i bujanie tkanki łącznej w płucach, stanowią odczyn anatomo-patologiczny na postać zarazka względnie wysoko uorganizowanego, dostrzegalnego pod drobnowidzem, łatwo dającego hodowle na podłożach sztucznych, ale jeszcze nie kwasoodpornego. Są to ziarniki i laseczki cjanofilowe, jak to wynika z moich poszukiwań nad zakażeniem świnek temi postaciami...”. „Młoda postać kwasoodporna, wytworzona z zarazka przesączalnego, po przejściu łańcucha form pośrednich i najczęściej usadowiona

w gruczolach chłonnych, zrazu nie posiada pełni chorobotwórczości, albo nie posiada jej wcale, jak zdaje się wynikać z pobytu w gruczole bez żadnego odczynu tkankowego — ani zapalnego, ani tem mniej gruzelkowego lub serowatego. Cecha ta może wystąpić dopiero w następnych pasażach przez zwierzęta. Wreszcie autor dyskutuje koncepcję „granulemie pré-bacillaire” C a l m e t t e a i poświęca kilka słów zagadkowej etjologii ziarnicy złośliwej. W streszczeniu powyższym starałem się zachować jaknajdalej idącą obiektywność, dając w najważniejszych sprawach głos samemu autorowi. Uważam, że streszczenie nie powinno być dyskusją. Nie czuję się zresztą do niej powołany, gdyż nie mam w tej dziedzinie własnego bezpośredniego doświadczenia. Jeżeli w tem, czy innem miejscu wnioski autora są może zbyt śmiałe i skojarzenia zbyt daleko idące, to jest to raczej sprawa bardziej temperamentu badacza, niż stosowanej przez niego metodyki. Bądź co bądź, mamy przed sobą owoc pracy długotrwałej, upartej i konsekwentnej, a to jest w naszych warunkach zarówno przedwojennych, jak obecnych rzeczą zgola niepowszednią. Niemalą też zasługą autora jest i to także, że dzięki jemu nauka polska wnosi poważny dorobek do dziedziny może najbardziej dziś aktualnej, zarówno w bakterjologii, jak w patologii.

Z. S z y m a n o w s k i.

Polski Almanach Uzdrowisk. (Nakład Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, Kraków 1934 r).

Trudną, a raczej niemożliwą rzeczą jest dać szczegółową ocenę takiego wydawnictwa, jak omawiane, które zawiera cały szereg prac zarówno charakteru ogólnego, jak i odnoszących się do poszczególnych uzdrowisk, prac, tak teoretycznych, jak i ściśle praktycznych, jest wreszcie przewodnik

kiem po uzdrowiskach polskich. Zgromadzone zostały tutaj nie tylko prace lekarskie, lecz również artykuły, dotyczące gospodarczego znaczenia uzdrowisk, wyposażenia instrumentalnego uzdrowiskowych stacyj meteorologicznych i t. p. W części ogólnej najobszerniejsza jest praca prof. L. K o r c z y ń s k i e g o p. t. „Charakterystyka i geografia klimatu na ziemiach polskich”, dalej prace prof. L. M a r c h l e w s k i e g o p. t. „Obecny stan chemji witaminów”, dra St. K r a m s z t y k a p. t. „Żelazo jako katalizator” i wiele innych. Część szczegółowa w szeregu prac pióra prof. I. r. W a l t e r a, prof. T. T e m p k i, doc. E. A r t w i ń s k i e g o i wielu innych omawia balneoterapię poszczególnych dziedzin medycyny, co pozwala lekarzowi zorientować się, które z uzdrowisk polskich jest najbardziej wskazane dla rozmaitych kategorii chorych. Zadanie to jeszcze bardziej ułatwia lekarzowi schemat prof. L. K o r c z y ń s k i e g o dla wyboru najstosowniejszych uzdrowisk w chorobach przewlekłych oraz tegoż autora „Podział wód kruszcowych”. Natomiast „Ugrupowanie ważniejszych uzdrowisk” dra W. K r a t o m i a s t „Ugrupowanie ważniejszych uzdrowisk” dra W. K r a s z e w s k i e g o wykazuje pewne luki; nie zostały w niem uwzględnione np. takie uczęszczane uzdrowiska jak: Druskiéniki, Busk i t. d., Ciechocinek znalazł się dopiero wśród cieplic, pominięty zaś został w grupie zdrojowisk solankowych, inne zaś, mniej znane są wspomniane po kilka razy. Bardzo wyczerpująca i bogato ilustrowana jest część trzecia, stanowiąca ułożony w alfabetycznym porządku przewodnik po uzdrowiskach polskich i obejmująca 123 stronic. Całość stanowi bardzo pożyteczny podręcznik i informator dla lekarza polskiego i powinna się dobrze zasłużyć sprawie propagandy polskich uzdrowisk i zdrojowisk.

H. L.

Wskazówki praktyczne

W e r n e r radzi następujące postępowanie przeciwko poronieniu nawykowemu: Od dnia ustania miesiączki pacjentka ma zażywać łyżkę mieszanki: *Kal. jod.* 1,0; *Aq. fontis* 300,0 dziennie; od początku drugiej połowy ciąży — 0,2 *ferri reducti* w proszku codziennie. Dobre wyniki daje także wapn oraz wigantol (po 5 kropel dziennie po obiedzie). (Aerztl. Prax. 1934, N. 3).

—o—

W zatruciu arsenem z przewlekłym zapaleniem nerwów dało W e r n e r o w i dobre wyniki stosowanie *Natrium-thiosulfatu* (10 zastrzyknięć — pierwsze 0,5, następne 9 po 1,0). (Kl. W. 1934, N. 10).

—o—

W e r n e r radzi następujące postępowanie przeciwko wrzodzie żołądka i kolce jelitowej stosuje się z dobrym skutkiem: *Rp. Atrop. sulf.* 0,02; *Aq. menth. pip.* ad 20,0. MDS. 3 razy dziennie po 10 kropel. (Beitr. Z. ärztl. Praxis. 1934, N. 12).

—o—

W padaczce dobrze ma działać: *Rp. Atrop. sulfur.* 0,02; *Hyoscyamin.* 0,1; *Extr. et. pulv. rad. Rhei aa q. s. ad pill.* N. 30. S. Wieczorem (ewentualnie i rano) 1 pigułka. (Beitr. Z. ärztl. Prax. 1934, N. 12).

—o—

Po cięciach brzusznych, amputacjach i t. d. smaruje M ü l l e r - M e e r n a c k nakładane na ranę gazę maścią: *Terebinth. laric.*, *Vaselin. puri aa.* Opatrunek taki leży aż do usunięcia szwów. Zdjęcie opatrunku odbywa się bez bólu, rana bez objawów podrażnienia. Tę samą maść stosować można w przypadku ran, po ich starannem oczyszczeniu, czyraków, ropni, ropowic i karbunkułu. (M. m. W. 1934, N. 11).

—o—

W nadkwaśności nerwowej H e l m y ostrzega przed atropiną, wskazany jest *brom* i *luminal*. W pauzach bezbromowych daje H. cukier gronowy (3 razy dziennie 40 — 60 gr. w 250 gr. wody). W razie jednoczesnej niedokrewności dobrze działa *Solut. Fowleri c. Tra Ferri pomati*. (D. m. W. 1934, N. 11).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 31 maja 1933 r.

Przewodniczący Prof. Dr. W. J a k o w i c k i. Obecnych 42 osoby w tem 20 członków T-wa i 22 gości. I. Dr. R y w k i n d przedstawia *przypadek pseudo-krupa u 65-letniej kobiety*; postać chorobowa o typowym przebiegu, należy jednak w tak późnym wieku do nadzwyczaj rzadkich.

Następnie przedstawia *chorego z zaburzeniami czucia i smaku języka*. (autoreferatu nie dostarczono).

W dyskusji Dr. Ś w i e ż y ń s k i zapytuje, czy w drugim przypadku był chory zbadany w kierunku kily i czy przeprowadzono dokładne badanie neurologiczne.

Prelegent odpowiada, że odczyn W a s s e r m a n n a wypadł ujemnie, a dokładnego badania neurologicznego narażenie jeszcze nie dokonano.

II. Dr. S z á b a d wygłosił referat p. t. „Przyczynę

do statystyki rozrodności względnie płodności u kobiet na Kresach Północno - Wschodnich (było drukowane w „Warsz. Czas. Lek.“).

W dyskusji zabierali głos: prof. Jakowicki, Prof. Pelczar i Dr. W. Karnicki.

Sekretarz T-wa

(—) Doc. Dr. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 7 czerwca 1933 r. wspólnie z Kołem Wil. T-wa Internistów Polskich.

Przewodniczący Prof. Jakowicki przy udziale Prof. Januszkiewicza.

Obecnych 21 członków i 33 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. W. Gilels. *Pokaz chorej z Kliniki Chirurgicznej U. S. B.* Chora l. 55, operowana z powodu raka żołądka dużych rozmiarów o rzadkiem stosunkowo umiejscowieniu w dniu żołądka. Jednocześnie demonstruje preparat usuniętego guza żołądka.

3. Dr. de Rosset. *Pokazy chorych z I Kliniki Wewnętrznej U. S. B.*

Prelegent demonstruje 2 chorych na niedokrewność złośliwą, leczonych skutecznie wstrzykiwaniami domięśniowymi pernaemonu w ilości 10 cm.³, stosowanymi raz na tydzień.

W dyskusji przemawiali Dr. Świda, Prof. Pelczar, Prof. Orłowski.

Prof. Pelczar i Dr. Nikołajewa. *O płyt-kogramie u rakowatych (rzecz przeznaczona do druku).*

W dyskusji przemawiali dr. de Rosset i prof. Pelczar.

5. Dr. St. Januszkiewicz. *Znaczenie badania radiologicznego w rozpoznawaniu i leczeniu wrzodu żołądka.*

Omówione zostały cechy radiologiczne owrzodzenia żołądka, technika badania i stosunek spostrzeżeń radiologicznych do stanu klinicznego. Specjalnie podkreślono możliwość znakomitego kontrolowania wpływu leczenia i podano szeregi przykładów, mogących służyć na dowód tego, jak cenne wskazówki, niemożliwe nieraz do osiągnięcia jakkolwiek inną metodą, daje badanie radiologiczne. Wykład był ilustrowany 45 przezroczami, wśród nich szeregiem zdjęć przypadków obserwowanych czas dłuższy, dających obraz zmian, zachodzących z czasem w owrzodzeniach.

Sekretarz T-wa

Doc. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 14 czerwca 1933 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

Obecnych 25 osób, w tem 13 członków T-wa i 12 gości.

I. Dr. St. Fedosewicz przedstawia z Kliniki Dermatologicznej U. S. B. dwa przypadki kily trzeciorzędowej oraz przypadek grzybicy promiennej.

II. Dr. J. Ryll-Nardzewska wygłasza referat p. t. *Hormonalne metody rozpoznawania nabłonka kosmówkowego.*

Po omówieniu doniosłej roli jaką odgrywa odczyn Aschheim-Zondeka w rozpoznawaniu i rokowaniu przypadków nabłonniaka kosmówkowego, jak też dużych trudności postawienia wskazań do operacji w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie histologiczne, kliniczne i hormonalne są ze sobą sprzeczne, referentka omawia podobny przypadek.

III. Dr. G. Geiman wygłasza referat p. t. *„Odczyn Müllera w kile“.* (Praca przeznaczona do druku).

IV. Doc. Dr. M. Mienicki i Dr. Cz. Ryll-Nardzewska wygłaszają referat p. t. *„Psoriasis provocata“.*

W związku ze studjum nad łuszczycą jako stanem alergicznym, prelegenci podali opis 2 rzadkich przypadków łuszczycy wywołanej. W jednym w następstwie szczepienia ospy, w drugim przypadku — poszczepionce Panndorfa.

Obok spostrzeżeń klinicznych przedstawiono wyniki badań histologicznych odczynu tkankowego — stanowią jeszcze jeden dowód potwierdzający tezę autorów o przynależności łuszczycy do grupy schorzeń alergicznych.

Sekretarz T-wa

Doc. Dr. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 21 czerwca 1933 r. wspólnie z kołem Wil. Tow. Internistów Polskich.

Przewodniczący Prof. Jakowicki przy udziale Prof. Januszkiewicza.

Obecnych 16 członków i 29 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. Łobza: *O metodzie wodoleczniczej Żnieniowicza* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiali Dr. Alksini prof. Januszkiewicz.

3. Dr. Oko. *Wartość kliniczna metody Althauzena.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiał prof. Orłowski.

Sekretarz T-wa

Doc. Dr. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 11 października 1933 r.

Przewodniczący kol. Prof. Dr. W. Jakowicki.

Obecnych 44 osoby, w tem 20 członków T-wa i 24 gości.

I. Dr. Achmatowicz przedstawia *chorą, która połknęła igłę*. Po rzekomo ujemnej jednej operacji podług słów chorej usunięto w Szpitalu św. Jakóba igłę, która utknęła w wątrobie ku do'owi i na zewnątrz od pęcherzyka żółciowego.

W dyskusji przemawiali Dr. Zarcyn i Dr. Czarnowski.

II. Doc. Dr. Mienicki przedstawia chorą M. K., lat 35, bezdzietną, rozwódkę, u której widzialne zmiany chorobowe rozpoczęły się przed 8-miu tygodniami. Obecnie mamy wyniosłe łepieże w okolicy pachwin, wewnętrznej stronie ud i około odbytnicy; powierzchnia wybijalności pokryta jest cuchnącą ropą. Na owłosionej części głowy — niesztowice. W gardle po stronie lewej małe nadżerki i pęcherzyki.

Obraz kliniczny odpowiada bujającemu ropnemu zapaleniu skóry (typu Hallopéau). W danym przypadku nie wyłączamy narazie podłoża kilowego. Chora będzie w obserwacji klinicznej.

III. Prof. Dr. Wł. Jakowicki demonstruje:

1) *preparat mięśniaka* wielkości pięści uszypułowanego i wychodzącego częściowo z więzu okrągłego prawego.

2) *preparat guza jajnika* ze skrzętem szypuły pięciokrotnym atypowym u osoby 52-letniej.

IV. Doc. Dr. Dylewski: *„O czynnościowym przytępieniu sluchu“* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiali: Dr. Lewande, Dr. Czarnowski i Doc. Dylewski.

V. Doc. Dr. Zaleski — *„O sztucznym zapłodnieniu kobiet“.*

W dyskusji przemawiał Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

Sekretarz T-wa

Dr. J. Ryll-Nardzewska.

Posiedzenie z dnia 25 października 1933 r. wspólnie z Kołem Wil. Tow. Internistów Pol.

Przewodniczy Prof. Jakowicki przy udziale Prof. Januszkiewicza.

Obecnych 22 członków i 37 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. Łobza — *Przypadek choroby Banga* (rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja: Dr. Kareszkowski, Dr. Dzi-kiewiczówna, Dr. Dunin-Horkawiczowa, Prof. Januszkiewicz i Dr. Łobza.

3. Prof. Januszkiewicz. *Przypadek zawału mięśnia sercowego* (rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarz T-wa

Doc. Dr. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 8 listopada 1933 r. wspólnie z Wil. T-wem Oto-Laryngologicznym.

Przewodniczący Prof. Dr. W. Jakowicki przy współudziale Prof. Dr. J. Szmurło.

Obecnych 17 członków T-wa i 30 gości.

I. Dr. Świerzyński demonstruje *przypadek nowotworu migdalka*.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. Szmurło i Dr. Berlinerblau.

2. Dr. Libo omawia *przypadek wytrzeszczu gałki ocznej, spowodowanego polipami nosowymi*.

3. Prof. Dr. J. Szmurło demonstruje *preparaty anatomiczne polipowatości słuzówki nosa*.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. W. Jakowicki, Dr. Lewande i Dr. Berlinerblau.

4. Dr. Lewande demonstruje *przypadek ropnia mózgu płata skroniowego, pochodzenia usznego*.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. J. Szumilo, Doc. Dr. T. Wasowski, Dr. Świerzyński i Dr. Wołkowyski.

5. Dr. Rykind omawia *przypadek ropnia mózgu płata czołowego, pochodzenia nosowego*.

6. Dr. T. Wasowski wygłasza referat p. t. „*Przyczynę do kliniki i farmakologii Eukoda'u Mercka*”. (Referat przeznaczony do druku).

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. J. Szumilo, Prof. Dr. C. Traczewski i Dr. Świerzyński.

Sekretarz T-wa

Doc. Dr. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 15.XI. b.r. wspólnie z Tow. Pedjatrzyznem

Przewodniczący prof. Jakowicki przy współudziale prof. Jasińskiego.

Obecnych 15 członków i 22 gości.

1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. Achmatowicz przedstawił *chorego z gangreną starczą kończyny dolnej* operowanego przez siebie z pomyślnym skutkiem.

3. Dr. J. Zienkiewicz. Przedstawił *dwa przypadki schorzeń mózgowych u dzieci*, gdzie początkowo rozpoznano gruzlicze zapalenie opon mózgowych.

3. Prof. Dr. W. Jasiński wygłosił odczyt p. t. *Podstawy leczenia kily wrodzonej u dzieci*. (przeznaczone do druku).

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

4. Dr. J. Zienkiewicz wygłosił odczyt p. t. *Obraz krwi dzieci kilowych i jego zmiany pod wpływem leczenia swoistego*.

W dyskusji przemawiał Prof. W. Jasiński.

Sekretarz T-wa

Doc. Dr. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 22 listopada 1933 r. wspólnie z Kołem Wil. Internistów Polskich.

Przewodniczący Prof. Jakowicki przy udziale Prof. Januszkiewicza.

Obecnych — 16 członków i 28 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. Achmatowicz. *Przypadek ciała obcego w pęcherzu moczowym*.

3. Dr. Kapłan. *Przypadek wrzodu trawiennego u dziecka* (rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja: Dr. de Rosset i dr. Kapłan.

4. Dr. Kapłan. *Pokaz zniekształconego żołądka na tle wrzodu trawiennego* (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja: Dr. Krzemiański, Dr. Achmatowicz, Prof. Januszkiewicz i dr. Kapłan.

5. Dr. Klukowski. *Zachowanie się we krwi kwasu mlekowego w przebiegu niedokrwistości złośliwej i wtórnej*.

Sekretarz T-wa

Doc. W. Zaleski.

Posiedzenie z dnia 6 grudnia 1933 r.

Przewodniczący Prof. D. Wl. Jakowicki.

Obecnych 91 osób, w tem 34 członków T-wa i 57 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół 24 Posiedzenia T-wa wspólnego z T-wem Pedjatrzyznem.

II. Przewodniczący przypomina obecnym o Zjeździe Przeciwgruzliczym, który ma się odbyć w Warszawie w dniach 9 — 11 grudnia b. r.

III. Dr. J. Kucharski. *Pokaz 2-ch chorych*.

Pierwszy przypadek *Ileus e strangulatione* z martwicą jelita cienkiego na przestrzeni 1 m. 20 cm.

Przypadek drugi *niedrożności, spowodowanej przez guz jelita ślepego*.

W dyskusji przemawiali Dr. Zarecy i prelegent.

IV. Dr. L. Achmatowicz demonstruje 3-ch chorych:

1) *po usunięciu języka z powodu raka*;

2) *chorego, któremu usunął z powodu gruzlicy kątnicę, ramię wstępujące i połowę poprzecznicy*.

3) *chorego, który przed 3-ma laty był operowany przez innego chirurga z powodu wrzodu dwunastnicy, wówczas dokonano zespolenia żołądkowo-jelitowego, jednak objawy nie ustąpiły, wskutek czego w roku zeszłym prelegent dokonał resekcji dwunastnicy i żołądka, pozostawiając zespolenie żołądkowo-jelitowe nietkniętym, gdwż funkcjonowało ono dobrze. Kilka miesięcy potem zjawily się objawy niedrożności*

jelita cienkiego, krew utajona i t. p. Operacja wykazała wrzody trawienne w zespoleniu żołądkowo-jelitowym i na pętli odprowadzającej w odległości 15 cm. od zespolenia.

Wycięcie zespolenia i wrzodu trawiennego jelita. Wyzdrowienie.

W dyskusji przemawiał Prof. Dr. Michejda.

V. Dr. S. Fedosewicz demonstruje z Kliniki Dermatologicznej U. S. B. dość rzadko spotykany *przypadek Cancer en cuirasse de Velpeau*, dotyczący chorej M. K., lat 33.

VI. Dr. D. Kenigsberg. *Przypadek angiokeratoma Mibelli u bliźniąt*.

W dyskusji zabierali głos Doc. Dr. Mienicki, Dr. Morawski i Prof. Dr. Jakowicki.

VII. Dr. M. Sumorok w związku z przypadkiem D-ra Kenigsberga pokazuje *preparat mikroskopowy papilloma linguae u mężczyzny lat 21*.

VIII. Dr. J. Janowicz demonstruje *preparat i radiogramy z rzadkiego przypadku kamienia moczowodowego*.

IX. Dr. N. Wołkowyski pokazuje i bardzo poleca lampę czołową oto-laryngologiczną własnego pomysłu, opartą na zasadzie odbijania promieni świetlnych od parabolidy. Lampka wypróbowana jest z dobrym wynikiem na Klinice Oto-Laryngologicznej U. S. B.

W dyskusji zabierali głos Prof. Dr. Michejda, Dr. Achmatowicz, Dr. Lewandei i Prof. Dr. Jakowicki.

X. Po omówieniu przez Prof. Dr. W. Jasińskiego o wytycznych jego referatu p. t. „*O leczeniu kily wrodzonej u dzieci*”, wygłoszonego na posiedzeniu T-wa dnia 15 listopada 1933 r. otwarto nad nim dyskusję, w której przemawiali: Dr. Borysewicz, Dr. W. Morawski, Prof. Dr. W. Jakowicki, Doc. M. Mienicki, Dr. J. Zienkiewicz i Prof. Dr. W. Jasiński.

Sekretarz T-wa

Dr. J. Ryll-Nardzewska.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 5 czerwca 1934 r. (Presse méd. N. 47, 1934) F. Lemaître mówił o roli *pneumococci mucosi* w otologii. Prelegent kładzie nacisk na ogromne znaczenie chorobotwórcze *pneumococci mucosi* lub *pneumococci III* w otologii. Zapalenia ucha środkowego z wyrostka sutkowego, wywołane przez *pneumococcus mucosus*, są najcięższe i najuporczywsze spośród ropień usznych: nie dają one bólów, ani gorączki, stan ogólny jest dobry; żaden objaw nie różni ich od zwykłego i banalnego zapalenia ucha, a pomimo to zniszczenie anatomiczne jest bardzo duże; wyrostek sutkowy ulega często zupełnemu zniszczeniu, zmiany wykazują przedewszystkiem skłonność do szerzenia się w głąb; opona twarda zostaje obnażona, powstaje *pachymeningitis externa*; schorzeniu ulegają kości potyliczna, ciemieniowa, jarzmowa. Powikłania są bardzo częste; 35% spostrzeganych przez autora przypadków zapalenia opon mózgowych było wywołanych przez *pneumococcus mucosus*, przy czym wszystkie okazały się śmiertelne. Często stwierdzano ich obecność dopiero podczas zabiegu chirurgicznego. Zapalenie zatoki żyłnej bocznej (*phlebitis sinus lateralis*) zdarza się rzadziej, ropień mózdzku występuje tylko wyjątkowo. Rozpoznanie można postawić tylko na podstawie badania bakteriologicznego, zaś objawy zapalenia wyrostka sutkowego, wywołanego przez *pneumococcus mucosus*, noszą prawie wyłącznie charakter rentgenologiczny. Leczenie powinno polegać na wczesnym i szerokim otwarciu wyrostka sutkowego (*mastoidectomy*). Leczenie surowica jest bezskuteczne, leczenie szczepionkami jest dopiero w okresie badań. Odkazanie jamy należy prowadzić tak długo, dopóki się w niej znajduje *pneumococcus mucosus*.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dnia 30 maja 1934 r. (Presse méd. N. 47, 1934) F. d'Aillaire s poruszał sprawę obecności gazu w jamie otrzewnowej (*pneumoperitoneum*). Prelegent spostrzegał obecność gazu w jamie otrzewnowej u kobiet, która przeszła operację całkowitego wycięcia macicy. Brak objawów niedrożności i objawów zakaźnych kazał myśleć o obecności gazu w jamie otrzewnowej. Wprowadzenie szczepionki Kocha wzdłuż przebiegu przedniego saczka wydobyciła znaczną ilość gazu i usunęło wzdęcie. Prelegent wyraża hipotezę co do możliwości powstawania *pneumoperitoneum* w podobnych przypadkach niezupełnego zamknięcia kanału saczka z powstawaniem otworu, zaopatrzonych w wentyl, pozwalających na przedostawanie się powietrza podczas ruchów ściany brzusznej.

Z j a z d y

Zagadnienie gościa na IV Międzynarodowym Zjeździe antyreumatycznym w Moskwie 3 — 7 Maja 1934 r. *)

(Dok. — patrz Nr. 31-32)

Oryginalny pogląd na istotę gościa stawowego i innych chorób infekcyjnych wypowiada pr. S p e r a ñ s k i, uczeń prof. P a w ł o w a. Na podstawie doświadczeń długoletnich, tak swoich, jak i swych współpracowników, przeprowadzonych w Zakładzie patologii chirurgicznej w Leningradzie i w Zakładzie medycyny doświadczalnej, przyszedł S p e r a ñ s k i do wniosku, że w podstawie ostrego gościa stawowego leży patologiczne podrażnienie komórek nerwowych, degeneracja i dystrofia jej. Goścówce porażenie narządów jest zjawiskiem odbitem, wtórnym. W rozwoju procesu można w ostrym gościcu stawowym odróżnić 3 okresy:

1) I n f e k c y j n y — gdy proces jest zlokalizowany w jamie nosowej, nosowo - gardłowej lub w zębach spróchniałych — „ognisko pierwotne” autorów.

2) T o k s y c z n y — gdy toksyny i inne produkty zapalne przez pień nerwowy dosięgają komórki nerwowej tego lub innego segmentu,

3) T r o f i c z n y — gdy choruje sama komórka nerwowa, co odbija się na tkankach obwodowych.

Jeżeli nawet ognisko zakaźne, gościec może się rozwinąć, jako wynik właśnie zajęcia komórki nerwowej. Jeżeli komórka nerwowa regeneruje się, występuje poprawa i wyleczenie. Jeżeli zaś stan komórki nerwowej już nie może powrócić do normy, występują zmiany destrukcyjne na obwodzie, często ciężkie, trwałe, nie dające się naprawić.

Stąd jasne się staje — według zdania prof. S p e r a ñ s k i e g o — dlaczego proces gościcowy łatwo przechodzi w postać przewlekłą i nie daje odporności.

Na podstawie tej swojej teorii stosuje prelegent swój oryginalny sposób leczenia. Chodzi o to, że S p e r a ñ s k i uznaje swoistość preparatów salicylowych w gościcu, zwłaszcza ostrym; lecz preparaty te działają nie na zarzek (którego nie znamy), lecz właśnie na komórkę nerwową. Preparaty salicylowe działają przeciw tylko drogą naczyń krwionośnych; zdolność zaś salicylu przenikania ze krwi do mózgu jest b. nieznaczna i utrudniona. Utrudniona ona jest dzięki ziej przepuszczalności krwio-mózgowej barjery, t. j. płynu mózgowo-rdzeniowego. Dlatego należy dać jakiś wstrząs temu płynowi, zmniejszyć jego ciśnienie, zmniejszyć jego zdolność przepuszczania.

W tym celu proponuje S p e r a ñ s k i metodę, którą on nazywa „bukswaniem” (pompage). Polega ona na tym, że u chorego przez nakłucie między 5 lędźwiowym i 1 krzyżowym kręgiem kilkakrotnie wydobywa się i wprowadza z powrotem około 10 cm.³ płynu mózgowo - rdzeniowego (t. zn. 1/12 — 1/15 całej zawartości kanału mózgowo - rdzeniowego). Jeżeli przytem dawać choremu *Natr. salicyl* (na dobę do 6.0 gr.), wpływ leku występuje już po 10 — 24 godz.: zmniejsza się zaczerwienienie, obrzęk i bóle w stawach, ciepłota spada i po 48 godz. zupełnie się cofają wszystkie objawy chorobowe i ruchy w stawach powracają. Obserwacje te były potwierdzone również przez lekarzy Szpitala Obuchowskiego, przyczem nie zauważono żadnych innych następstw „pompage”. Często przy tej manipulacji zdarzają się bóle, trwające zwykle 1 — 2 dni i znikające bez śladu. Czasami zdarzają się wymioty.

Naogół następstwa takiego zabiegu niczem się nie różnią od następstw zwykłego nakłucia mózgowo - rdzeniowego. Efekt leczenia obserwowano u chorych, których przedtem bezskutecznie leczono salicylem.

Gorącym zwolennikiem leczenia salicylem jest D a n i e ł o p o ł u z Bukaresztu. Zaleca on w ostrym gościcu stawowym dawki kolosalne („masowe”, jak je nazywa), przeciętnie 15.0 gr. dziennie, można dojść do 25 gr. Przytem daje on podwójną dawkę sody (na 1.0 *Natr. salicyl*. 2.0 *Natr. bicarbin*). Uważa on, że właśnie dawki mniejsze są szkodliwe dla serca, duże zaś chronią przed komplikacjami ze strony mięśnia sercowego i wsierdzia. Duże dawki należy podawać do całkowitego ustąpienia objawów i następnie w ciągu kilku tygodni, nawet miesięcy. Każdą porcję należy dawać w 100.0

*) Referat, wygłoszony na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego 13.VI.1934 r.

wody, w dzień co 2, w nocy co 4 godz. Celem tego sposobu jest alkalizacja ustroju. Pożywienie powinno się składać tylko z mącznych i cukrowych potraw. Taką kurację intensywną (do 1-go kilogr. *Natri Salicyl*!) ustrój znosi zadziwiająco dobrze, nawet w świeżych lub zadawnionych schorzeniach serca. Nie jest ona szkodliwa dla żołądka, ani dla nerek. *Natr. salicyl* leczy reumatyczne schorzenie tak stawów, jak i serca. Działa on i w pseudo-reumatycznych objawach, w anafilaksji posurowiczej w dawkach mniejszych — 4 — 8 g. dziennie.

Ażeby skończyć z pracami, ogłoszonymi w 1-m dniu, które tu wymieniam nie wszystkie i to pobieżnie, wspomnę jeszcze o odczycie prof. B u c h s t a b a (Odesa), który podał reakcję dla rozpoznawania prawdziwego gościa. Prof. B u c h s t a b nie zgadza się z tymi autorami, którzy uważają „gościec” za jakieś wszystko obejmujące pojęcie i zaliczają tu postaci chorobowe, nie ze sobą wspólnego nie mające. Nalega on na wyodrębnienie jednej postaci o charakterystycznym przebiegu klinicznym i istocie patologicznej. Jest to „prawdziwy gościec” (*rheumatismus verus*), ten, który jest znany jako choroba B o u l l a u d a. Klinicznie charakteryzuje się on zajęciem stawów i narządów wewnętrznych, głównie serca i układu krwionośnego, anatomicznie zaś swoistymi zmianami anatomo-patologicznymi układu sercowo-naczyniowego. Etiologia jego nie jest znana. Chorzy reagują na toksyny, płynące z ogniska pierwotnego (migdałki i t. d.), alergją. Salicyl zaś działa na objawy chorobowe dodatnio. Dla rozpoznawania tego oto „prawdziwego gościa”, ostrego, czy też przewlekłego, obwodowego, czy trzewiowego, charakterystyczna jest właśnie reakcja B u c h s t a b a. Oparta ona jest na znanym fakcie — działaniu oziębienia na gościec. Technika tej próby jest następująca: naczecz pobiera się kroplę krwi z palca chorego, znajdującego się w bezwzględnym spokoju i leżącego w ciągu wykonywania próby. Oblicza się liczbę białych ciałek krwi (przyczem określa się także za pomocą pewnych wzorów możliwy błąd). Następnie ochładza się staw łokciowy zapomocą rozpylania 50 gr. eteru w ciągu 5 minut i po 30 min. znów się oblicza liczbę leukocytów we krwi, wziętej z palca drugiej ręki. We wszystkich przypadkach (autor i inni dokonali już takich badań ok. 1000) prawdziwego gościa zauważono zmniejszenie liczby leukocytów przynajmniej o 10%. Odczyn ten jest dodatni nie tylko w przypadkach gościa ostrego, lecz i wtedy, gdy tylko w wywiadzie istnieją wskazówki na istnienie gościa, bez zmian stawowych, ze zmianami tylko ze strony serca. Prof. B u c h s t a b uważa swą próbę za charakterystyczną również dla „gościa trzewiowego”. Z 200 przypadków wad serca z przebytym ostrym gościcem w wywiadzie w 85% próba była dodatnia, a w 66% nawet tam, gdzie tych wskazań nie było. To dowodzi częstości t. zw. „niemych” postaci gościa, t. j. takich, w których stawy wcale nie były dotknięte.

U chorych gorączkujących z zapaleniem wsierdzia próba wypadła dodatnio nawet wtedy, gdy w anamnezie skarg na zajęcie stawów nie było. W pławicy wypadła ona zawsze wybitnie dodatnio, w chorobie posurowiczej ujemnie. Ciekawe, że po zaleceniu salicylatów i leczenia borowiną odczyn pewien czas wypadł ujemnie, później zaś dodatnio. To oznacza, że pod wpływem leczenia wystąpiła chwilowa desensybilizacja. Dla celów terapeutycznych uważa autor swą próbę za ważną z tego względu, że tam, gdzie jest ona dodatnia, salicylaty wpływają dobrze i są wskazane.

2-gi dzień Zjazdu poświęcony był uzdrowiskowemu i balneologicznemu leczeniu gościa, 3-ci gościcowi zawodowemu.

W kwestji pierwszej prof. D a n i s z e w s k i — wice przewodniczący Zjazdu, w swym referacie wstępnym przedewszystkiem wskazał na olbrzymie bogactwa Z. S. R. R. w dziedzinie naturalnych źródeł mineralnych leczniczych, stacyj klimatycznych i borowinowych. Jeżeli w r. 1915 prof. S z t a n g e naliczył takich miejscowości około 615, jest ich obecnie 1600. Przedtem Rosja posiadała kilkadziesiąt uzdrowisk, obecnie liczba ich wzrosła do 144, miejscowości zaś borowinowo-leczniczych z 10 do 43. Wszystkie te miejscowości zostały gruntownie zbadane. W r. 1933 przez uzdrowiska i Domy Odpoczynkowe przewinęło się 1.800.000 osób, z nich 135.000 chorych gościcowych. Oprócz tego leczenie borowiną i metodami fizykalnymi stosuje się na szeroką skalę poza uzdrowiskowo w lecznicach i specjalnych zakładach.

Wskazaniom do stosowania borowiny w schorzeniach obwodowego układu nerwowego poświęcony był referat

N a l b a n d o w a (Odesa). Według jego danych 91,6% dają postacie neuralgiczne, 81,3 neurytyczne. Wogóle lepsze wyniki dają sprawy, które powstają na tle procesów zapalnych infekcyjnych: rzeżączka (61,5%), kila (56,4), schorzenia ginekologiczne (53,2%), infekcje ogniskowe (52,3). Najmniej — % polepszeń dają przypadki intoksykacji zawodowych, zwłaszcza połączone z ochładzaniem ciała. Nawiasem mówiąc, ochłodzenie, jako moment etiologiczny w rozwoju gościa, stwierdzono w 30,7% wszystkich przypadków leczonych; przyczem kombinowało się ono z urazem, infekcją przewlekłą lub intoksykacją przewlekłą.

Szereg prelegentów sowieckich mówił o leczeniu naturalnymi (M a c e s t a) i sztucznymi kąpielami siarkowodorem, termalno-radioaktywnymi (O c h a l t u b o). Z autorów zagranicznych omawiali leczenie gościa borowiną Dr. K ö h l e r (Bad-Elster), N. N a d i g (Val-Sinestra, Szwajcaria), P i s a n i (Florenceja).

Warto dłużej się zatrzymać na pracy prof. K a l m e t e r a (Sztokholm) o leczeniu gościa sposobami fizykalnymi poza uzdrowiskiem, co ma wielkie znaczenie dla lekarza-praktyka. W ostrych schorzeniach stawów, mięśni i nerwów żadne kąpiele nie są wskazane. Tu jest potrzebny spokój, umiarkowane ciepło, okłady. W sprawach rzeżączkowych i septycznych wskazana jest radjoterapia. W rwie kulszowej i bólu w krzyżu (*lumbago*) dobrze działają długotrwałe kąpiele. W niektórych przypadkach dobrze działają zastrzykiwania wody morskiej, w niektórych zaś radjoterapia, zwłaszcza w *neuralgia brachialis*. Zabiegi energiczne pogarszają stan nerwobólu w okresie ostrym; tylko po ukończeniu tego okresu można stosować energiczne leczenie ciepłem. Zwłaszcza należy być ostrożnym u pacjentów nerwowych. Ważne jest zwrócenie uwagi na konstytucję chorego, jego pobudliwość i t. p. W gościcu stawowym ostrym, gdy temperatura czas opadania krwinek (możliwie i elektrokardjogram) są już prawidłowe, przechodzi się do kąpeli ciepłych lub świetlnych, następnie gorących powietrznych, dalej do masażu, borowiny, faradyzacji, mechanoterapii i t. d.

Inny prelegent skandynawski F a b e r, kierownik szpitala ludowego, przepuszczającego codziennie do 500 chorych zatrzymuje się nad kwestią, kiedy chorzy na gościec przewlekły powinni być leczeni spokojem, kiedy ruchem — biernym, gimnastyką i t. d. W tym celu sadza się chorego na krześle B e r g o n i e g o (rytmicznie się poruszającym), następnie bada się przemianę materji i opadanie czerwonych ciałek krwi. Jeżeli przemiana materji przytem zwiększa się nie więcej, niż o 15%, opadanie zaś ciałek czerwonych niezbyt wybitnie się zmienia, można rozpocząć ruchy — mianowicie gimnastykę rytmiczną (10 — 20 ruchów na minutę). W przypadkach ostrych stosuje się spokój, leczenie światłem, ciepło, następnie stopniowo przechodzi się do ciepłych kąpeli, borowiny i t. p.

Sprawie gośćcowych schorzeń z a w o d o w y c h poświęcony był szereg referatów lekarzy zagranicznych i sowieckich.

Prof. P l a t e (Hamburg) dokładnie omówił momenty szkodliwe, które uspasabiają do gościa robotników, zajętych przy transporcie (wzmózione nateżenie i obarczenie mięśni w nienaturalnym położeniu), górników (długie stanie, wilgoć, powietrze zągęszczone), robotników — metalistów (gorąco metalu płaconego, nateżenie mięśni) i inn. Ten sam temat poruszył T e l e k y (Düsseldorf), który między inn. nadmienil, że istniejące dane statystyczne są jeszcze b. niedostateczne dla wyjaśnienia związku gościa z zawodem. E d s t r ö m (Szwecja) jednak na podstawie dokładnego badania wszystkich pracowników miejskich w Göteborgu (policja, tramwaje, fabryki, port) dochodzi do wniosku o niewątpliwym związku między gościcem a zawodem. Naogół zauważono, że gościec spotyka się częściej u pracujących na otwartem powietrzu, niż u pracujących w pomieszczeniach zamkniętych, zwłaszcza u siebie w domu. M. in. ostry gościec stawowy jest rzadziej przyczyną niezdolności do pracy, niż inne schorzenia reumatyczne. Naogół liczba chorych na gościec w Szwecji znacznie się powiększyła w ostatnim dziesięcioleciu.

Szerzej ujęli zagadnienie gościa zawodowego prelegenci sowieccy.

Gościec górników szeroko omówił prof. K o g a n, opierając się na obszernym materiale, dostarczonym przez współpracowników Donieckiego Instytutu Patologii i Higieny Pracy oraz przez specjalną ekspedycję („brygady”) dla zbadań górników. Prelegent stwierdza, że u tych ostatnich ostry gościec stawowy spotyka się dość rzadko, przeważnie zaś chorują oni na gościec przewlekły. Dlatego postać ta ma znacz-

nie większe znaczenie społeczne i wymaga gruntowniejszych studjów naukowych, niż gościec ostry. Naogół zaś — jak prelegent twierdzi — w ciągu lat ostatnich (1930 — 1932) liczba chorych na gościec w Basenie Donieckim (Donbas) znacznie zmalała w porównaniu ze stanem z lat poprzednich. Osiągnięto przez te udoskonalenia sanitarne, które zastosował rząd dla uzdrowienia pracy górników: wentylacja, osuszenie szymbów, polepszenie mieszkań i t. d.

Wymieniając tylko tytuły referatów prof. S t e r i o p u l o: o walce z gościcem wśród pracowników transportowych, prof. R o z e n a: o czynnikach zawodowych zachorowań na gościec w świetle eksperymentu, prof. L e w i c k i e g o: o czynniku meteorologicznym i t. d., warto zatrzymać się nieco na pracy prof. B r u s z e j n a: o eksperytyzacji zdolności reumatyków do pracy i zagadnieniu odpowiedniej pracy dla inwalidów reumatyków oraz Prof. G e l m a n a o walce z gościcem wśród robotników w zakładach budowy maszyn.

Studjowaniem i określeniem zdolności do pracy robotników zajmują się 4 zakłady naukowe: Instytut im. Obucha (prof. G e l m a n), Szpital Botkinowski (prof. K l u c z a r e w), Instytut leczenia uzdrowiskowego (Kurortologii), (prof. D a n i s z e w s k i) i instytut psychofizjologii i higieny pracy (Dr. K o g a n). U chorych bada się stawy, serce, opadanie czerwonych ciałek krwi, ciepłotę skóry (za pomocą specjalnego instrumentu), charakter zawodu (ciężka praca mięśniowa, na otwartem powietrzu, w wilgoci, warunki bytowania, mieszkanie i t. d.). Czas niezdolności do pracy w ostrym gościcu stawowym przeciętnie oblicza się na 2 miesiące, lecz chorego takiego obserwuje się do 6 miesięcy. Przy określaniu niezdolności do pracy w przewlekłym gościcu stawowym przyjmuje się pod uwagę: badanie stawów obciążeniem, ciepłotę skóry, opadanie czerwonych krwinek, ilość wapnia we krwi i t. d. Aż do wyzdrowienia chorzy leczą się na koszt państwa (sanatoria, fizyko-balneoterapia); przy upośledzeniu zaś zdolności do pracy wyszukuje się dla nich odpowiednią pracę.

Uczestnikom Kongresu wypadło zapoznać się z jednym z poważniejszych zakładów dla studjowania i leczenia chorób zawodowych — Instytutem im. O b u c h a (kierownik prof. G e l m a n) w Moskwie. Jest to duży gmach wielopiętrowy, kieruje się do niego przypadki chorób zawodowych trudne pod względem rozpoznania lub leczenia. Przy instytucie istnieje specjalne dzienne (wzgl. nocne) sanatorium, do którego się kieruje robotników, nie wymagających koniecznie przerwania pracy, lecz potrzebujących specjalnej diety, odpoczynku lub leczenia ambulatoryjnego. Do sanatorium robotnicy przychozą po pracy, przebierają się, kąpią się, otrzymują kolację i śniadanie dietetyczne, czas wolny spędzają na wolnem powietrzu, odpoczywają i t. d. Przy Instytucie istnieje specjalna przychodnia do badań psychotechnicznych nowowstępujących robotników i określenia najodpowiedniejszego dla każdego zawodu.

Dla zademonstrowania nam, jak wygląda nadzór lekarski nad robotnikiem, pokazani nam fabrykę im. S t a l i n a w Moskwie, która produkuje samochody ciężarowe. Pomimo technicznego urządzenia fabryki na modłę amerykańską (kolosalne maszyny i t. d.), ciekawe są jego urządzenia sanitarne — lecznicze.

Pracuje tam 22 tys. robotników, obsługuje ich oraz ich rodziny 65 lekarzy i odpowiedni niższy personel lekarski.

Istnieje szereg przychodni, szpital, ogródki dziecięce, szkoły, zakład wodoleczniczy, place sportowe, higieniczne domy dla robotników i t. d. Tworzy to całe miasto — t. zw. Proletariacki Rejon Moskwy. W posiadaniu fabryki im. S t a l i n a znajduje się także „Pałac kultury”, zbudowany w miejscu dawnego zdaje się, Donieckiego klasztoru — swego rodzaju klub robotniczy z salą teatralną, bufetem i t. d.

Tam właśnie odbyło się uroczyste zamknięcie Kongresu, na którym jego uczestników witał w charakterze gospodarza przedstawiciel okręgowej Rady, delegacja robotnicza oraz młodzi harcerze („pionierzy”) w swych uniformach.

Reasumując to wszystko, cośmy słyszeli i widzieli w ciągu tych kilku dni kongresowych, mogę stwierdzić co następuje:

1) Zarazek gościa jest dotąd nieznanym, 2) Olbrzymią rolę gra infekcja, która w jamie ustnej wytwarza ognisko pierwotne (migdałki, zęby spróchniałe i t. d.) i przenika do ustroju, atakując bądź to narządy obwodowe (stawy, mięśnie i t. d.), bądź narządy wewnętrzne, przeważnie serce i układ naczyniowy, 3) Jest b. prawdopodobnym, że szczególne znaczenie ma reakcja alergiczna organizmu względem tych toksyn, które dostają się do tkanek. 4) Jeżeli konstytucja ustroju gra du-

zą rolę w każdej infekcji, to w gościeu ma szczególny wpływ. Niemniej, jeżeli nie większe, znaczenie mają czynniki zewnętrzne — oziębienie, uraz, zawód i t. d. 5) Jaką rolę w zakażeniu gośćcem gra układ nerwowy, w szczególności komórka nerwowa i jej degeneracja i destrukcja (w znaczeniu S p e r a n s k i e g o), pokazać dalsze badania. Jego metoda leczenia zasługuje jednak na wypróbowanie. 6) Doświadczenia z gośćcem eksperymentalnym zwierząt — aczkolwiek nie jest on całkowicie podobny do gościa ludzkiego — mogą niewątpliwie pogłębić naszą wiedzę w tej dziedzinie. 7) Nasze wiadomości o zmianach anatomicznych, właściwych gośćcowi, na które wskazują badania K l i n g e g o, T a l a l a j e w a i in., są dość ścisłe i nie wywołują większej różnicy zdań. 8) Jaki wpływ ma rodzaj pożywienia na przebieg procesu gośćcowego (zwłaszcza ostrego), wcale jeszcze nie wyjaśniono, i wymaga to jeszcze dalszych badań. 9) Związek między rozmaitymi postaciami gościa ostrego i przewlekłego, jak również aparatu nerwowo-mięśniowego, na Zjeździe wyjaśniony nie został. Jedno stwierdzono — co było znane już dawno — związek przyczynowy ostrego gościa ze schorzeniami serca. 10) Działanie skuteczne przetworów salicylowych na przebieg gościa nietylko nie zostało odrzucone, lecz przez licznych prelegentów leczenie reumatyzmu salicylanem było gorąco zalecane. 11) Odczyn B u c h s t a b a, — chociażby ze względu na swą prostotę, — zasługuje na szerokie zastosowanie.

Tyle co do referatów, wygłoszonych 1-go dnia Zjazdu.

Naogół, jak widzimy, wprowadziły one dużo nowego do naszych pojęć o gościeu i dają bodziec do dalszych badań.

Co się tyczy referatów z dziedziny leczenia uzdrowiskowego, pod względem naukowym, jak mi się zdaje, dużo nowego one nie dały. Wyzyskanie w celach terapeutycznych odpowiednich bogactw naturalnych jest o tyle więcej możliwe, o ile ich więcej dany kraj posiada. Polska pod tym względem należy do krajów szczęśliwych, wyposażona bowiem jest jej ziemia w obfite źródła lecznicze, pokłady borowinowe; posiada przytem malownicze miejscowości górskie i zalesione o zdrowym klimacie. Niestety, dotychczas bogactwa te nie są dostatecznie wyzyskane. Polskie Towarzystwo walki z reumatyzmem, — jak to już, zresztą, postanowiono na I Polskim Zjeździe w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu — powinno użyć całego swego wpływu na rozwój uzdrowisk naszych i udostępnienie ich szerokim masom cierpiącym.

Co do traktowania reumatyzmu jako choroby, musimy przyznać, że w tym kierunku u nas w Polsce robi się znacznie mniej, niż w Europie Zachodniej i Rosji Sowieckiej. Nie posiadamy odpowiedniej statystyki,

dotyczącej zachorowań, nie posiadamy szpitali, ani przychodni dla leczenia i zapobiegania przewlekłym postaciom gościa i t. p.

Przyczyną tego jest po części to, że tak czynniki miarodajne, jak i ogół lekarzy, nie uświadomili sobie dostatecznie tego, iż reumatyzm, jako choroba społeczna, ma znaczenie nie mniejsze, niż gruźlica, rak, czy choroby weneryczne. Tak, według danych 17 Kas Chorych, na 1000 zapadnięć było w r. 1931, 22,4 na gruźlicę, zaś na gościec 38,9, t. j. o przeszło 70% więcej. W r. zaś 1925 nawet o 100%, wtenczas gdy w szpitalach leczono chorych na reumatyzm zgórą dziesięciokrotnie mniej, niż gruźlików. Analogiczne dane ogłosiłem na podstawie materiału Kasy Chorych m. Wilna. Na 1000 zapadnięć było 52 z powodu gościa i 44 z powodu gruźlicy. Przeciętnie zaś liczba dni na 1 chorego wypadła dla reumatyzmu 16,6, dla gruźlicy — 59,9. To znaczy, że Wil. K. Ch. nie uważała za stosowne uznawać chorego na gościec za niezdolnego do pracy dłużej, niż 16,6 dni. Wiemy jednak, iż, żeby chorzy na gościec zupełnie się pozbył swej choroby, musi on stosować leczenie i odpoczynek w ciągu 1 — 2 miesięcy. Nie należy oprócz tego zapominać, że i codzienne doświadczenie lekarskie przekonywająco dowodzi; jak szerokie jest rozpowszechnienie gościa; z rozwojem zaś przemysłu liczba zachorowań na gościec, tak ostry, jak i przewlekły, ciągle się zwiększa. Gościec ostry pozostawia po sobie coraz to więcej chorych na nieuleczalne wady serca, przewlekły zaś — obniża znacznie zdolność do pracy ludności i prowadzi do inwalidności.

Szeroko zakrojona walka z gośćcem przedstawia więc jedno z podstawowych zadań medycyny społecznej.

Niestety, działalność Polskiego Towarzystwa Walki z Reumatyzmem jest jeszcze b. słaba. Zadania, wysunięte w referatach na I Polskim Zjeździe we wrześniu 1930 r. i na zjeździe lekarzy i przyrodników Polskich w Poznaniu we wrześniu 1933 r., dalekie jeszcze są od urzeczywistnienia. Koniecznym jest, ażeby we wszystkich większych miastach utworzono oddziały Towarzystwa dla Walki z Reumatyzmem, któreby pracowały w myśl uchwał, przyjętych na I Polskim Zjeździe w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu.

Otóż głównym celem mego dzisiejszego referatu, dla którego pozwoliłem sobie tak długo nadużywać uwagi Szanownych Państwa, jest: złożenie następującego wniosku:

Proponuję, ażeby nasze Towarzystwo Lekarskie podjęło inicjatywę założenia oddziału Polskiego Towarzystwa walki z gośćcem. Opracowanie planu jego najbliższej działalności na Wileńszczyźnie może być polecone specjalnej komisji tymczasowej.

C. S z a b a d (Wilno).

Korespondencja

List z New-Yorku *).

...Odbyło się tutaj przypadkowo wielkie święto medycyny dla uznania 50-letniej pracy na polu „medycyny i chirurgii“ braci M a y o, Charlie i Williama w Rochester Minesota. Dlaczego mówię „przypadkowo“? bo prezydent R o s s e l t, wracając ze swego urlopu, z t. zw. wakacyj na oceanie Spokojnym i na wyspie Havai, wysiadł z tamtej strony na Zachodni brzeg kontynentu St. Zjed., jadąc koleją na Wschód, nieraz samochodem, trochę aeroplanem, lustrował prawdziwą pustynię, w jaką posucha obróciła 1/10 część powierzchni Stanów. Zatrzymywał się na większych stacjach wobec tłumów, uwielbiających „najaktywniejszego dotychczas prezydenta“ (bagatela, czego on w ciągu roku nie narobił), wygłaszał mowy, obiecywał, obiecywał (bo przecież już teraz trzeba myśleć o reelekcji) i jadąc tak i jadąc do Atlantyku „zahać“ po drodze w bok do samego Rochester w stanie Minesota, do samego centrum klinik braci M a y o. W samym Rochester jest wszystkiego 20.000 ludności (połowa z nich po rozmaitych operacjach zapewne), ale na polu, gdzie zwykle odbywają się wielkie ćwiczenia wojskowe (Soldiers field), zebrało się przeszło 50.000, upał był straszny, ludziska mdleli w tym ścisłu i trudno było zemdlonych i sparzonych słońcem

*) Wyjątek z listu prywatnego do redaktora „Warsz. Czas. Lek.“

wydstać z tego gąszczu na ratunek do szpitali, a z podjumu na którym byli znani w świecie lekarze bracia M a y o, prezydent, kilku „sekretników“ (to znaczy u nas ministrów), wygłaszano mowy na cześć tych naprawdę zadziwiających mężów. W ciągu 50 lat niezmordowanej pracy mieli oni szczęście urzeczywistnić wielkie odkrycia, jakich w ciągu tego czasu dokonano.

Ojciec tych braci w czasie wojny cywilnej zapoczątkował tę dziś sławną placówkę, którą jego synowie doprowadzili do tego wielkiego rozkwitu, do obecnego już od lat 25 stanu wzorowej szkoły lekarskiej, dokąd ściągają, jak do Mekki, lekarze całej Ameryki, a i innych części świata i krajów. I od nas, z Polski, przyjeżdżał tutaj nasz chirurg Dr. Z. S l a w i n s k i, był tutaj na studiach zmarły A. Z a w a d z k i. A zaczęło się to ubogo i niepozornie w tem małym osiedlu Rochester nad granicą Kanady. Ojciec Wiliam M a y o, przysposobił obu synów swoich do tej pracy, wysyłając ich na kształcenie do klinik europejskich, przy pomocy kilku sióstr rozwijali oni ten mały szpitalik S-ej Marji (St. Mary's hospital) i doprowadzili do tego, czem teraz jest ten szpital — „wielką szkołą rozpoznania, leczenia, i zapobiegania“, dziś jeszcze dwie podeszły wiekiem siostry, które pamiętają czasy kiedy obaj bracia i przy pomocy swego szwagra Dra J u d d, dziś sławnego w urologii, operowali przy świetle lamp naftowych, i kiedy wizyty nocne na salach dyżurne siostry odbywały

z latarkami w rękę. Na grobie ojca braci M a y o złożył osobiście prezydent R o o s v e l t wieniec a w swoim przemówieniu złożył hold pod adresem tych zasłużonych starszych sióstr z Kongregacji Katolickiej S. Marji, które przyczyniły się do ufundowania szpitala. Podniósł R o o s v e l t zasługi obu braci, jako oddanych patriotów, bo oddali wielką pracę i w swoim czasie dużą część swego dorobku materialnego, bo 1½ miliona dolarów na szpital dla rannych w wojnie światowej, dotychczas leczą tu na miejscu weteranów wojny światowej; ufundowali szkołę lekarską w stolicy swego stanu w Minneapolis. Z malej wioski Rochester wyrosło miasto o 20,000 ludzi, a skromny szpitalik niegdyś wyrósł na wielopiętrowy drapacz w centrum tego osiedla. Toteż w przemówieniu swoim prez. R o o s v e l t nie szczędził słów uznania dla sławnych braci, którym i Ameryka i cały świat dziękuje za ich wielką pracę naukową i humanitarną w ciągu 50 lat niezwyklego rozwoju nauki lekarskiej. Na załączonej ilustracji**) widzicie pamiątkową tablicę (plaque), ofiarowaną

**) Do listu dołączony był wycinek z gazety amerykańskiej.

obu braciom, a odsłoniętą na tem olbrzymim zebraniu, na polu w Minesota przez dwoje wnucząt, które stoją obok tej tablicy; u góry prezydent, a poniżej Charlie i William M a y o.

Otóż widzicie, czego się doczekał nasz zawód, ten skromny niegdyś „zawód cyruliczny“, jak żartem nazywał czcigodny Bronisław S a w i c k i i siebie i kolegów chirurgów.

Nie mogłem się nie podzielić mojem wrażeniem z tej wielkiej historycznej demonstracji, która wywyższa nasz ciężki zawód i zarazem obowiązuje go do pracy nad utrwaleniem tych zasług.

O klinice M a y o, jak tylko dostanę do ręki odpowiedni materiał, napiszę osobny artykuł w związku z tem, co się tu szykuje na polu leczenia. Idzie tu wielka propaganda w kierunku uspołecznienia leczenia, ubezpieczenia od choroby, uchronienia naszej nauki od niebezpiecznego uhadłowania, i zarazem do ubezpieczenia wszystkich pracowników-lekarzy praktyków. Na ten temat przemawiałem tutaj na rozmaitych zebraniach....

Edward G l i k s m a n.

O d c i n e k

Przyczynek do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego za okres 1930—1932 r.

Podala:

Dr. Marja GRZYWO - DĄBROWSKA (Warszawa).

(Ciąd dalszy — patrz Nr. 31-32)

Na poparcie i dla ilustracji tego, co tu przed chwilą powiedziałam, pozwolę sobie przytoczyć kilka przykładów, zaczerpniętych z materiału, dotyczącego samobójstw młodocianych, jaki miałam do dyspozycji.

I. Niespełna 15-letni syn ludzi poprzednio zamężnych, ostatnio zubożałych, a nawet zadłużonych, obarczony alkoholizmem ze strony rodziny ojca, przez powieszenie pozbawia się życia. Chłopiec ten był sumiennym i pracowitym uczniem 5-ej klasy, odznaczał się zdolnościami i zamiłowaniem w kierunku poetyckim, był naogół miły i, choć skryty i zamknięty w sobie, był jednak przez kolegów lubiany. Sądząc z kwestionariusza, usposobienie chłopca było nerwowe, co wyrażało się między innymi występowaniem u niego w chwilach podrażnienia jękania, niezbyt silnie, zresztą, zaznaczonego. Uczeń ten, odbierając sobie życie, nie wskazał przyczyny tego kroku, rodzina nie potrafiła jej znaleźć, pewne jednak dodatkowe uwagi wychowawcy, wypełniającego kwestionariusz, upoważniają do wypowiedzenia przypuszczenia, że zawiła tu chorobliwie wrażliwa natura skłonna do depresji chłopca: z wierszy, które pozostawił (jak to już zaznaczyliśmy, odznaczał się on zdolnościami poetyckimi), należy wnioskować, że ciążyło mu poczucie własnej małowartościowości.

Obiektywnie sądząc, nie miał on prawa być o sobie tak niskiego zdania: był zdolny, pilny, miał nawet „talent poetycki“, był lubiany przez kolegów i nauczycieli, odznaczał się też „bardzo miłą powierzchownością“. Widzimy więc, że ujemne o sobie zdanie było wyrazem chorobliwego stanu psychicznego. Wzmianka o jękaniu się dziecka w chwilach wzburzenia nasuwa przypuszczenie, że był to objaw nadwrażliwości. W tym kierunku idąc, znaleźć możemy jeszcze inne dane, po-

pierające przypuszczenie, że samobójstwo chłopca było wyrazem chorobliwej konstytucji: szybka zmiana b. dobrych do niedawna domowych warunków na takie, że rodzicom, zamiast majątku, zostały tylko długi, że ojciec ze stanowiska kierowniczego przenieść się został zmuszony na podrzędne—byłaby więc wstrząsem, rażącym boleśnie nadwrażliwą i skłonną do depresji duszę chłopca. To nam pozwoli zrozumieć tło samobójstwa, które dla otoczenia było „zagadką“.

II. 20-letni syn ubogiej wdowy, własną pracą zarabiając na utrzymanie ich obojga, chłopiec przeciętnie zdolny, lecz nierówny w pracy, w stosunkach szkolnych zarówno z nauczycielami, jak i z kolegami poprawny, ginie śmiercią samobójczą. Wiadomem jest, że młodzieniec ten był naogół mało towarzyski, że się jąkał i przechodził nawet kurację z tego powodu, wady tej nie mógł się jednak jakoby pozbyć. Ona to właśnie, zdaniem matki, była przyczyną pozbawienia się życia. O ile zewnętrzną przyczyną była rzeczywistość ta, którą nodaje matka, oświeciłabym ją inaczej. Najprawdopodobniej chłopiec o nadwrażliwej konstytucji, co się wyrażało między innymi i jękaniem, nie może się pogodzić z tym defektem, wyolbrzymia go do takich rozmiarów, że nie może z nim żyć, tembardziej, że przypuszczalnie nieraz spotykały go z tego powodu żarty i kpiny, bolesne wobec jego wrażliwości.

III. 18-letni uczeń 4 kursu seminarjum nauczycielskiego, syn wiejskiego stolarza, chłopiec zdolny, lecz lekomyślny i nierównomiernie pilny, cierpi na przewlekłą łuszczycę. Leczy się na nią, niestety, nie widzi wyniku kuracji. Kwestionariusz mówi, że wpada on z tego powodu „w silną depresję“ i rzuca się pod pociąg, ponosząc śmierć na miejscu.

Nie mam dostatecznie szczegółowych danych, dotyczących duchowej sylwetki ucznia, nie jest mi również wiadomem, jaki był stopień jego choroby skórnej, i czy cierpienie to bardzo mu dokuczało — jednak zdanie „wpadł w silną depresję“ pozwala mi wysunąć przypuszczenie, że był to cyklotymik, który w chwili obostrzenia nastroju depresji targnął się na własne życie. Za takim postawieniem sprawy przemawiałaby między innymi

i nierównomierna pilność chłopca: okresom słabego podniecenia odpowiadałoby w takim razie większe przykładanie się do pracy — przygnębienia — zaniedbywanie jej w mniejszym czy większym stopniu.

IV. Bardzo ciekawy z punktu widzenia psychopatologii jest następujący przypadek. Dotyczy on 19-letniego ucznia 8 klasy gimnazjum humanistycznego, jednaka, chłopca, którego matka pozbawiła się życia, gdy miał on lat 9, (poprzednio „często wpadała w melancholię”), którego brat cioteczny popełnił również samobójstwo. Jest on uczniem zdolnym, pilnym do klasy 6-ej, następnie zaczyna się zaniedbywać, opuszczać lekcje, jednak oceny z przedmiotów ma przeważnie dobre. Sprawowanie jego, o ile pominąć, że „w ostatnich czasach zaczął opuszczać lekcje”, jest bez zarzutu, stosunki z kolegami i personelem nauczycielskim dobre, o żadnych zatargach nie było mowy. W pewnej chwili młodzieniec ten pozbawia się życia. W ciągu ostatniego roku dwukrotnie próbował popełnić samobójstwo: pierwszy raz mniej więcej przed rokiem, posługując się gazem świetlnym, ostatnio na 2 miesiące przed śmiercią, próbując rzucić się pod pociąg. W tym wypadku mamy już wyraźnie zaznaczone cechy konstytucji cyklotymicznej: uczeń pilny zaczyna się zaniedbywać i, acz przyrzeka wychowawcy, że będzie regularniej uczęszczał do szkoły, nie dotrzymuje słowa. Ta depresja, która dwukrotnie poddawała mu myśl o samobójstwie, wyraża się też i w niechęci do systematycznej pracy zmusza go do zaniedbywania się w nauce. Jako dalsze szczegóły, dotyczące sylwetki młodzieńca, musimy przytoczyć, że „okresami pił dużo alkoholu i od czasu do czasu używał narkotyków oraz prowadził życie dorosłego człowieka”. Muszę tu zaznaczyć, że istnieje pogląd, że alkoholikami stają się przede wszystkim ludzie skłonni do depresji (a więc cyklotymicy), którzy w pewnej chwili, używając wysoku, czy to z powodu błogostanu alkoholowego (euforii alkoholowej), czy to z innych powodów, doznali jednak ulgi w męczącym ich stanie przygnębienia, poculi się lekko, błogo. Te ciężkie stany ustępują niekiedy również po użyciu narkotyków. Chłopiec inteligentny, przytem syn prowizora farmacji, miał możliwość o tem się dowiedzieć i o skutkach tego się przekonać. Sięgał więc w chwilach smutku po niosące ulgę leki. Jest to iakby pośredni dowód, że przypuszczenie nasze co do konstytucji jego jest prawdziwe.

Kwestjonariusz podaje również, że samobójca ten miał „wielki pociąg do wszelkiego rodzaju rozrywek towarzyskich i t. zw. używania życia w różnych kierunkach”. My ze swej strony dodamy, że miało to miejsce, oczywiście, w okresach podniecenia.

Za konstytucją cyklotymiczną przemawia i to jeszcze, że matka, „która odebrała sobie życie”, „często wpadała w melancholię”: istnieje w psychiatrii pogląd, że ze wszystkich konstytucyj najczęściej się dziedziczy właśnie cyklotymiczna. Nakoniec przyczyna, wyrażona przez chłopca w liście pożegnalnym — „brak celu w życiu”, — dowodzi depresji.

Tego rodzaju uwagi nasuwają się przy czytaniu i analizie odpowiedzi i uwag kwestjonariusza, który, zresztą, w całkiem inny sposób stara się wytłumaczyć fakt samobójstwa. Zdaniem mojem, nie to, że „chłopiec był zbyt pozostawiony sam sobie, nie to, że obracał się wśród dorosłych, którzy go przedwcześnie wciągnęli w życie, nie tęsknota za matką, której fotografię oglądał całymi godzinami (jak już zaznaczyłam, matka zmarła, gdy chłopiec miał lat 9), były głównymi przyczynami

katastrofy: samobójstwo chłopca spowodowała choroba psychiczna, z której zarówno ojciec, jak i szkoła nie zdawali sobie sprawy, tęsknota bolesna za matką, zmarłą przed 10 laty, była wyrazem chorobliwej depresji. Nawet silne uczucie tęsknoty zaciera u normalnego człowieka potrochu czas, ten najpotężniejszy z lekarzy. Z biegiem lat słabnie zabarwienie uczuciowe wspomnień, pozostaje jakaś rzewność i rezygnacja. Tutaj tęsknota była przejawem patologicznego stanu: fale jej, wzbierające w tak silnym stopniu, że młodzieniec godzinami całymi wpatrywał się w twarz zmarłej przed 10 laty matki, odpowiadały okresom silnej depresji. Następstwem jej był „zew śmierci”.

Również b. ciekawy z punktu psychopatologii jest następujący przypadek, dotyczący 18-letniego ucznia 7 klasy państwowego gimnazjum. Młodzieniec ten popełnił samobójstwo przez powieszenie w czasie ferji Bożego Narodzenia, w wigilię nieomal wyjazdu do miasta, w którym uczęszczał do szkoły, mieszkając w bursie. Bliższe szczegóły są następujące: chłopiec jest na utrzymaniu brata, wojskowego niewysokiej szarży, na którym ciąży także obowiązek utrzymywania ciotki. Uczeń ten jest średnio zdolny, stosunek jego do pracy jest nierówny, ostatnio ma parę ocen niedostatecznych. Przez kolegów nie jest zbyt lubiany; śmieją się z niego z powodu jego małego wzrostu, a pozatem podejrzewają, że jest donosicielem. Ma jednak nielicznych przyjaciół, z których jeden, uczeń 8 klasy, uważa go za b. zdolnego, ambitnego i „niesłychanie” wrażliwego. Inni koledzy również podkreślają jego wielką nerwowość, wyrażającą się między innemi tem, że na przykrości nawet niezbyt silnie reagował płaczem i rozpaczą. Wychowawca w bursie, gdzie mieszkał, uważa go za chłopca wesołego, grzecznego i wrażliwego. Okoliczności samobójstwa były następujące: w dzień śmierci gra w hokeja (poprzedniego dnia jeździł na nartach), następnie koło 5-ej je podwieczorek, przyczem jest wesoły, nawet śpiewa. W pół godziny potem znajdują go już nieżywego. Rodzina nie może wyjaśnić przyczyny samobójstwa, istnieje jednak przypuszczenie, że brat ucznia, któryłożył na jego wykształcenie i utrzymanie, postanowił wobec trudności finansowych nie posyłać go nadal do szkoły. Czy i w jakiej formie zawiadomił o tem chłopca — nie jest wiadomem. Kolega, który znał go dobrze, podaje, że miał on fazy zniechęcenia, wyrażające się między innemi w wypowiedzianiu zdania, że życie nic nie jest warte, że z niego nic nie będzie, że wobec tego niema pociągu uczyć się. Kiedyindziej natomiast postanowił „wziąć się do kupy” i rzeczywiście zabierał się do pracy. Ostatnio przed wyjazdem na ferje Bożego Narodzenia był w dobrym nastroju, cieszył się na myśl, że otrzyma od brata narty. Kolega kończy słowami: „Znając jego usposobienie, zrozumiałbym to samobójstwo, lecz nie widzę istotnych powodów”. Zdaniem jego, samobójca był za słaby do łamania się z jakimikolwiek przeciwnościami. Przypuszczalnie chłopiec miał mieszaną chorobliwą konstytucję: wrażliwość i drażliwość jego jest parokrotnie podkreślona; zmienność nastroju i zaburzenia w przejawach aktywności, wyrażające się w poglądzie, że życie nic nie jest warte, w niechęci do pracy, to znów w zamiarze „wzięcia się w kupę” i w przypływie energii, wkraczają już w pewnych chwilach w dziedzinę patologii. Połączenie zatem obu tych konstytucyj, nadwrażliwej i okresowej, były przypuszczalnie przyczyną przedwczesnego końca chłopca.

(C. d. n.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z prywatnego Sanatorium dla nerwowo i psychicznie chorych w Otwocku.

(Dyrektor Dr. Rafał Becker)

O skłonności do samobójstwa*).

Podał:

Dr. Med. Rafał BECKER (Otwock).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 31-32)

Z kwestją samobójstwa zetknąłem się bliżej podczas mojej ostatniej dwuletniej pracy w charakterze lekarza półotwartego Sanatorium dla chorych nerwowych i psychicznych. Tu bardzo często miałem możność dokładnego obserwowania zarówno kandydatów na samobójców, jak i niedoszłych samobójców.

Jak już na wstępie było powiedziane, do zagadnienia samobójstwa podejść można z różnych stron. Przeważająca część autorów, którzy pisali na ten temat, z kliniką psychiatryczną nie wiele ma wspólnego. Charakterystyczny pod tym względem jest fakt, że nawet całą literaturę o samobójstwie opracował bibliograficznie Hans R o s t, z zawodu ekonomista i socjolog, który w roku 1927 wydał dzieło bibliograficzne, zawierające, około 400 stron.

Nikt jednak nie potrafi tak zgłębić stanu duszy i ciała człowieka gotowego targnąć się na swoje życie, jak właśnie lekarz - psychiatra. I z tego też powodu i moje podejście do tego zagadnienia będzie przede wszystkim podejściem lekarza psychiatry.

Tak samo, jak chirurg w swych zabiegach musi się liczyć z ryzykiem ewentualnej infekcji i krwotoku, tak samo psychiatra, zwłaszcza lekarz zakładowy, musi brać pod uwagę niebezpieczeństwo, połączone ze skłonnością jego pacjenta do samobójstwa. Ile razy do psychiatry zgłasza się chory z objawami depresji, powstaje dla niego specjalne zadanie, polegające na zabezpieczeniu takiego chorego przed skutkami jego własnej predyspozycji. Przy tem lekarz musi stale pamiętać o tem, że zazwyczaj sam chory zdaje sobie dokładnie sprawę z roli lekarza, jako jego odpowiedzialnego opiekuna, i bardzo często stara się tę okoliczność wyzyskać. Czynną to najczęściej pewnego rodzaju chorzy, przeważnie hystericy, którzy w ten sposób starają się swój pobyt w Sanatorium przedłużyć. W odnośnej literaturze przypadki te znane są pod nazwą „Szantaż samobójczy”.

Wprawdzie w obecnych ciężkich czasach musimy zawsze być przygotowani na możliwość symulowanej skłonności samobójczej, z drugiej jednak strony nie wolno też ignorować faktu, że bodaj czy nie większe jest ryzyko przy ocenie odwrotnego stanu, a mianowicie, symulacji zdrowia przez chorych depresyjnych. Tacy bowiem chorzy nadzwyczajnie przebiegli są w wyszukiwaniu sposobów, zmierzających do odzyskania swobody działania, by móc w odpowiedniej chwili wykonać czyn zamierzony.

Toteż wydanie opinii w przypadkach lekko depresyjnych naraża lekarzowi niemałe trudności, ponieważ struktura psychologiczna takiego chorego często pozostaje ukryta i, mimo możności psychicznego z nim kontaktu, oszukanie czujności lekarza nigdy nie jest wyłączone.

*) Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Polskiego Tow. Psychiatrycznego w Warszawie w dniu 6.6.1934.

Przypadki ciężkiej samoistnej melancholji takich trudności, oczywiście, nie narażają, natomiast w stadjach początkowych, jak również w stanach postępującej poprawy nigdy nie można przewidzieć ewentualnych skutków złagodzonego nadzoru.

Pewne trudności w ocenie zamiaru samobójczego narażają nam też chorzy z lekkim niedorozwojem umysłowym, którzy, jak wiadomo, prędko reagują depresją i ponadto dzięki swojej impulsywności łatwo dają się porwać zamiarowi samobójczemu.

Jest rzeczą nader ważną klinicznie rozstrzygnięcie kwestji, czy istnieje możność poznania predyspozycji do samobójstwa w ten sposób, byśmy mogli w następstwie dojść do bardziej określonego sądu o stopniu prawdopodobieństwa samobójstwa. Innymi słowami, czy możliwa jest diagnoza lub prognoza w sprawie skłonności do samobójstwa.

Ale właśnie w tej sprawie możliwa jest dość znaczna rozbieżność zdań. Przy ocenie bowiem indywidualnego człowieka sąd obiektywny jest zasadniczo niemożliwy. W zależności od naszego wychowania, od naszych zapatrywań religijnych, filozoficznych i tym podobnych, jak również od naszych osobistych wahań depresyjnych, oceniamy samobójstwo albo jako czyn impulsywny albo też jako postępek słuszny i rozumny.

Zadajemy sobie pytanie, czy istniejąca skłonność do samobójstwa wcześniej, czy później, czy kiedykolwiek doprowadzi do czynu samobójczego. Ale czy jesteśmy w stanie dać na to pytanie odpowiedź zupełnie obiektywną? Wszak nikt z nas nie mógłby chyba twierdzić, że go przez całe życie ani razu nie nawiedzały myśli samobójcze. Przy ocenie więc tego zjawiska mamy przeważnie do czynienia z cyklicznymi zmianami w naszym własnym ustosunkowaniu się do tej sprawy, zależnie od naszych nastrojów przejściowych, optymistycznych lub pesymistycznych.

Niemniej też wpływają na nasze poglądy na samobójstwo obyczaje krajowe, tradycje i pojęcie moralności powszedniej; dlatego też nasz sąd z konieczności musi być subiektywny, kiedy mamy odpowiedzieć na pytanie, czy dane samobójstwo jest wynikiem zaburzenia psychicznego, czy nie.

Japończyk, dla którego harakiri jest czynem, uświęconym tradycją wieków, inaczej ustosunkowuje się do samobójstwa, aniżeli np. Anglik, który dla zapobieżenia samobójstwu gotów jest uciec się do najcięższych kar. W Anglii w 1900-ym roku na 106 oskarżonych o zamach samobójczy 84-ch zostało ukaranych.

Na co właściwie należy skierować specjalną uwagę? czy na istotną genezę samobójstwa, to jest na jej obiektywne przyczyny, czy też na motywy czynu samobójczego, podawane przez samego samobójcę, czy też mamy skupić naszą uwagę przede wszystkim na bezpośrednich przeżyciach człowieka, który podlega naszemu badaniu.

Zależnie od tego, jak ujmujemy cel badania, zaprowadzi ono nas do tej lub innej dziedziny psychopatologii. Inne bowiem znaczenie ma istotny powód samobójstwa, inne motyw racjonalny, wzgl. bezpośrednie przeżycie, poprzedzające czyn samobójczy.

O ile chodzi o patogenę skłonność do samobójstwa, to sprawa zazwyczaj przedstawia się w ten sposób, że przy jednej pierwotnej przyczynie mamy niezli-

zione powody wtórne. Chory np. nosi w sobie skłonność do samobójstwa jako emanację nastroju lękowego, spowodowanego przez ukrytą dławicę piersiową. Chory jednak racjonalizuje swoją skłonność do samobójstwa, przypisując ją motywom, których źródłem są zupełnie inne przeżycia. Tak samo chory na cukrzycę nieraz pod wpływem tej choroby wpada w stan depresji z wybitną skłonnością do samobójstwa.

Istnieje cały szereg przyczyn, mogących spowodować zakłócenie równowagi psychicznej, a których obecność nie da się wykazać na wywołanych przez nie skutkach.

Podobnież ma się rzecz, kiedy chodzi o wykrycie istotnych przyczyn samobójstwa. Tu nasze dążenia do zgłębienia problemu zaprowadzają nas nieraz w dziedzinę metafizyki.

W literaturze psychiatrycznej najgłębsze myśli o tym przedmiocie wypowiedziane zostały przez *F. r e u d a* w jego dziele „*J e n s e i t s d e s L u s t p r i n z i p s*” (1920)“. „Samobójstwo, pisze *F r e u d*, jest powrotem do niebytu, na łono świata nieorganicznego. Życie jest tylko drogą okólną do śmierci. Życie cechuje instynkty i dążenia obce światu nieorganicznemu, a jednak wszystko, co żyje, wraca do pierwotnego stanu anorganicznego.

Śmierć jest celem wszystkiego,

c o ż y j e. Instynkt śmierci służy właśnie temu wiecznemu powrotowi, a samobójstwo jest zatem zwycięstwem, tego instynktu śmierci”.

Samobójstwo uchyla rąbek zagadnienia życia i śmierci człowieka, w którego mocy leży przerwanie procesu życia, znajdującego się w stanie rozstania się. Biologia nie zna żadnej reakcji, która mogłaby być odwrócona wstecz. Przez samobójstwo człowiek łamie ostatnie ogniwo łańcucha, który go wiąże jako istotę biologiczną, i podpada ostatecznie pod działanie mechanicznych praw przyrody. Samobójstwo jest wyrazem ostatecznego wyzwolenia człowieka, które mu przyświeca jako ideał, kiedy mu zabrakło sił, by znosić dłużej krępujące go więzy biologiczne.

M u c h powiada: samobójstwo jest czynem nadludzkim, dzięki któremu człowiek może się stać swym sędzią. Ono kryje w sobie poczucie wyższości nad prawami biologicznymi. Tę samą myśl wyraził *N i t z s c h e* w swym aforyzmie: „Wielu ludzi umiera za późno, wielu za wcześnie! Wciąż jeszcze wydaje się nam obcym nakaz: Umrzyj w porę”. Neurotyk potrzebuje tego poczucia wyższości, by móc zemścić się na wrogim mu świecie.

Tak przedstawia się według najnowszej szkoły psychologiczno - psychiatrycznej istotna geneza skłonności samobójczej. (Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— Zgodnie z ogólną zasadą, że cudzoziemcy przez czas pobytu w Niemczech podlegają prawu niemieckiemu, ma być rozciągnięte na dziedzicznie chorych cudzoziemców prawo o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu. Wolno im jednak opuścić terytorium niemieckie, jeżeli chcą uniknąć uznanej za wskazaną sterylizacji.

— W berlińskim szpitalu, *Virchow*a otwarty został oddział dla bliźniąt. Kto przy zapisywaniu się do szpitala berlińskiego wykaże się jako bliźniak, kierowany jest do wymienionego oddziału. Tamże jest zapraszany do badania na koszt miasta drugi bliźniak. Zebrany w ten sposób materiał jest przekazywany Instytutowi Cesarza Wilhelma do badania zagadnienia bliźniąt.

— *N a g r o d a H u m b e r t a* l w wysokości 3500 lirów przyznana będzie przez radę miasta Bolonji za najlepsze dzieło lub wynalazek z dziedziny ortopedji. W konkursie mogą brać udział obok lekarzy włoskich także i lekarze cudzoziemscy. Zamknięcie konkursu d. 31 grudnia 1934 r.

ZMARLI.

Stanisław Klein, doc. Un. Warsz., b. Ordynator oddziału wewn. Szpitala St. rozakonnym na Czystem, autor licznych prac naukowych, przeważnie z dziedziny hematologii — w Warszawie.

Dnia 18 z. m. zmarł prof. *Leon Bernard*, główny referent IX Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, który odbył się 5-go września r. b. w Warszawie. Prof. *B e r n a r d* opracował swój referat p. t. „Zużytkowanie przychodni przeciwgruźliczych dla leczenia chorych na gruźlicę” i nadesłał na Zjazd, na którym referat ten był odczytany. Na uroczystości pogrzebowe z ramienia Komitetu organizacyjnego wyjechała do Paryża p. dr. *Marja Skokowska-Rudolf*, radca Min. Opieki Społecznej, która jako sekretarz generalny IX Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego złożyła na grobie prof. *B e r n a r d a* wiązanek kwiatów ze wstęgą w barwach narodowych i napisem w języku polskim. Uroczystości pogrzebowe odbyły się na cmentarzu *Père Lachaise* dnia 22 z. m. przy udziale przedstawicieli rządu, delegacji Ligi Narodów i wielu instytucji społecznych. Zmarły prof. *L. Bernard* był członkiem Akademii Lekarskiej w Paryżu i członkiem Sekcji Higieny Ligi Narodów.

TREŚĆ: *L. JELENKIEWICZ*. Zaburzenia dyskinetyczne pozawątrobowych dróg żółciowych. — *J. SZPER*. Postępowanie chirurgiczne i jego wyniki w kamicy żółciowej. — *A. W. KAPŁAN*, *W. FRYSZMAN* i *J. KRAMARZ*. Przypadek niedomogi wielogruźcовой. — *N. PIANKÓWNA*. Pachymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Korespondencja. — *M. GRZYWO-DĄBROWSKA*. Przyczynek do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego za okres 1930—1932 r. (C.d.) — *R. BECKER*. O skłonności do samobójstwa (C.d.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: *L. JELENKIEWICZ*. Troubles diskynetiques des voies biliaires extrahepatiques. — *J. SZPER*. Le procédé opératoire et ses résultats dans la lithiase biliaire. — *A. W. KAPŁAN*, *W. FRYSZMAN* et *J. KRAMARZ*. Un cas d'insuffisance polyglandulaire. — *N. PIANKO*. Pachymeningite hémorragique interne chez les nourissons (Rev. gén.). — *M. GRZYWO-DĄBROWSKA*. Contribution à la psychologie et psychopathologie de jeunes suicidés (suite). — *R. BECKER*. Sur la disposition au suicide (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

Drukarnia „Sł. A.” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.