

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, 13 WRZEŚNIA 1934 R.

Nr. 34

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Zaburzenia dyskinetyczne pozawątrobowych dróg żółciowych.

Podał:

Lucjan JELENKIEWICZ (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 33)

Omawianie pęcherzyka żółciowego zastoinowego hipertonicznego rozpoczynamy od anatomii, albowiem badania anatomo - patologiczne *Berga*, *Schmiedena* i *Rohdego* i *Aschoffa* były pierwsze, które tę sprawę chorobową wyosobniły.

Pęcherzyk żółciowy zastoinowy hipertoniczny jest większy, niż normalny, znacznie wypełniony żółcią ciemniejszą, niż zwykle. Ściana pęcherzyka jest trochę grubsza z powodu wyraźnego przerostu mięśniówki. Przewody *Luschki* są znacznie rozszerzone, co świadczy o zwiększonym ciśnieniu, panującym wewnątrz pęcherzyka. Rozszerzony również bywa przewód żółciowy wspólny z zaznaczonym zgrubieniem ściany. Szeroki pierścień zwieracza *Oddi* wykazuje bardzo mocne zamknięcie. Wymienieni autorzy, którzy pierwsi opisali anatomię pęcherzyka żółciowego zastoinowego hipertonicznego, nie potrafili wyjaśnić sposobu jego powstawania. *Berg* przypuszczał, że powstaje on w następstwie nadciśnienia wewnątrz pęcherzyka, wywołanego zwiększonym wydzielaniem śluzu. *Schmiedeni* i *Rohde* sądzili, że mamy tu do czynienia z utrudnionym odpływem żółci wskutek zagięcia przewodu pęcherzykowego w miejscu wyjścia jego z szyjki pęcherzyka. *Aschoff* wysuwał moment również mechaniczny, działający zzewnątrz, jak ucisk gorsetu, ciężarna macica lub też enteroptoza. Dopiero jednak *Westphal* dał trafne ujęcie genezy pęcherzyka żółciowego zastoinowego. Poglądy jego, oparte na licznych badaniach doświadczalnych i klinicznych, przejęli później również wyżej wymienieni autorzy. *Westphal* ujął omawiane cierpienie pęcherzyka, jako nerwice nerwu błędnego. Uważa on, że mamy tu do czynienia z nadmiernym podrażnieniem nerwu błędnego, prowadzącym do hiperkinetyki pęcherzyka i hipertoni zwieracza *Oddi*, podobnie, jak ma to miejsce, lecz tylko przemijająco, w doświadczeniach z silnym draż-

nieniem nerwu błędnego. O ile takie zaburzenia dyskinetyczne trwają dłużej, to wywołują zmiany anatomiczne, które opisaliśmy wyżej.

Ta nerwica dróg żółciowych daje poczęści objawy dość łagodne, nierzadko jednak przebiega ona podobnie do kamicy żółciowej, dając w ciągu szeregu lat najtypowsze napady kolki żółciowej. Przypadki z ciężkim przebiegiem były dawniej źle rozpoznawane i szły na stół operacyjny. Dlatego też pierwsi chirurdzy poznali to cierpienie.

Występowanie pęcherzyka żółciowego hipertonicznego stoi głównie w związku z podłożem konstytucjonalnym. *Westphal* podaje, że występuje on częściej u kobiet, niż u mężczyzn, wśród typów konstytucjonalnych z lekkimi zaburzeniami przysadkowymi i jajnikowymi, ze skłonnością do otyłości, ze znacznie wzmocnionym miesiączkowaniem lub też jego brakiem. Obok tego zdarza się wśród osobników o budowie wysmukłej, astenicznej, stygmatyzowanych pod względem wegetatywnym, często wśród młodych dziewcząt, wykazujących skłonność do bólów w *antrum pylori* i w pęcherzyku żółciowym. Wśród mężczyzn, dotkniętych cierpieniem, przeważają powyższe typy asteniczne. Do cierpienia szczególnie predystynowane są kobiety w czasie ciąży. Jak wykazuje cholecystografia z badaniem czynnościowym, już normalnie w czasie ciąży w pewnym odsetku przypadków pęcherzyk żółciowy ma cechy pęcherzyka żółciowego hipertonicznego.

Jakie posiadamy dane dla rozpoznania pęcherzyka żółciowego zastoinowego hipertonicznego? Rozpoznanie pęcherzyka hipertonicznego opiera się na danych, otrzymanych przez wyłączenie, i na danych pozytywnych. Wyłączyć zawsze musimy kamice i zapalenie dróg żółciowych. Dane pozytywne, poza uwzględnieniem ogólnego stanu konstytucjonalnego i zaburzeń w sferze wegetatywnej, osiągamy przez zgłębnikowanie dwunastnicy i cholecystografię z próbami czynnościowymi. Podczas zgłębnikowania dwunastnicy badamy zachowanie się odruchu pęcherzykowego, wywołanego przez wstrzyknięcie domięśniowe pituitryny. Zwracamy uwagę na czas wystąpienia odruchu i wygląd otrzymanej żółci pęcherzykowej. Normalny odruch pęcherzyko-

wy występuje po 15 — 20 minutach, t. j. po tak zwanym okresie zahamowania współczulnego. Pęcherzyk żółciowy hipertoniczny poczęści daje wyraźne opóźnienie w występowaniu odruchu, dochodzące do 40 min. Nieraz jednak, przeciwnie, mamy do czynienia z przyspieszonym występowaniem odruchu. W związku z tem Kalk i Schöndube rozróżniają dwie postaci nerwicy wagotonicznej pęcherzyka żółciowego: pęcherzyk żółciowy hipertoniczny z opóźnionym występowaniem odruchu i hiperkinetyczny z przyspieszonym występowaniem odruchu pęcherzykowego. Ta ostatnia postać jest stanem łagodniejszego podrażnienia nerwu błędnego.

W przypadkach pęcherzyka żółciowego zastoinowego wagotonicznego żółć pęcherzykowa, otrzymana po wywołaniu odruchu, jest wyraźnie ciemniejsza, niż normalnie. Zawartość w niej bilirubiny dochodzi do 400 — 600 mg% (górna granica normy 300 mg%). To większe stężenie żółci pęcherzykowej zależy, jak wykazały prace Westphala i Gleichmanna, nie tylko od większego zastój żółci w pęcherzyku, lecz i od szybszego wysysania się wody w pęcherzyku w następstwie podrażnienia nerwu błędnego.

Wreszcie w rozpoznawaniu pęcherzyka żółciowego zastoinowego wagotonicznego posługujemy się cholecystografią z badaniem zachowania się dróg żółciowych po podaniu żółtek. W pęcherzykach żółciowych hipertonicznych następuje po podaniu żółtek zastój w przewodzie żółciowym, dochodzący nawet do przewodu wątrobowego wskutek skurczów pęcherzyka żółciowego przy zamkniętym zwieraczu Oddi, co najważniejsze, opróżnienie się pęcherzyka żółciowego bywa opóźnione, występując dopiero po kilku godzinach. (Normalnie opróżnianie się pęcherzyka żółciowego po podaniu 3 żółtek w próbie Boydén-Withakera i Brönnera następuje po 1¼ — 1½ godzin). W pęcherzyku żółciowym hiperkinetycznym obserwuje się przyspieszone opróżnianie się pęcherzyka do ½ godziny. Również, jako cierpienie samoistne, wyosobniono pęcherzyk żółciowy zastoinowy hipotoniczny. Anatomję jego szczegółowo opisał Berg, sposób zaś powstawania wyjaśnił Westphal. Istnienie pęcherzyka żółciowego hipotonicznego uznaje również Chiray, poświęcając temu cierpieniu osobny rozdział w swej monografii o cierpieniach dróg żółciowych. Pęcherzyk żółciowy hipotoniczny pod względem anatomicznym wykazuje zwiększenie pojemności, ścieńczenie ściany, niedomykalność zastawek Heistera. Pod względem kinetycznym wyróżnia się leniwością ruchową, osłabieniem napięcia ściany, słabym oddziaływaniem na bodźce, wywołujące odruch pęcherzykowy. Następstwem takich nieprawidłowości ruchowych jest zastój żółci, która dlatego też w pęcherzyku hipotonicznym jest ciemniejsza, niż normalnie, i przytoczone powyżej zmiany anatomiczne. Anatomja i kinetyka pęcherzyka żółciowego hipotonicznego przemawiają według Westphala, za tem, że mamy tu do czynienia z zaburzeniem mechanizmu wegetatywnego, antagonistycznym do zaburzeń, występujących w pęcherzyku hipertonicznym. Pęcherzyk żółciowy hipotoniczny zupełnie przypomina pęcherzyk przy drażnieniu nerwu współczulnego adrenaliną lub przy porażeniu nerwu błędnego atropiną. W pęcherzyku żółciowym hipotonicznym może występować, podobnie, jak we wspomnianych doświadczeniach farmakologicznych, skurcz dolnej części zwieracza Oddi przy rozwarciu górnej

części zwieracza, gdyż nerwem, pobudzającym zwieracz brodawki (zwany przez Westphala *pyrolulus*), jest nerw współczulny. To jeszcze bardziej potęguje zastój żółci w pęcherzyku hipotonicznym.

Typem konstytucyjnym, wśród którego najczęściej występuje pęcherzyk żółciowy hipotoniczny, jest typ asteniczny ze skłonnością do opadnięcia trzew. Podnieść jednak należy, że pęcherzyk żółciowy ptotyczny nie zawsze jest pęcherzykiem hipotonicznym, może on bowiem pod względem ruchowym zachowywać się zupełnie normalnie. Pęcherzyk żółciowy hipotoniczny objawia się dolegliwościami dużo łagodniejszymi, niż pęcherzyk hipertoniczny. Dotknięci nim chorzy skarżą się na uczucie pełności, gniecenie i bóle w prawym podżebrzu. Zjawiają się też u nich objawy ogólnej niestrawności wskutek niedostatecznego dopływu żółci do jelit. Pęcherzyk żółciowy hipotoniczny jest tem cierpieniem pęcherzyka, które najczęściej powoduje t. zw. migrenę pęcherzykową, wyosobnioną przez Chiraya. Zpśród innych następstw, poza kamicą, jakie daje pęcherzyk hipotoniczny, wspomnieć należy o *pancreatitis* i *peritonitis billiaria*. Oba cierpienia powstają w następstwie swobodnej komunikacji między przewodem trzustkowym i przewodem żółciowym, co jest możliwe wówczas, gdy następuje skurcz wyłącznie dolnej części zwieracza Oddi, unerwianego przez nerw współczulny, a to bywa w pęcherzyku żółciowym hipotonicznym. Rozpoznawanie pęcherzyka żółciowego hipotonicznego opiera się na tych samych podstawach, co pęcherzyka hipertonicznego, a więc na wyłączeniu kamicy żółciowej i stanu zapalnego dróg żółciowych i na danych, otrzymanych przez zgłębnikowanie dwunastnicy i cholecystografię.

Pozostaje jeszcze omówić stosunek zaburzeń dysskinetycznych do innych czynników chorobotwórczych, odgrywających rolę w patogeniezie rozdziału cierpień, który określamy słowem „*cholecystopathia*”. W związku z tem mimowoli poruszyć musimy całokształt zawiłej patogeniezy cierpień pęcherzyka żółciowego. Sposobność ta jest tem wdzięczniejsza, że obecnie możliwa już jest w tej dziedzinie pewna synteza.

Patologia pęcherzyka żółciowego w swym rozwoju historycznym przechodziła szereg etapów, zaznaczonych przez klasyczne prace przodujących patologów i klinicystów. Początkowo główna uwaga była skupiona na kamicę żółciową, jako na cierpienie najbardziej jaskrawe pod względem przebiegu klinicznego i zmian organicznych, stopniowo jednak prace objęły całokształt cierpień, a więc cierpienia kamicowe, zapalne i nerwowe. Nauyn opracował oś patogeniezy kamicy żółciowej; prace jego ujawniły rolę czynnika zapalnego i zastój w powstawaniu kamieni żółciowych. Prace szkoły francuskiej Chaffarda i Grigaut'a określiły rolę czynnika humoralnego. Wykryły one znaczenie hipercholesterolemji dla kamicy żółciowej. Aschoff i Baczmeister szczegółowo przedstawili powstawanie jałowego pojedynczego kamienia cholesterynowego w zależności od zaburzeń humoralnych i zastój. Wreszcie prace współczesne, głównie związane z nazwiskiem Westphala, stanowią etap dalszy. Wykazują one znaczenie czynnika wegetatywnego. Rzecz w patologji nie częsta, że żaden ze wspomnianych etapów nie poszedł w niepamięć, i że wysunięte momenty patogenetyczne nie tylko nie przeczą sobie wzajemnie, lecz każdy z osobna ma nadal swą moc niewzruszoną. Główny jednak punkt ciężkości nie

sposzczywa na poszczególnych czynnikach patogenetycznych, czy to będzie czynnik zapalny, czy dyskinetyczny, czy też humoralny. Wydaje się, że duże znaczenie ma tu wzajemne łączenie się poszczególnych czynników patogenetycznych, i ono stwarza warunki do powstawania schorzeń dróg żółciowych. B e r g m a n n ujął to schematycznie, wyrysowując z wierzchołków równoramiennego trójkąta promieniem równym ramieniu jego trzy przecinające się koła. Jedno koło ma odtwarzać czynnik zapalny, drugie czynnik dyskinetyczny, trzecie czynnik humoralny.

Miejsce przecięcia się tych trzech kół ma wyobrażać dziedzinę kamicy żółciowej. Rozumie się, że rysunek B e r g m a n n a jest tylko statycznym schematem i nie odtwarza różnorodności wiązań, istniejących między poszczególnymi czynnikami, i ich dynamiki.

Postaramy się więc krótko przedstawić to słowami. Między czynnikiem dyskinetycznym i czynnikiem zapalnym istnieje poniekąd wiązanie przyczynowe. Zaburzenia dyskinetyczne stwarzają zastój żółci w drogach żółciowych, a to jest momentem sprzyjającym dla wystąpienia stanu zapalnego. Dlatego też przedstawione przez nas czyste dyskinetyzy dróg żółciowych, pęcherzyk żółciowy zastoinowy hipotoniczny i hipertoniczny, w swym przebiegu klinicznym nie długo utrzymują się jako takie, poczęści prędzej lub później przyłącza się do nich sprawa zapalna i finał jej — kamica żółciowa. Odwrotnie, jeśli z tych lub z innych powodów pierwotnie występuje stan zapalny dróg żółciowych, to drażni on układ wegetatywny i przy większej pobudliwości tego układu powoduje zaburzenia dyskinetyczne podobne do zaburzeń w pęcherzyku żółciowym hipertonicznym i ujawniające się kolką żółciową. Zaburzenia zaś dyskinetyczne stwarzają warunki do zastoinu żółci i dalej wraz ze stanem zapalnym do powstawania kamieni. A więc tu kolejność zjawisk przedstawia się tak: stan zapalny, zaburzenia dyskinetyczne, kamica żółciowa. Rozumie się, że stan zapalny dróg żółciowych może przebiegać bez wspomnianych następstw i jako taki może ustępować. Tam zaś, gdzie wiąże się on z zaburzeniami dyskinetycznymi, powstaje poczęści wiązanie o charakterze *circulus vitiosus*, potęgujące warunki do wytworzenia się kamicy żółciowej.

Pozostaje do omówienia trzeci czynnik patogenetyczny — czynnik humoralny. Mamy tu na myśli nie mało zbadane zmiany w stanie koloidalnym żółci, prowadzące do wypadania cholesteroliny, bilirubiny i soli wapnia, lecz głównie lepiej nam znany stan hipercholesterynemji.

Zeby między hipercholesterynemją i czynnikiem zapalnym istniał związek przyczynowy, o tem nic nie wiemy. O związku zaś przyczynowym między hipercholesterynemją i zaburzeniami dyskinetycznymi mówi hipoteza K a u f m a n n a, według której stan hipercholesterynemji prowadzi do większego napięcia układu nerwu błędnego. Jest to jednak tylko hipoteza, i w naszym omawianiu brać jej pod uwagę nie będziemy.

Klinicznie wyobrażamy sobie tylko, że jałowy, pojedynczy kamień cholesterolowy, którego powstanie wyjaśniają prace A s c h o f f a i B a c m e i s t r a, może w pewnych przypadkach poprzez układ wegetatywny wywoływać zaburzenia dyskinetyczne, a te następnie przyczyniają się do przyłączenia się sprawy zapalnej. Mamy więc tu następującą drogę patogenetyczną do kamicy żółciowej: hipercholesterynemja, zaburzenia dyskinetyczne, stan zapalny. Pierwszy i ostatni etap drogi

odczytać możemy z kamienia, którego rdzeń, przy opisanym sposobie powstawania kamienia, składa się z cholesteroliny, a otoczka z wapnia.

Wzajemne wiązanie się czynników patogenetycznych w drodze do powstawania kamicy szczególnie jaszkrawo uwidacznia się w ciąży. Jak wiadomo, typowa kamica żółciowa w całej swej pełni patogenetycznej, t. j. z hipercholesterynemją, z czynnikiem zapalnym i dyskinetycznym najczęściej występuje u kobiet po przebytej ciąży. Otóż ciąża stwarza ku temu odpowiednie warunki, bo z jednej strony z badania krwi w ciąży dowiadujemy się, że przebiega ona z hipercholesterynemją, z drugiej zaś strony zgłębnikowanie dwunastnicy i cholecystografia z próbami czynnościowymi wykazują, że w ciąży szczególnie często mamy do czynienia z wągotonicznym nastawieniem pęcherzyka żółciowego, przypominającym pęcherzyk żółciowy hipertoniczny i powodującym zastój żółci. Jeśli z powodu zastoju lub też innego powodu przyłączy się jeszcze stan zapalny, to mamy już pełny zespół czynników, sprzyjających powstaniu kamicy żółciowej.

Przedstawiony powyżej pobieżny szkic uwidacznia, że w pęcherzyku i w drogach żółciowych czynniki chorobotwórcze czynnościowe i organiczne ściśle i różnorodnie przeplatają się ze sobą na drodze do najczęstszego z pośród cholecystopatij cierpienia — do kamicy żółciowej. Kamica żółciowa, podobnie do migreny i astmy, jest cierpieniem, które, dając względnie jednolity obraz objawów klinicznych, szczególnie wyróżnia się mnogością swej patogenetyzy.

PISMIENNICTWO:

Aschoff. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für innere Medizin. München. J. F. Bergmann 1932. Bergmann. Die funktionelle Pathologie. Berlin 1932. Chiray et Parel. La vésicule biliaire. Masson et Cie 1927. W. Janowski. Kamica żółciowa ze stanowiska kliniki wewnętrznej. Pol. Arch. Med. Warsz. 1925, T. II, Z. 2. Kalk. Zeitschrift für klinische Medizin. 109, B. 1 u. 2 H. Parel. Presse Médicale. 1932 Nr. 103. Schmieden u. Niessen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für innere Medizin München 1932. Schöndube. Zeitschrift für klinische Medizin 109, B. 5. H. Westphal. Zeitschrift für klinische Medizin. 96 B. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für innere Medizin München 1932.

Z Oddziału Dra Ambrożewicza w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Postępowanie chirurgiczne i jego wyniki w kamicy żółciowej.

Podał

Dr. JÓZEF SZPER (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 33).

Wskazań operacyjnych nie poruszam szczególnie, jako że podałem je poprzednio, w roku 1927, w referacie o stanach żółtaczkowych (Polski Przegl. Chir.), pod tym względem nie wiele się zmieniło, jednakże wypada zaznaczyć poważny postęp w dziedzinie badań czynnościowych, które coraz częściej występują na terenie rozważań kliniki chirurgicznej i mają wpływ niezaprzeczony na wskazania operacyjne, a nawet niekiedy na wybór rodzaju zabiegu. Ostatnio próba M e l t z e r — L y o n a ma zastosowanie dla odróżnienia wspomnianej poprzednio postaci, albo raczej okresu jeszcze jałowego kamicy pęcherzykowej. Z drugiej strony wiadome są już ogłoszone wyniki tej metody przez różnych

autorów w kierunku odetkania przewodu wspólnego (F. Ramond i Dimitresco—Popovici). Również pod względem rozpoznawczym Bengolea i Velasco-Suarez twierdzą, że zgłębnikowanie dwunastnicy pozwala otrzymać żółć prawie zawsze w żółtaczkach zastoinowych (należy ponawiać zgłębnikowanie), natomiast, gdy nowotwór jest przyczyną żółtaczki, wydobycie żółci jest niemożliwe.

Następnie w przypadkach kurczu zwieracza Oddiego. Przypadek R. Soupaulta jest godny uwagi. Kobieta 55-cio letnia, operowana z powodu kamicy pęcherzykowej, powikłanej zapaleniem przewodów (wycięcie pęcherzyka z zastosowaniem sączkowania przewodu wspólnego), ma przetokę uporczywą z odbarwieniem wydalin. W trzecim miesiącu po operacji, wskutek zarośnięcia przetoki, występuje żółtaczka zastoinowa, która znika po otworzeniu się przetoki. Badanie za pomocą lipiodolu wykazuje pewien stopień rozszerzenia przewodu i zaporę ściśle na poziomie brodawki, bez danych radiologicznych co do istnienia kamienia. Przed zabiegiem, już brany pod uwagę, zastrzykniето do dwunastnicy siarczanu magnezu. Następnego dnia przetoka była zamknięta ostatecznie, wydaliny zabarwione trzeciego dnia. Ciężota się nie podniosła. Wleczenie zupełne. Kilka przypadków podobnych ogłosił Lyon (Ameryka). — W związku z tem warto wspomnieć, że stosowanie lipiodolu w przypadkach zamknięcia światła przewodu wspólnego wraz z prześwietleniem poprzez sączek w przewodzie wspólnym lub w pęcherzyku daje dobre wyobrażenie, jeżeli nie pewność co do przyczyny zatkania. Obraz radiologiczny kamienia, to odwrócona miseczka w najniższym miejscu cienia, jaki daje lipiodol. Bez tego obrazu należy wnosić o zaporze kurczowej. Pribram stosuje w tym ostatnim przypadku zastrzyknięcie dożylnie atropiny, które daje wynik szybki i potwierdza rozpoznanie kurczu.

Mechanizm fizjologiczny metody Meltzer—Lyon'a był tematem licznych badań i dociekań; był też różnie interpretowany. Dla niektórych skurcz pęcherzyka obok możliwego skurczu przewodu wspólnego odbywa się jednocześnie ze zwolnieniem wydawnym zwieracza Oddiego. Byłby to szczególny przypadek, objęty prawem t. zw. unerwienia odwrotnego. Ramond i Dimitresco sadza, że pobudzenie dwunastnicy wywołuje okres jej rozciągnięcia, które zwalnia jednocześnie zwieracz Oddiego, przyciągając żółć i sok trzustkowy.

Sposób Pribrama, stosowany do kamieni, zaklinowanych w brodawce, pozwala uniknąć zabiegu trudnego i ryzykownego, zwłaszcza u ludzi zakażonych i żółciowych, kiedy kamieni nie można wydostać drogą zwykłego przecięcia przewodu, a trzeba się skierować poprzez dwunastnicę. Wielkie statystyki Enderlena, Hotza i Anschütz'a wykazują u tego rodzaju chorwych śmiertelność, przekraczającą 50%.

Pribram dokonywa elektrykoagulacji śluzówki pęcherzyka, a następnie wprowadza rurkę do przewodu wspólnego. Po kilku dniach wkrapla kilka cm. sześć eteru. Ten ostatni ma za zadanie zmiekczyć kamień drogą rozpuszczenia cholesteryny. Wówczas łatwiej przedostać się przez brodawkę. Można przekonać się *in vitro*, że po zadziałaniu eteru pozostaje z kamienia brunatna, miękka masa. Pribram wykonał tę operację sześciokrotnie u ludzi starszych z całkowitem powodzeniem.

Zatrzymałem się rozmyślnie na metodzie Meltzer—Lyon'a oraz na sposobie Pribrama, jako na najważniejszych przeciwwskazaniach, które naważby można przeciwwskazaniami czynnymi, zabezpieczającymi od zabiegu większego lub od zabiegu wogóle. Inne przeciwwskazania są wszystkim znane i, zarówno jak i przygotowanie chorych do operacji, opracowane zostały w poprzedniej mojej pracy. Trzeba podkreślić, że te działy wymagają współpracy ściślej z internistami, a właściwie bez nich są nie do pomyślenia.

Na zjeździe w Warszawie w roku 1925 Prof. Lesniowski wyraził wątpliwość, czy pogląd, że „tylko bardzo ciężkie powikłania kamicy żółciowej wymagają interwencji chirurga”, jest słuszny?

Może będzie najślusniej odpowiedzieć słowami Janowskiego, wyrzeczonymi na tymże Zjeździe.

„Do leczenia operacyjnego — mówi Janowski — nadają się przede wszystkim przypadki zakażone, czy to w postaci powtarzających się lekkich, czy też jednorazowych cięższych zakażeń dróg żółciowych, oraz wszystkie przypadki z przewlekłą żółtaczką. Wszystkie więc przypadki zatkania przewodu głównego nadają się bezwzględnie do leczenia operacyjnego w możliwie szybkim czasie po ich ożębieniu, a przypadki ciężkie natychmiast. Z przypadków niezakażonych i bezżółtaczkowych do operacyjnego leczenia nadają się te, w których napady są częste i silne”.

Tu następuje okres, gdzie ingerencja internisty kończy się poniekąd, i chirurg, pozostawiony sobie, zdecydować się musi na rodzaj zabiegu. W tych przypadkach, kiedy cierpienie usadowione jest jeszcze w pęcherzyku, wybór polegać będzie na założeniu przetoki pęcherzykowej, po ewentualnem usunięciu kamieni, lub też na wycięciu pęcherzyka.

Początkowo przetoka pęcherzykowa była operacją z wyboru i to przez długi czas. Chirurdzy niemieccy stosowali ją szeroko, a następnie, w związku z wynikami, zarzucili ją, by częściowo do niej powrócić lub przynajmniej mniej kategoriycznie przeciw niej się wypowiadać. Körte, Riedel i Poppert wysunęli szereg zarzutów, które Garrému, Kocherowi i Kümmellowi wydały się niedostatecznie uzasadnione. Stieda był bezwzględnie przeciwny temu zabiegowi, podczas gdy Goldammer był raczej jego zwolennikiem. W Anglii, we Francji i w Ameryce szybko odstąpiono od przetoki na korzyść wycięcia, w większości przypadków. U nas również większość chirurgów przeszła na wycięcie.

Pewne znaczenie miały prace Langenbucha, który orzekł, że pęcherzyk jest narządem zbędnym, ponieważ różne zwierzęta, jak sęp, sowa i koń, żyją doskonale bez niego. Natomiast Hammarsten dowiódł, że żółć jest osiem do dziesięciu razy bogatsza w części stałe, gdy przebywała w pęcherzyku. Jeżeli duża liczba operowanych ma się lepiej po wycięciu pęcherzyka, to znów spora ich liczba cierpi na brak łaknienia, trudne trawienie, jako wyraz niedoboru soku żołądkowego. Hohlweg stwierdził brak soku żołądkowego po wycięciu u wielu u tych, których przewód pęcherzykowy jest zatkany. Rydgaard — w połowie przypadków. Badania doświadczalne F. Rosta wykazały, że wycięcie pęcherzyka powoduje zmniejszenie nie tylko soku żołądkowego, ale również trzustkowego i żółci.

John Wesley Long wypowiada się za zachowaniem pęcherzyka, gdyż śluz, wydzielany przez

pęcherzyk, a mieszący się z żółcią, zinniejsza jej zjadliwość. Żółć czysta, wstrzyknięta do przewodu trzustkowego, sprowadza niechybnie zapalenie trzustki (O p i e), podczas gdy śluz, do niej dodany, zmniejsza wydatnie jej toksyczność. C r i l e sądzi, że kamienie w przewodzie głównym tworzą się wskutek jego rozszerzenia po usunięciu pęcherzyka.

Prócz tego wycięcie pęcherzyka według R o v s i n g a, który jest zdecydowanym zwolennikiem przetoki, sprowadza rozszerzenie dróg żółciowych, którego rozmiar zależeć będzie od stopnia rozwoju zwieracza przewodu wspólnego. Jeżeli zwieracz jest słaby, rozszerzenie nie nastąpi, tylko żółć wylewać się będzie nieprzerwanie do dwunastnicy, a gdy zwieracz będzie dość mocny, by żółć zatrzymać, to rozwinie się rozszerzenie. W przypadkach, kiedy pozostał kikut przewodu pęcherzykowego, wytwarza się pęcherzyk fałszywy, a w razie zakażenia żółci będzie ono przewlekłe. Trzeba dodać, że wtórna operacja u chorych po wycięciu pęcherzyka może nastręczyć niesłychane trudności, według M a y o bywa to najtrudniejsze, z czym w chirurgji spotkać się można.

Zdaniem R o v s i n g a, potwierdzonem przez A s c h o f f a, pęcherzyki, najbardziej naciezione, zapalne mogą powrócić do stanu anatomicznego i fizjologicznego prawidłowego po sączkowaniu.

Najczęściej jednak, gdy przystępujemy do zabiegu operacyjnego, ściana pęcherzyka jest anatomicznie poważnie zmieniona i zakażona, jakkolwiek od czasu do czasu uda się stwierdzić, że żółć jest jeszcze jałowa (R o s e n o w). Możliwe jest również, jak sądzi H a r t m a n n, że w większości przypadków pęcherzyk jest już w tym momencie czynnościowo zniesiony. Założenie przetoki naraża pacjenta niekiedy na jej długotrwałość, a jest często przyczyną pozostawienia złogów, prócz możliwości zwyrodnienia rakowego, o czym już wspominałem.

Tem niemniej istnieje szereg przypadków, kiedy przetoka jest najzupełniej uzasadniona, poza ostrym, ciężkim zapaleniem pęcherzyka lub sprawą zakaźną w przewodach. Mam na myśli przetokę pęcherzykową, jako operację z wyboru, bo ta właśnie powróciła na porządek dzienny.

Wspomniałem poprzednio o pożyteczności wyodrębnienia kamicy jałowej pęcherzykowej lub, jak to woli B é r a r d, kamicy bez zapalenia pęcherzyka. Nie znaczy to bynajmniej by nie było tam ani jednego przedstawiciela drobnoustrojów, chodzi jedynie o to, by nie ujawniały się one ani anatomicznie, ani klinicznie.

Jak już powiedziałem, trzeba się zwrócić do badania czynnościowego, a po operacji potwierdzić się to daje drogą badania czynnościowego działającej przetoki. Wypływ żółci, ciemnej w pierwszych dniach, staje się coraz jaśniejszy i nie przekracza 20 do 30 cm. sz. dziennie. Zastrzyknięty lipiodol wywołuje skurcze pęcherzyka, który się opróżnia miarowo. Odpływ do dwunastnicy jest rytmiczny, bezbolesny.

Wówczas, kiedy badanie czynnościowe wykazało tę postać (próba M e l t z e r - L y o n a wywołuje znacznie większe bóle, niż w przypadkach przewlekłego zapalenia), a cholecystografia wykazała kamienie, odraczanie zabiegu jest bezcelowe. Operacją wskazaną i wystarczającą tutaj będzie: otworzenie pęcherzyka, usunięcie kamieni i sączkowanie dwutygodniowe. Jak mówi B é r a r d, tak postawiona sprawa może się wydać zbyt radykalną dla lekarzy internistów, a nieco

wsteczną dla chirurgów, tem więcej, że nie ma za sobą ani wielkiej statystyki, ani większego doświadczenia, jedynie swą łagodność i powrót stopniowy pęcherzyka do czynności prawidłowej.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę prace B e r g e r e t a i D u m o n t a, dla których często kamica pęcherzykowa uzależniona jest od zaburzeń komórki wątroby oraz czynności śluzowej i chłonnej nabłonka dróg żółciowych, to założenie przetoki znalazłoby swe usprawiedliwienie poniekąd patogeniczne, tak, jak w przypadkach pęcherzyków zastoinowych (S a n t y i M a l l e t - G u y). Oczywiście, dziś za wcześnie mówić o leczeniu patogenicznem, gdy patogeneza kamicy nie opiera się jeszcze na podstawach trwałych, jedynie, jako na kryterjum, oprzeć się można na stanie czynnościowym pęcherzyka (C h i r a y).

Wpływ przetoki pęcherzykowej na czynność wątroby kierować nami będzie w przypadkach żółtaczki zastoinowej, przebiegającej jako kamica przewodu wspólnego. Przedtem sączkowaniu temu przypisywano rolę odkażania; przeczą temu badania żółci, która okazała się jałowa u operowanych przez M o c q u o t. D i v i s i S l a n i n a, P e t i t - D u t a i l l i s wysunęli hipotezę, że u chorych, dotkniętych zapaleniem wątroby *icterigenes*, krążenie wątrobowo - jelitowe stwarza błędne koło, które podtrzymuje nieskończenie zatrucie wątroby. Po założeniu przetoki żółć staje się stopniowo jaśniejsza, ilość barwika maleje, a części stałe wzrastają. D e s p l a s, utrzymując, że sączkowanie zewnętrzne ma wpływ zbawienny na komórkę wątroby, porównywa je z przetoką moczową.

Działanie analogiczne mieć będzie przetoka pęcherzyka na zapalenie trzustki z żółtaczką lub bez niej. Jakkolwiek nie wszystkie zapalenia trzustki zależne są od zaburzeń w wydzielaniu żółci, można twierdzić, że ogromna większość, jeśli nie wszystkie, zyskują na sączkowaniu. Zmienia to, mianowicie, stosunki krążenia i ciśnienia i wpływa dodatnio na gruczoł. Anatomja, fizjologia i klinika dowodzą zgodnie współzależności czynnościowej żółciowej i trzustkowej. Sączkowanie potwierdza to wynikami, a sączkowanie żółci jest najprawdopodobniej pośrednim sączkowaniem t r z u s t k i (O k i n c z y c).

Bądźco bądź, wycięcie pęcherzyka znajduje swoje usprawiedliwienie, a nie jest tylko wynikiem rutyny lub przyzwyczajenia. Kiedy się stwierdza organiczne zamknięcie przewodu pęcherzykowego, kiedy rozciągnięcie pęcherzyka posunięte jest do takich granic, że robi wrażenie stałego, i nie można się spodziewać, by zanik mięśniówki pozwolił jeszcze na jakkolwiek wysięk, gdy ściana pęcherzyka uległa zmianom, dającym się odróżnić gołym okiem, np. owrzodzeniom, lub podejrzenie przemiany nowotworowej jest uzasadnione (przypadek L e c è n e'a), wówczas pozostawienie pęcherzyka byłoby błędem. To samo dotyczy innej jeszcze postaci kamicy, opisanej przed paroma laty (G o s s e t, P i e r r e, D u v a l, B e r t r a n d, M o u t i e r) pod nazwą kamicy pęcherzykowej wewnątrz - ściennej. Postać ta histologicznie określona została. Kamienie tworzą się wewnątrz przewodów L u s c h k i. Należy ją odróżniać od nacieków perlakowych, którym ulegają pęcherzyki, po przebyciu zdawna sprawy zapalnej lub zwyrodniającej. Autorzy uważają wycięcie pęcherzyka za leczenie jedynie skuteczne i zapobiegawcze. Możliwą jest rzeczą, że dzisiejsze nastawienie w kierunku przetoki pęcherzykowej, nawet w przypadkach kamicy ja-

lowej, zostanie zaniechane, i nastąpi powrót do wycinania pęcherzyka. Ale wówczas będzie to już oparte na przesłankach wyrozumowanych, lub też się okaże, że wyniki przetoki zawiodły, albo jeszcze teoria, przypisująca winę powstawania kamieni ścianie pęcherzyka, odniesie całkowite zwycięstwo. Wycięcie pęcherzyka byłoby operacją patogeniczną (B é r a r d).

Przecięcie przewodu wspólnego ma wskazania wyraźne. Niektórzy radzą otwierać przewód nawet wtedy, gdy nie czuje się w nim kamieni, lub gdy stwierdza się rozszerzenie, nasuwające podejrzenie kamieni w dolnej części, a tych wyczuć nie można, kiedy operujemy podczas żółtaczki, a nie widać jej usprawiedliwienia. Wypada czasem, o ile pacjent jest zbyt słaby, założyć przetokę pęcherzykową, a przecięcie przewodu odłożyć do następnego posiedzenia (K a u s c h).

Niekiedy można natrafić na postać schorzenia nieprzewidzianą, jak sprawy wrodzone, glisty, gruczolaki (G r e i g, C i e c h o m s k i), gruczoły, bąblowca i inne w przewodzie. Powikłania zabiegów na drogach żółciowych są dostatecznie znane. Opisałem je, zresztą, we wspomnianej już pracy. Z powikłań mniej znanych, opisano nadmierny wypływ żółci (*cholerrhagia*). M e l c h i o r z Wrocławia opisał przypadki, w których ilość dobową żółci dochodziła do 2 litrów 300, a S u e r m o n d t (Leyda), który przypisuje to przeszkodzie mechanicznej na poziomie brodawki, — 2 litry 800. Jeżeli to trwa, zejście śmiertelne jest nieuniknione. W przypadkach ogłoszonych *cholerrhagia* wystąpiła 7-go lub 8-go dnia. Dwukrotnie sączkowany był przewód wątrobowy, raz po wycięciu pęcherzyka i sączkowaniu przylegającym. Z a a i j i r radzi w tych razach, by zyskać na czasie, wykonać przetokę jelita czczego i wlewać żółć z powrotem.

Wyniki operacji na drogach żółciowych są naogół dobre, zarówno natychmiastowe, jak i oddalone. Trudno je ujmować globalnie, bo tylko statystyki jednolite mają prawdziwą wartość. Gdybyśmy spróbowali je łą-

czyć, wypadłyby fałszywie. Bo np. H a r t m a n n podaje 5,5% po wycięciu pęcherzyka, a bracia M a y o 1,8% na 2460 operacji wycięcia. Większość statystyk obejmuje wszystkie rodzaje operacji, co podnosi w niektórych śmiertelność do 15%, podczas, gdy przetoka pęcherzykowa nie daje większej śmiertelności, niż wzrostek, operowany na zimno.

Jeżeli porównamy wyniki natychmiastowe i oddalone wycięcia pęcherzyka i przetoki pęcherzykowej, to według różnych statystyk są one prawie jednakowe, a dotyczą chorych, obserwowanych od roku do 19 lat. W niektórych wycięcie daje większy odsetek oddalonych wyleczeń, do 85%. Otworzenie przewodu wspólnego daje u wszystkich chirurgów większą śmiertelność do 13%, a powikłane zapaleniem przewodów — 16%. Statystyki amerykańskie są może jedne z lepszych. Zarzucają im jednak, że są inaczej sporządzane.

Jeżeli porównać wyniki w stosunku do płci (T i x i e r, C l a y e l, C h a b a n n e s), to przedstawiają się one gorzej dla mężczyzn, bo śmiertelność u nich dochodzi do 36% (kobiety 15%). Zpółśród najczęstszych przyczyn śmierci: zapalenia otrzewny, powikłań płucnych i krwotoków, zapalenie otrzewny jest częstsze u mężczyzn: 35%, a u kobiet 13,5%. Przypisują to głównie warunkom anatomicznym: wątroba jest bardziej ukryta pod żebrami, bardziej umocowana, pęcherzyk leży głębiej. Klatka piersiowa, bardziej sztywna, nie pozwala na wyłonienie wątroby i dróg żółciowych, które głębiej leżą u mężczyzn: 7,5 cm. głębokości u kobiety, 11 cm. u mężczyzny w położeniu grzbietowym. U tego ostatniego więc operacja przebiega z większymi trudnościami, wątroba jest mniej wydolna (alkoholizm), a odporność na wstrząs operacyjny i krwotoki mniejsza. Radzą u mężczyzn wykonywać cięcia dłuższe i zakładać sączki większe.

Wnioski ostateczne: wyniki poprawiają się z biegiem czasu, a w dążeniu do lepszych należy wszechstronnie badać, dobrze przygotowywać i wcześniej operować.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału niemowlęcego Szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Anna B r a u d e - H e l l e r).

Niezwykły przypadek jednostronnego wytrzeszczu galki ocznej zapalnego pochodzenia w przebiegu ostrego zapalenia nerek u dziecka.

Podał

Marja SZENFELD (Warszawa).

Przypadek wytrzeszczu jednostronnego galki ocznej w przebiegu zapalenia nerek, obserwowany w szpitalu naszym w 1932 r., przedstawiał się następująco:

Dziecko D. M. 1 r. 10 miesięcy, zdrowych rodziców. Z poprzednich chorób: przed 2 miesiącami surowica przeciwbłonicza (pseudo - krup), często pokrzywki.

Obecna choroba rozpoczęła się 4 tygodnie przed przybyciem do szpitala lekkimi obrzękami powiek, które ustąpiły po kilku dniach. Nie stwierdzono wówczas anginy, ani żadnej wysypki.

Tydzień przed przybyciem do szpitala u dziecka zjawiał się obfity krwimocz z nieznaczem podwyższeniem ciepłoty do 37,6°. Na 3 dzień trwania krwimocz u ciepłota na-

gle wzniosła się do 40°, poczem po kilku godzinach spadała do normy. Jednocześnie wystąpił bardzo silny obrzęk i zasinienie powiek lewego oka, z trudem można było je rozewrzeć, wtedy na niewielkiej przestrzeni była widoczna tęczówka i źrenica niezmieniona, spojówka przekrwiona. Na 5 dzień trwania krwimocz u stan dziecka znacznie się pogorszył, wystąpiły: niepokój, senność, wymioty, diureza zmniejszyła się do 150 cm.³ na dobę. Ilość mocznika we krwi, badana na mięsie, wynosiła 1 gr. w litrze. Dziecko w tym stanie dn. 31.X.1932 r. zostało przywiezione do szpitala.

Stan dziecka w dniu przybycia:

Dziecko odżywione dobrze, budowy mocnej, wagi 13,32 kg., lekko zamroczone, sennie. Ciepłota prawidłowa. Tętno dobrze wypełnione i napięte, niemiarowe, 100/min. Oddychanie typu prawidłowego, nieprzyśpieszone. Skóra blada, bez obrzęków i wysypki. Czaszka symetryczna, ciemniaczko duże zarosnięte.

Oczodoły: Galka oczna prawa prawidłowo osadzona i ruchoma. Lewy oczodoł: znaczny obrzęk obydwu powiek, spojówka przekrwiona, nie stwierdza się żadnej wydzieliny. Galka oczna w stanie silnego wytrzeszczu nie przemieszczona na stronę zewnętrzną lub wewnętrzną, na ucisk niebolesna. Ograniczenie ruchów galki ocznej we wszystkich kierunkach.

Widzenie na oko to zachowane. Żrenica lewa równa co do wielkości prawej; obydwie dobrze reagują na światło. Okolice oczodołu lewego: czoło, nos, policzek niezmienione, nieobrzękle, nie różnią się od strony prawej. Z nosa nie stwierdza się żadnej wydzieliny.

Jama ustna: śluzówki warg spieczzone, język suchy, dziąsła niezmienione, w dolnej szczęce 6 zębów, w górnej 5 zębów.

Płuca: bez zmian. Serce: granice prawidłowe, tony głucho, przyspieszone. Jama brzuszna: wątroba o palec wystaje z pod łuku żebrowego, śledziona pod łukiem macalna. Układ nerwowy: odruchy okostnowe i ścięgnowe bardzo żywe, brak odruchów patologicznych, brak objawów oponowych.

Z pomocniczych badań wykonano:

B a d a n i e m o c z u: barwa — popłuczyn mięsnych, ciężar wł. 1.010, białko — 1%; innych patologicznych składników nie stwierdza się. Osad: całe pole widzenia usiane czerwonymi krwinkami, kilkanaście leukocytów w polu widzenia, w preparacie kilka wałeczków, wysyconych krwinkami.

B a d a n i e k r w i: ilość hemogl. 70%. Liczba czerwonych krwinek: 4,280,000, białych: 14.000. Wskaźnik hemogl.: 0.9. Odsetkowa liczba białych krwinek: Baz. 0%, Eoz. 0%, Pał. 4%, Segm. 60%, Limf. 36%.

I ł o ś ć m o c z n i k a w e k r w i: 1,7 gr. w litrze.

Z a w a r t o ś ć c h l o r u w o s o c z u: 3,17 g%, w krwinkach 1,47 g.%, we krwi całkowitej 2,78 g.%, wskaźnik chloru 0,46.

Z powodu zamroczenia dziecka dokonano nakłucia lędźwiowego.

B a d a n i e p ł y n u m. - r d z e n i o w e g o: płyn wodojasny wypływał pod dużym ciśnieniem, odczyny zapalne ujemne, pleocytoza — 3 leukocyty ml.³. Ilość mocznika w płynie — 1,2 gr.

O d c z y n P i r q u e t a: ujemny.

O d c z y n W a s s e r m a n n a: ujemny.

Przez pierwsze kilka dni stan dziecka był bardzo ciężki; dziecko senne, zamroczone, wymiotowało każdy pobrany pokarm: diureza mała, około 100 cm.³ na dobę. Silny wytrzeszcz gałki ocznej utrzymywał się. Szukano przyczyny tego wytrzeszczu.

B a d a n i e o k u l i s t y c z n e (Dr. L. E n d e l m a n): Gałka lewa wysunięta naprzód i nazewnątrz, nie daje się wprawić. Ruchy gałki ku górze, nazewnątrz i nawewnątrz prawie zupełnie zniesione, pozostały ruchy ku dołowi. Przy palpacji oczodołu nie wyczuwa się rezystencji, ani bolesności. Widzenie okiem lewym pełne. Żyły górnej powieki nabrzmiąle. W świetle przyćmionem lewa żrenica węższa od prawej. Dno oka niezmienione.

B a d a n i e r y n o l o g i c z n e: nie stwierdzono odchyłań od normy w nosie i jego zatokach, ani w uszach; nie stwierdzono żadnej wydzieliny z nosa.

B a d a n i e r e n t g e n o l o g i c z n e: Rentgenogram boczny czaszki wykazuje ślady wzmożonego ciśnienia wewnątrz - czaszkowego; tylny - przednie zdjęcie czaszki wykazuje nieznaczne zmniejszenie powietrzności lewych komórek sitowych.

Podczas dalszego pobytu dziecka w szpitalu na 10 dzień objawy ze strony nerek znacznie cofnęły się: W moczu białko — 0,06%, w osadzie kilkanaście erytrocytów w polu widzenia, pojedyncze wałeczki ziarniste. Diureza wzrosła; ilość mocznika we krwi zmniejszyła się: 0,5 gr. w litrze. Ze strony oczodołu lewego nie stwierdzano w tym czasie poprawy; utrzymywał się nadal znaczny wytrzeszcz gałki ocznej z ograniczeniem ruchów. Ciężota przez cały czas prawidłowa.

Badanie ponowne okulistyczne (Dr. L. E n d e l m a n)

wykazało stan poprzedni: żadnego chębotania, żadnego przemieszczenia większego gałki na stronę, żadnych zmian na dnie oka.

Ponowne badanie rynologiczne nie wykazało zmian w zatokach, ani wydzieliny z nosa.

Badanie kilkakrotne krwi nie wykazało większej ilości ponad 14.000 leukocytów.

Na 16 dzień pobytu ze strony nerek znaczna poprawa: ślad białka w moczu, w osadzie pojedyncze erytrocyty; ilość mocznika 0,45 gr. w litrze. Dziecko wesołe, chętnie jada. Również w tym czasie zaczął nieco się zmniejszać wytrzeszcz gałki ocznej. Na 20 dzień pobytu wytrzeszcz gałki ocznej nadal się cofa, wracają ruchy gałki ocznej. Następnie stan gałki ocznej nadal stale się poprawia, mimo, że nie stosowano żadnego leczenia. Po 30 dniach pobytu w szpitalu dziecko wypisuje się zdrowe: w moczu białko nieobecne, osad — pojedyncze erytrocyty w preparacie; ilość mocznika we krwi 0,35 gr. w litrze. Wytrzeszcz gałki ocznej cofnął się, gałka oczna prawidłowo ruchoma.

A więc w przebiegu ostrego zapalenia nerek z objawami mocznicy wystąpił wytrzeszcz gałki ocznej, który jednocześnie z cofaniem się sprawy chorobowej nerek samoistnie ustąpił. Jaka była tu przyczyna wytrzeszczu gałki ocznej?

Zapalenie ostre oczodołu, powodujące wytrzeszcz gałki ocznej, może objąć kości, okostną, miękkie tkanki, znajdujące się poza gałką oczną i otoczkę T e n o n a.

I. Zapalenie ostre kości i okostny oczodołu z tworzeniem się ropnia podokostnowego może mieć za punkt wyjścia schorzenie kości i zatok sąsiadujących, lub też może powstać w przebiegu ogólnej choroby zakaźnej, jak płonicy, róży, grypy i t. d.; w tym ostatnim wypadku również wcześniej zwykle ulegają schorzeniu kości i zatoki sąsiadujące, a później dopiero oczodoł. Klinicznie schorzenie to przedstawia się następująco: w kościach i zatokach czołowej, sitowej, klinowej lub szczękowej można stwierdzić zmiany: obrzęk i bolesność, wydzielina ropna, często tworzą się martwaki i przetoki nazewnątrz.

Ze strony oczodołu towarzyszą temu objawy: powieki miernie obrzękle, obrzęk spojówki, wytrzeszcz gałki ocznej z ograniczeniem ruchów, często przemieszczenie gałki ocznej przez ropień podokostnowy na stronę przeciwną, bolesność uciskowa często większa po stronie, gdzie jest ropień. Leczenie tego schorzenia: usunięcie operacyjne ropnego ogniska zatok i oczodołu.

II. Zapalenie ostre otoczki T e n o n a występuje zwykle w przebiegu grypy lub reumatycznego schorzenia. Towarzyszy temu również wytrzeszcz gałki ocznej, ale mniejszego stopnia, przytem występuje silna bolesność przy ruchach gałki ocznej. Sprawa ta zwykle cofa się pod wpływem okładów i preparatów salicylowych, o ile nie dochodzi do zropienia.

III. Zapalenie ostre tkanki tłuszczowej zagałkowej (ropień oczodołu) również może powstać w przebiegu schorzenia kości i zatok sąsiednich, lub, co częściej bywa, w przebiegu ogólnego schorzenia na drodze krwionośnej, gdy bakterje dostają się do żył oczodołu, i tworzy się zakrzep żylny. Klinicznie ze strony oczodołu objawy są następujące: Bardzo silny obrzęk powiek i ich sinność, znaczny wytrzeszcz gałki ocznej zwykle w osi przednio - tylnej bez objawów przemieszczenia na stronę, obrzęk spojówki, na dnie oka można stwierdzić zastój żylny, lub też może on nie wystąpić. Sprawa ta zwykle doprowadza tłuszcz zagałkowy do zropienia, nerw wzrokowy zostaje zaatakowany, tarcza wykazuje

zmiany, również sprawa ta może przejść na opony mózgowe. W tym przypadku zabieg operacyjny jest konieczny. W rzadkich przypadkach do zropienia tłuszczu za gałkowego nie dochodzi, tylko do obrzęku, schorzenie wówczas ma przebieg łagodniejszy i może być usunięte na drodze zachowawczej.

IV. Wreszcie opisane są nieliczne przypadki obrzęku oczodołu (G r u s s, H ü b o t t e r) o łagodnym przebiegu bez ogólnych objawów, ustępującego po kilku dniach. Obserwowany był u osób z chwiejnym układem współczulnym, u kobiet podczas *menses*, menopauzy. B i r c h - H i r s c h f e l d porównywał ten obrzęk do obrzęku Q u i n c k e g o i przypuszcza, że obrzęk ten spowodowany jest przez zaburzenia wydzielnicze włókien wazomotoryjnych na tle toksycznym i łatwe wysiękanie bogato unaczynionego oczodołu.

Zapalenie ostre oczodołu jest schorzeniem bardzo rzadkiem u niemowląt i dzieci. Przypadki, opisane w literaturze, mają głównie za punkt wyjścia schorzenie kości i zatok sąsiednich; najczęściej u niemowląt występują w przebiegu *osteomyelitis* górnej szczęki. B o s s e zebrał w roku 1931 z literatury światowej 81 przypadków ropnego zapalenia oczodołu w przebiegu *osteomyelitis* górnej szczęki u niemowląt, sam prócz tego przytoczył 2 własne przypadki; następnie H e r z a u opisuje 3 przypadki, K u b i k 2 przypadki. Częstość *osteomyelitis* górnej szczęki u niemowląt autorowie tłumaczą specjalną jej anatomiczną budową w tym okresie: jest ona wypełniona szczelnie zawiązkami zębowymi, poczynając od brzegu dziąseł, aż do zatoki H i g h m o r a i oczodołu. Te zawiązki zębowe ułatwiają zakażenie górnej szczęki i oczodołu bądź na drodze bezpośredniej, bądź na drodze krwionośnej. B o s s e i K u b i k w swoich przypadkach *osteomyelitis* górnej szczęki stwierdzili w oczodole zapalenie okostny i ropień podokostnowy. Klinicznie w obrazie chorobowym górowały głównie objawy oczne: obrzęk powiek, obrzęk spojówki, wytrzeszcz gałki ocznej z przemieszczeniem na stronę, ograniczenie ruchów, zmiany na dnie oka. Ze strony policzka: obrzęk, często wyczuwalne zgrubienie szczęki, w późniejszym okresie przetoki do podniebienia, kąta oka, nosa. Leczenie w tych przypadkach operacyjne.

Następnie opisane są przypadki schorzenia oczodołu u dzieci w przebiegu schorzeń ogólnych. M e l a n o w s k i opisuje 5 przypadków ropnia podokostnowego oczodołu w przebiegu płonicy o charakterze posocznico - ropniczym. Ropnie miały za punkt wyjścia schorzenie kości sitowej, która była zniszczona, wypełniona ropą. Gałka oczna w stanie wytrzeszczu była przemieszczona. W tych przypadkach M e l a n o w s k i zastosował zabieg chirurgiczny.

Wreszcie K u b i k (Med. Klinik N. 32, 1932) przytacza 2 przypadki wytrzeszczu gałki ocznej zapal-

nego pochodzenia u dzieci, obserwowane w klinice ocznej Praskiej przez prof. E l s c h n i g a i S a l u s a, jeden 25 lat temu, drugi 5 lat temu. Wystąpiły one po chorobach zakaźnych, jeden w tydzień po anginie, drugi w miesiąc po odrze. Obraz kliniczny przypominał ropień oczodołu, ale brak ciepłoty podwyższonej, brak zmian na dnie oka, brak przemieszczenia gałki ocznej na stronę pozwalał im zająć stanowisko wyczekujące i rzeczywiście, wytrzeszcz gałki ocznej w obu przypadkach po kilku dniach samoistnie się cofnął. W sąsiednich zatokach zmian nie stwierdzono. Co do niejasnej etiologii tego zapalnego wytrzeszczu gałki ocznej K u b i k przypuszcza, że albo było tu podrażnienie okostny oczodołu, lub oboczny obrzęk oczodołu przez czynnik w zatokach sąsiednich, którego ustalić nie można było, lub wreszcie może powstał w tłuszczu oczodołu obrzęk anatomiczny do obrzęku Q u i n c k e g o (B i r c h - H i r s c h f e l d).

W naszym przypadku wytrzeszczu gałki ocznej z obrazu klinicznego wynika; Nie mieliśmy tu do czynienia z zapaleniem okostny lub z ropniem okostnowym oczodołu w przebiegu schorzenia kości i zatok sąsiednich, gdyż nie stwierdzono żadnych odchyśleń od normy w okolicach, przylegających do oczodołu ani badaniem klinicznym, ani pomocniczym, jak ryнологicznym, rentgenologicznym. Silny obrzęk powiek, wytrzeszcz gałki ocznej do przodu bez objawów przemieszczenia na stronę, pozwala przypuścić, że sprawa rozgrywała się za gałkowo w tkance tłuszczowej oczodołu. Pierwotne przypuszczenie przerzutowego zakrzepu jednej z małych żył oczodołu przez czynnik bakteryjny (może ten sam, co wywołał ostre zapalenie nerek) musieliśmy odrzucić ze względu na łagodny przebieg naszego przypadku. Należy przypuścić, że jamy oboczne nosa, mimo braku zmian przedmiotowych, były jednak dotknięte lekkim stanem zapalnym, który przeniósł się na tkanki oczodołu i spowodował ich obrzęk zapalny. W przebiegu choroby rozpoznanie co do rodzaju cierpienia nastroczało duże trudności, ale dobry stan dziecka, brak wzniesienia ciepłoty, brak przemieszczenia gałki ocznej, zmian na dnie oka, chembotania, pozwalały na zajęcie stanowiska wyczekującego za radą Dr. E n d e l m a n a. I rzeczywiście, objawy ze strony oczodołu bez zastosowania jakiegokolwiek leczenia samoistnie po 4 tygodniach się cofnęły.

PISMIENNICTWO.

Melanowski: O ropniach podokostnowych oczodołu w płonicy. Odbitka z „Kliniki Ocznej”. Zesz. IV. 1928 r. — Birch-Hirschfeld. Die Krankheiten der Orbita, Handbuch der Gesamten Augenheilkunde. — J. Kubik. Orbitalphlegmonen durch Osteomyelitis des Oberkiefers beim Säugling. Med. Klinik N. 32, 1932. — Herzau Osteom. des Oberkiefers beim Säugling. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde 1933. 90 tom.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Pachymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt.

Podał:

N. PIANKÓWNA (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 33).

Do cech zasadniczych *pachymeningitis haemorrhagica interna* u niemowląt należą: wodogłowie,

krwawienia w siatkówce i charakterystyczny płyn, otrzymany z nakłucia ciemniaczka. Objawem wodogłowie zewnętrznego jest wypięte i napięte ciemię oraz rozwarze szwy. Obwód głowy jest powiększony, ale nie dochodzi do takich rozmiarów jak przy wodogłowie wewnętrznym. F i n k e l s t e i n i B e s s a u uwa-

zają, że część przypadków z wodogłowie zewnętrznym, które się przypisuje krzywicy, należy do dziedziny *pachymeningitis haemorrhagica*. Pogląd ten został potwierdzony przez badania anatomo - patologiczne Schminckego.

Niektóre przypadki wodogłowia wrodzonego również należą do tej grupy, gdyż *hydrocephalus externus pachymeningiticus* może się rozwinąć *in utero*. Dwa takie przypadki ogłosił Rubesch, przy czym stwierdził, że zmiany anatomo - patologiczne niczym nie różnią się od przypadków, w których sprawa chorobowa rozwija się w życiu pozapłodowym.

Powiększenie głowy związane jest z wielkością krwotoku i podatnością czaszki, zależnie od wieku dziecka. Głowa niemowlęcia, z otwartym ciemiączkiem i rozwartymi szwami, szybko rośnie. Na tem polega zasadnicza różnica między *pach. haem. interna* u dzieci i dorosłych. Z tego też wynika, że wielkość powiększenia czaszki nie może służyć jako kryterjum ciężkości sprawy chorobowej. I otóż przy silnym powiększeniu głowy stwierdzamy przeważnie małe objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Twarda, niepodatna czaszka stawia opór wzmożonemu ciśnieniu i jest przyczyną gwałtownych objawów mózgowych.

Liebenam podaje 51,6 cm jako największy obwód głowy u 14-miesięcznego dziecka, w przypadkach Göpperta największy wymiar wynosił 54 cm u 1¼ rocznego dziecka. Większe liczby przemawiają również za obecnością wodogłowia wewnętrznego. Głowa rośnie zwykle powoli i równomiernie w przeciągu kilku tygodni, rzadziej następuje wzrost nagły podczas jednego lub kilku dni. Rosenberga podaje jako najszybsze powiększenie 4 cm w ciągu 8 dni. Powiększenie głowy w *pachymeningitis haemorrhagica interna* odbywa się w postaci rzutów: każdy nawrót choroby powoduje systematyczne powiększenie obwodu czaszki. Objaw ten jest odbiciem ciśnienia śródczaszkowego.

Powiększenie czaszki odbywa się kosztem ciemiączka dużego i szwów. Wymiary ciemiączka mogą wynosić od 2 — 10 cm. Heubner opisał przypadek, gdzie ciemię tworzyło całą pokrywę czaszki. Szwamy również rozchodzą się, i przestrzeń między nimi może dojść do 2 cm. Najbardziej rozwarty jest szew czołowy, strzałkowy i wieńcowy, najmniej węglowy.

W dużym wodogłowie skóra głowy jest napięta, powieki pociągnięte w górę, białówki widoczne ponad tęczęwką. Gałki oczne są ustawione w dół. Często powieki nie domykają się, pozostawiając szparę kilku milimetrów.

Przy silnym napięciu skóry, wylew podtwardówkowy może przeświecać. Pierwszy taki przypadek opisał Graefe. Również i Rosenberga ogłosił 2 przypadki, w których stwierdził po obu stronach linii środkowej ciemiączka szaro - niebieskie zabarwienie skóry o kształcie owalnym; po kilku tygodniach objaw ten zniknął.

Wraz z ustąpieniem sprawy chorobowej, ciemię zapada się, kości czaszki zbliżają się ku sobie. Jeśli proces ten zostaje uniemożliwiony wskutek przedwczesnego skostnienia szwów, wówczas ciemię wykazuje charakterystyczne wciągnięcie. Wylewy ulegają organizacji, i mózg jest pokryty warstwą włókna grubości kilku centymetrów.

Jednym z głównych objawów *pachymeningitis haemorrhagica interna* są krwawienia w siatkówce, opi-

sane porażony przez Finkelsteina i Göpperta. U dorosłych nie występują one nigdy. Uhtoff i Rosenberga twierdzą, że wylewy te są skutkiem wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Liebenam nie zgadza się z tem i uważa, że wybroczyny w siatkówce występują czasem i w lekkich przypadkach bez wzmożonego ciśnienia.

Wybroczyny siatkówki nie występują w każdym przypadku, lecz obecność ich jest patognomoniczna dla tego schorzenia. Liebenam stwierdziła na swoim materiale zmiany oczne w 15 przypadkach t. zn. w 58%. Przyczem w 3 przypadkach jednostronne, w pozostałych obustronne. Przy jednostronnych brak było objawów ogniskowych.

Wybroczyny w siatkówce nie zależą od wieku dziecka, ani od ciężkości schorzenia. Występują jako jeden z pierwszych objawów i znikają przeważnie po 3 najpóźniej po 4—5 tygodniach. Obostrzenie choroby daje świeże zmiany na dnie oka. Wybroczyny w postaci pasem leżą przeważnie na obwodzie, czasem też z obu stron tarczy. Tętnice oczne są wąskie, żyły rozszerzone. Wybroczyny w ciałku szklistem lub spojówkach należą do rzadkości. W pojedynczych przypadkach stwierdza się tarczę zastoinową (opisał to jeszcze Heubner). Powstaje ona z jednej strony wskutek wzmożonego ciśnienia czaszkowego, z drugiej przez wybroczyny w pochewce nerwu wzrokowego.

U dzieci stwierdza się często zajęcie nerwów mięśni gałki ocznej, natomiast u dorosłych występuje bardzo rzadko porażenie mięśni oka. Rosenberga w 7, Liebenam w 4 przypadkach — stwierdzili zez zbieżny, powstały przez jednostronne porażenie nerwu odwodzącego. Dość częstym objawem u niemowląt jest też wytrzeszcz, który powstaje bądź przez silne napięcie skóry i podniesienie powieki górnej, bądź przez rzeczywiste *protrusio bulbi* wskutek utrudnionego odpływu żylnego z oczodołów. Towarzyszą mu wówczas: tarcza zastoinowa i wybroczyny w siatkówce. U dzieci, w przeciwieństwie do dorosłych, dość często występuje oczopląs. Przypadki takie są opisane przez Steffena, Finkelsteina, Goepperta i Rosenberga. Natomiast *déviation conjuguee* stwierdza się u niemowląt bardzo rzadko, u dorosłych zaś, według Fürstera i Uhtoffa, bardzo często. Podczas i tuż po drgawkach stwierdzano często nierówne, źle reagujące źrenice. Objawy te znikają szybko wraz z poprawą.

Jednym z najbardziej stałych objawów *pachymeningitis haemorrhagica interna* jest ksantochromiczny płyn, otrzymany z nakłucia ciemiączka. W obrębie dużego ciemiączka nakłuwła się przestrzeń podtwardówkową i otrzymuje się żółty lub czerwony płyn. Po odwirowaniu zostaje na dnie osad z czerwonych krwinek, na górze żółtawy płyn, który przy świeżem krwawieniu ma ciemny odcień. Większość autorów jak Bernheim—Karrer i inni tłumaczą ksantochromję płynu hemolizą czerwonych krwinek. Nakłucie ciemiączka, wykonane ostrożnie, jest bezpieczne i nie pogarsza nigdy stanu ogólnego. Nakłucie robi się 2 cm na zewnątrz od linii środkowej, odpowiadającej zatoce strzałkowej, krótko ściętą igłą. Delikatnie przekłuwając skórę pod kątem ostrym na parę mm, wgląb, wówczas tryska strumieniem krwawy płyn, rzadziej wydobywa on się kroplami. Otwór zamyka się kolodjem lub mastisolem, ażeby przeszkodzić sączeniu się płynu pod skórę. Zdarza się czasem, że po nakłuciu płyn sączy się z otwo-

ru i powoduje obrzęk części miękkich, który jednak co-
fa się po kilku dniach. Nakłucie ciemiączka robi się zwy-
kle obustronnie. Jeśli płyny otrzymane z obu stron nie
są jednakowe, wówczas mamy do czynienia z wylewa-
mi torbionemi (*hygroma durae matris*). Płyn z cie-
miączka jest zwykle jałowy, odczynów zapalnych brak,
ciężar gatunkowy 1007—1012. Ilość białka jest nie-
wielka, zależna od ilości krwi w płynie i waha się w gra-
nicach 0,4—2%. Na zasadzie powyższych cech płyn
podtwardówkowy jest przesiękiem a nie wysiękiem co
też przemawia przeciwko zapalnej etiologii *p. h. interna*.
Płyn ten nigdy nie krzepnie: w razie skrzepnięcia należy
przyjąć sztuczne skrwawienia. Według szkoły B e s s a u a,
w większości przypadków stosunek czerwonych
do białych ciałek w płynie odpowiada stosunkowi ich
we krwi.

Rozmaz z płynu zgadza się często z rozmazem
krwi, pobranym tego samego dnia. L i e b e n a m
sprawdziła to na 12 przypadkach. Ważnym objawem
rozpoznawczym, według B e s s a u a, jest również
znalezienie normoblastów i w płynie z ciemiączka przy
jednoczesnym braku ich w krążącej krwi. L i e b e n a m
znalazła normoblasty w 8 przypadkach t. zn.
w 32%. B e s s a u objaśnia to zjawisko obecnością
miejscowych ognisk krwiotwórczych, co przez anatomo-
patologów zostaje potwierdzone.

W przeciwstawieniu do płynu z ciemiączka, który
jest krwawy lub w starszych sprawach żółto - zielony,
nakłucie lędźwiowe daje płyn wodojasny. G o l d f l a m i
S a t t g e - W e n d e l s s o n n podają, że
krwawy płyn lędźwiowy przemawia raczej przeciw ani-
żeli za *p. h. interna*.

Anatomia opon mózgowych dokładnie tłumaczy
to zjawisko, gdyż w warunkach normalnych niema ko-
munikacji pomiędzy oponami. Świeżo wytworzone błony
podtwardówkowe oraz pajęczynówka oddzielają
krwawe wylewy od przestrzeni podpajęczynówkowej,
zawierającej płyn mózgowo - rdzeniowy. Przez uszko-
dzenie tych błon a zwłaszcza pajęczynówki możemy
otrzymać krwawy płyn. R i e t s c h e l twierdzi, że
wodogłowie zewnętrzne może się rozszerzyć na prze-

strzeń podtwardówkową rdzenia i wskutek dużego ci-
śnienia (niepodatne ściany) przerwać opony miękkie.

W niewielu tylko przypadkach spostrzega się zapa-
danie ciemiączka po punkcji lędźwiowej. Nieraz zdarza
się, że punkcja lędźwiowa przed nakłuciem ciemiączka
daje płyn przezroczysty, a po nakłuciu krwawy. Z tego
wynika, że na początku z pewnością nie było komuni-
kacji i dopiero nakłucie ciemienia uszkodziło opony
miękkie, lub też zmiana ciśnienia spowodowała samoist-
ne przerwanie. Krwawy płyn mózgowo - rdzeniowy nie
jest zależny od ciężkości schorzenia. L i e b e n a m
otrzymała w 11 przypadkach płyn krwawy, przyczem
czworo z tych dzieci zmarło, pozostałe 7 wypisano z po-
prawą lub wyleczone.

Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego jest prze-
ważnie zwiększone — 300 do 400 mm wody, wyjątko-
wo wynosi 700. S c h i n d l e r tłumaczy ten objaw
uszkodzeniem naczyń włosowatych opon miękkich. Ilość
białka w płynie jest przeważnie normalna, może też być
nieco zwiększona. N o n n e - A p p e l t i P a n d y
są wówczas dodatnie. L i e b e n a m tłumaczy obec-
ność dodatknych odczynów zapalnych zwiększoną prze-
puszczalnością naczyń, spotykaną często przy uszkodze-
niach mózgu. Liczba komórek jest bez znaczenia —
może być normalna lub nieco zwiększona. L i e b e n a m
opisuje przypadek z bardzo dużą pleocytozą:
1084 ciałek w kamerze. Posiew z płynu jest zwykle ja-
łowy.

Ilość cukru w płynie mózgowo - rdzeniowym nie
jest liczbą stałą, lecz zależy od poziomu jego we krwi.
Dlatego też należy określać jednocześnie zawartość cu-
kru w płynie i we krwi. Normalnie cukier w płynie mó-
zgowo - rdzeniowym w *p. h. interna* równa się połowie
jego zawartości we krwi. Przy podrażnieniach mózgu
ilość cukru w płynie może się równać lub przewyższać
ilość cukru we krwi.

Do środków rozpoznawczych należy również
encephalographia, która umożliwia dokładną lokaliz-
ację procesu. Posługują się nią J o c h i m s i
K n ö p f e l m a c h e r.

(Dok. nast.)

Oceny książek.

Doc. Dr. A. WOJCIECHOWSKI. **Zarys leczenia złamań
i zwichnięć dla studentów i lekarzy praktyków.** Część I.
Leczenie nieoperacyjne. Warszawa 1934.

Ukazanie się każdego podręcznika lekarskiego należy
powitać z wielką radością. Dotychczas ubogie pod tym wzglę-
dem piśmiennictwo polskie z bogactwem z dniem każdym. Ma-
my nadzieję, że i w tej dziedzinie w krótkim czasie będziemy
samowystarczalni. Dotychczas nie mieliśmy oryginalnego dzie-
ła poświęconego złamaniom. Docent Dr. A. W o j c i e c h o w s k i
wypełnił tę lukę. Wprawdzie niedawno uka-
zało się polskie tłumaczenie książki B ö h l e r a o złama-
niach, jednak książka ta, pomimo wielkich swych zalet, ze
względu na wysoką cenę i duże rozmiary, zbyt mało nadaje
się dla studentów i lekarzy praktyków. Pozatem jest dziełem
obcym. Podręcznik docenta A. W o j c i e c h o w s k i e g o,
napisany językiem dobrym i jasnym przez znawcę przed-
miotu, doskonale nadaje się jako podręcznik i doradca dla
lekarza praktyka. Wielka liczba dobrych rysunków oraz
umieszczony na końcu wykaz prac polskich, dotyczących zł-

mań, podnosi wartość dzieła, wydanego bardzo starannie i od
powiadającego pałającej potrzebie.

Jerzy R u t k o w s k i

Prof. dr. med. D. LEVI. **Leczenie wstrzykiwaniami
w praktyce lekarskiej.** Z 14 rycinami w tekście; z oryginału
angielskiego przełożył dr. med. Jan Roguski stron 63. Mono-
grafia Lekarskie 3/4. 1934. Wydawnictwo Lekarskie. „Eskulap”.
Warszawa.

Lecznictwo w ostatnich latach posunęło się znacznie
naprzód dzięki rozmaitym zastrzykiwaniami. Nie mówi się
tutaj o zastrzykiwaniach arsenu, fosforu, szczepionek i su-
rowic, które już zdobyły sobie prawo obywatelstwa i są sto-
sowane szeroko nie tylko przez lekarzy, ale o takich zabiegach,
jak leczenie wstrzykiwaniami żyłaków, krwawnic, rwy kul-
szowej, nerwobólów, a głównie szeroko dziś już stosowane
przetaczanie krwi. Wszystkie temu podobne zabiegi wymaga-
ją dużej wprawy i mają swoją technikę, którą każdy lekarz
dziś już poznać powinien. Nie mieliśmy dotąd podręcznika,
w którym byłyby zebrane wszystkie wskazówki, dotyczące

wstrzykiwań leczniczych. Zajął się tem autor i na 60 stronach planowo, jasno i przystępnie wyłożył, co do każdego z tych zabiegów jest potrzebne i jak się zabieg wykonywa. Na rycinach przedstawiony jest kierunek igły w stosunku do kośćca oraz schematyczna budowa aparatów (np. do przetaczania krwi). Prócz techniki autor podaje wskazania i przeciwwskazania do zabiegu i opisuje powikłania, jakie się przytrafić mogą. W ten sposób opracowana książeczka zawiera leczenie krwawnic, wypadnięcia odbytnicy u dzieci, żylaków, wodniaków, wysięków kaletek okołostawowych, nerwobólów, rwy kulszowej, bólów somatycznych, pozatem dokładnie opisana jest cała procedura przetaczania krwi (z cytrynianem, odwióknionej i całkowitej) wraz ze sposobem dobierania krwi dawcy i odbiorcy; — nadto opisane jest wstrzykiwanie lipjodolu do oskrzeli, nakłucie podpotyliczne i znieczulanie miejscowe w złamaniach. Brak natomiast znieczulenia spłotów współczulnych i wstrzykiwań do kanału kręgowego. Książka przyda się każdemu lekarzowi, który chciałby sam wykonywać wspomniane zabiegi; jest to podręcznik nawskroś praktyczny i bardzo pożyteczny. Firmie „Eskulap“ należy się uznanie za włączenie tej pracy do serii monografii lekarskich, przeznaczonych dla lekarzy praktyków. Przekład jest bardzo dobry i staranny, druk estetyczny, błędów drukarskich niewiele (lipjodu — zamiast lipjodolu w spisie rzeczy, rurki gumowe — nie kauczukowe) (str. 63).

W. K n a p p e.

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1934. Rocznicz dzieł. Nakład i własność Księgarni Nowości we Lwowie Stron 838.

W miejscach, gdzie wykonawstwo lekarskie stoi na wysokim poziomie, zwięzłe encyklopedje wiedzy praktycznej lekarskiej są niezbędne. Medycyna rozproszkowała się na liczne działy, powstały nowe metody badania, zjawily się nowe sposoby leczenia i niezliczone środki lekarskie. Wszystkich nazw, leków i odczynników, wszystkich liczb i składników pamięć ludzka objąć nie może, tem bardziej, że wiadomości te są nieusystematyzowane, medycyna nie stworzyła żadnej syntezy, idzie etapami w różnych rozbieżnych kierunkach i wciąż się zmienia. Takie zwięzłe encyklopedje, takie podręczne skróty wiadomości lekarskich noszą nazwę kalendarzy lekarskich i są rozpowszechnione zagranicą więcej jeszcze, niż u nas. Wychodzą takie kalendarze co rok w Niemczech i Austrii i są bardzo rozpowszechnione. U nas przez długie lata przed wojną znany był kalendarz Dra P o l a k a; po wojnie wydawano kilka kalendarzy, dziś utrzymał się już tylko jeden „Polski Kalendarz Lekarski“ pod redakcją dra Maksymiljana U n g a r a we Lwowie. Kalendarz ten wyszedł już po raz dziesiąty i zjednał sobie powszechne uznanie zarówno obfitością zawartego w nim materiału, jak i starannością opracowania. Obejmuje on aż 50 rozmaitych działów. Podstawę jego treści stanowi alfabetyczny spis ważniejszych leków i *vade mecum* diagnostyczne - terapeutyczne. Ten dział obejmuje 545 stron, czyli zajmuje $\frac{3}{4}$ kalendarza. Reszta stanowi dział informacyjno - naukowy, jak: wyciąg z ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, przegląd piśmiennictwa lekarskiego, wykonywanie sekcji sądowo - lekarskiej, elektrokar. ljo. grafia w praktyce, oznaczanie refrakcji oka, odżywianie niemowląt, klimato- i balneoterapia, skorowidz uzdrowisk polskich i zagranicznych, kąpiele lecznicze, promienioleczenie, pierwsza pomoc w nagłych wypadkach, ratownictwo w zatruciach, najczęstsze zabiegi lekarskie, proteinoterapia, terapia tuberkulinowa, surowica i szczepionki, witaminy i środki odżywcze; poza tem cały szereg tablic, jak: prawidłowe składniki krwi, tablice kaloryczne pokarmów, waga i wzrost dzieci i dorosłych, dawkowanie dla dzieci — wreszcie bogaty dział

ogłoszeń i skorowidz ogłoszeń. Na wyróżnienie zasługuje artykuł o elektrokardjografii, wyłożony zwięzle i jasno. Pożądana byłaby na przyszłość jeszcze jedna inowacja, a mianowicie oznaczenie w zestawieniu leków według ich działania środków wyrobu krajowego odmiennymi czcionkami: drukiem tłustym lub kursywą. Lekarze nabrali już zaufania do firm krajowych i przepisują środki zagraniczne tylko wtedy, gdy nie wiedzą o istnieniu odpowiedniego preparatu krajowego. Przydałby się przeto wykaz porównawczy leków wyrobu krajowego i zagranicznego, co już wykonała „Farmacia Współczesna“ w maju 1933 i czasopismo „Dziecko“ (N. 4, 1933). Z drobnych usterek, których trudno w takim różnorodnym materiale się ustrzec, wymienię na str. 327 — „chlebek d'Aleurona“ — zamiast „chlebek z aleuronatu“ (jest to mąka z otrąb pszennych); „chlebek dla cukrzyków“ — zamiast dla „chorych cukrzycowych“; wyraz „cukrzyk“ jest niefortunnym neologizmem. — Pomimo iż kalendarz zawiera 840 stron, stanowi on wygodną, ciekawą, kieszonkową książeczkę dzięki temu, że jest wydrukowany na t. zw. biblijnym bibułkowym papierze. Zarówno treść, jak forma i wykonanie Kalendarza zasługują na uznanie i zapewniają mu powodzenie.

W. K n a p p e.

SKALWEIT. Konstitution und Prozess in der Schizophrenie. Nakł. Georg Thieme. Lipsk. 1934.

Mamy tutaj przed sobą pracę niezmiernie interesującą, którą z różnych względów zaliczyć należy do najwybitniejszych ostatnich publikacji psychiatrycznych. Zagadnienie pracy, widoczne z samego nagłówka, należy niewątpliwie do podstawowych. Chodzi o stwierdzenie, czy i w jakiej mierze psychoza schizofreniczna — to najczęstsze cierpienie psychiczne — wyrasta wyłącznie z samego podłoża konstytucjonalnego, jest jego nasileniem, czy też stanowi ono jakieś *novum*, zależne od innych czynników i w swem destrukcyjnym działaniu nie liczące się z wrodzonym podłożem psychotycznym. Ostrość tego zagadnienia wypływa ze znanych badań i poglądów K r e t s c h m e r a, które psychozę schizofreniczną wiąże z konstytucją schizoidalną, względnie schizotypiczną. Otóż do rozwiązania tego zagadnienia przystępuje autor za pomocą metody, dobrze już w nauce znanej i interesującej samej przez się, która zyskuje jeszcze na wartości dzięki głębokiemu ujęciu i systematycznemu zastosowaniu przez autora. Metodą tą jest t. zw. test R o r s c h a c h a, który, jak wiadomo, polega na interpretowaniu przez pacjenta przypadkowych figur i analiz podanych przezeń opisów i wypowiedzi. Badanie to, o dużym zasięgu charakterologicznym, posiada również i pewne znaczenie diagnostyczne. Za pomocą tego testu badał autor zdrowych osobników schizotypicznych, rozmaite postaci schizofreników ostrych i przewlekłych, wreszcie cały szereg tych samych osobników w różnych okresach choroby i podczas remisji. Na podstawie tych tak rozległych i sumiennych badań autor dochodzi do wniosków następujących (wymieniam, rzecz prosta, najbardziej zasadnicze). Pod wpływem choroby następuje wyraźne przesunięcie t. zw. typu przeżywania, który nabiera zupełnie odrębnego charakteru w porównaniu ze zdrowymi schizotypikami. Przesunięcie to położyć należy na karb procesu chorobowego. Pewne typy konstytucyjne wykazują większą dyspozycję do procesu schizofrenicznego, nie można ich jednak uważać za stadium wstępne tego schorzenia. Przebieg, symptomatologia i stopień rozpadu schizofrenicznego w każdym poszczególnym przypadku zależą od procesu organicznego. Rozmaite obrazy chorobowe przy konstytucji schizotypicznej i nieschizotypicznej zależą od różnej odporności i prawdopodobnie różnych punktów zaczepienia, jakie podłoża te stwarzają dla procesu chorobowego. Ważne są również ustalenia autora, dotyczące współzależności po-

między typem konstytucyjnym a obrazem klinicznym oraz wnioski, dotyczące struktur psychocerebralnych, które niszczy proces schizofreniczny. G. B y c h o w s k i.

Dr. Albert BAUER. *Ernährungsbehandlung in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. (Wydawn. Urban i Schwarzenberg Berlin-Wiedeń 1934).

W dziełku tem na niecałych 70 stronicach streścił autor sposoby dietetycznego leczenia w zastosowaniu do ginekologii i położnictwa; również sprawa dietetyki zapobiegawczej została należycie uwzględniona. Książka składa się z dwu części. Część pierwsza omawia leczenie dietetyczne w chorobach kobiecych, jak w niedostatecznej czynności gruczołów płciowych, niepłodności, w okresie przekwitania, wobec nieprawidłowych krwawień macicznych oraz nieswoistych upławów pochwowych. Nieswoiste upławy pochwowe zależne są, według autora, od odczynu pochwy, zależnego w głównej mie-

rze od sposobu żywienia się. Dodatni wpływ diety bez — lub małosolnej w tych przypadkach, jak to twierdzi autor, wymaga potwierdzenia na większym materiale klinicznym. W drugiej części omawia autor dietetykę w ciąży prawidłowej, w stanach chorobowych, z ciążą związanych, jak poronienie nawykowe, zatrucie ciążowe, oraz zwraca specjalną uwagę na zapobieganie różnym powikłaniom chorobowym w ciąży przy pomocy odpowiedniej diety. Na zakończenie zajmuje się autor sprawą wpływu żywienia się na rozwój płodu. Chociaż dziełko porusza sprawy, ogólnie specjalistom chorób kobiecych znane, i nic nowego nie przynosi, to jednak przejrzysty podział i umiejętne ugrupowanie dobrze zebranego materiału pozwala każdemu szukającemu łatwo znaleźć odpowiednie dla danego przypadku wskazówki dietetyczne. Ginekolog i położnik, interesujący się specjalnie dietetyką, znajdzie w tem dziele również dość obszerne odnośne piśmiennictwo. W. S z e n w i c.

Wskazówki praktyczne

P e l s - L e u s d e n uważa, że gazy jodoformowej nie należy zarzucać. Powinna ona nadal znajdować zastosowanie w ropieniach jam obocznych nosa, w posokowatych ropieniach tkanki podskórnej, a szczególnie w okolicy kiszki prostej. Przecięty posokowaty ropień w okolicy odbytu lub przecięta przetoka tejże okolicy wytamponowane gazą jodoformową pozostają tak przez 6 — 7 dni, w ciągu których narastająca ziarnina wypycha powoli tampon. (Med. Klin. 1934, N. 13).

—o—

B r a u n proponuje następującą modyfikację kuracji Karella: Leżenie w łóżku, o godz. 8, 10, 12, 16, 19, 20 po 200—250 ctm.³ mleka. O godzinie 13 mała filiżanka jarzyny, o godz. 19 filiżanka kompotu. Od 4 dnia dodatek pokarmu. (Prakt. Arzt. 1934, N. 5).

—o—

L i e b e s n y podaje następujące wskazania i przeciwskazania do leczenia krótkimi falami: 15-metrowa fala ha-

muje rozwój gronkowców, paciorkowców i prątków gruźlicy, przeciwnie zaś pobudza wzrost grzybka promienicy, *Trichophyton tonsurans* i inn., których rozwój hamują fale 4 metrowe. Fala 15-metrowa skutecznie leczy czyraki, karbunkul, ropnie gruczołów potowych, zastrzały, głębokie ropowice, ropnie twarzy, specjalnie warg. Dalej dobre wyniki daje leczenie krótkofalowe w róży, czyraczności i w sprawach gruźliczych. Nowotworów złośliwych nie należy leczyć tą metodą, w nerwobólach wynik niepewny. (W. kl. W. 1934, N. 2).

—o—

Dla powstrzymania wydzielania mleka daje S e i t z: *Rp. Camphor trit.* 0,5; *Gum. arab.* 10,0; *F. c. Aq. dest. Emulsio* 150,0; *Adde Sacch. alb.* 10,0. 3 razy dzien. po łyżce stołowej, albo: *Rp. Camph. trit.* 0,2; *Gumm. arab.* 0,4. *M. f. pulv.* 3 razy dz. po 1 proszku. (Med. Welt. 1934, N. 21).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 15 czerwca 1934.

Przewodniczący: dyrektor H. H o y e r.

Czł. J. M o d r a k o w s k i przedstawia pracę własną, wykonaną wspólnie z p. M. B u ł a j e w s k i m, p. t. *Wyosobnienie z grzybienia żółtego (Nuphar luteum) glikozydu o działaniu nasercowym, identycznego z nimfaliną*.

Czł. F. R o g o z i ń s k i przedstawił pracę, wykonaną wspólnie z p. Zb. G ł o w c z y ń s k i m, p. t. *O krzywicy doświadczalnej. IV. Wpływ soli magnezowych*. (Obacz Sprawozdanie z posiedzeń Wydziału III).

Czł. W. N o w i c k i i St. C i e c h a n o w s k i przedstawiają pracę pp. T. K i e l a n o w s k i e g o i A. S e l z e r a p. t. *Badania doświadczalne nad odczynem skórnym Shwartzmana, czyli heteroalergją krwotoczną*.

Polskie Towarzystwo Anatomiczno - Zoologiczne.

Posiedzenie z dnia 1 maja 1934 r.

Na posiedzeniu odbytem pod przewodnictwem doc. J. Z w e i b a u m a ogłoszono komunikaty: H. J a w ł o w s k i: „*Nowe dane o mózgu błonkówek*”. Autor podaje wyniki swych badań nad mózgiem błonkówek i stwierdza, że położenie kielichów grzybkowatych narządów u pszczoł jest inne niż dotąd przypuszczano. Ścianki kielichów składają się

z kilku warstw. U pszczoł dwie pierwsze warstwy są złane ze sobą, podczas gdy u niektórych innych błonkówek warstwy te nie są złane. P. S ł o n i m s k i: „*O składnikach komórkowych krwi jaszczurek*”. Autor badał krew młodych i dorosłych jaszczurek posługując się szeregiem zwykłych metod hematologicznych oraz barwieniem benzydynam według L e p e h n e g o. Zbadane zostały 3 następujące gatunki krajowe: jaszczurka zwinka (*Lacerta agilis*), j. szmaragdowa (*L. viridis*), j. żyworodka (*L. vivipara*) oraz północnoafrykańska j. perlowa (*L. ocellata*). Specjalną uwagę skierował a. na cytomorfozę komórek krążących wewnątrz naczyń krwionośnych. Wśród składników upostaciowanych krwi a. wyróżnił następujące formy: erytrocyty, trombocyty, limfocyty, monocyty, granulocyty kwaso- i zasadochłonne oraz komórki neutrofiloidalne (w sensie L o e w e n t h a l a). Z elementów bezjądrzastych a. mógł wyróżnić erytroplastydy oraz granuloplastydy kwaso- i zasadochłonne: A. poddaje krytycznej analizie prace poprzednich autorów (S a b r a z e s i M u r a t e t, K o m o c k i, L o e w e n t h a l i t. d.) i wypowiada się przeciw pogładowi K o m o c k i e g o o pochodzeniu czerwonych ciałek krwi z trombocytów. J. G r z y b o w s k i i P. S ł o n i m s k i: „*Wrażenia z 29 Kongresu Association des Anatomistes w Brukselli*”. Autorowie dzielą się wrażeniami z tegorocznego Zjazdu Ass. d. Anat. w Brukselli oraz informują o treści najważniejszych komunikatów ogłoszonych na Zjeździe.

Sekretarz A. E l k n e r.

Walne Zebranie z dn. 20 czerwca 1934 r.

Przewodniczy w części naukowej Zebrania doc. J. Z w e i b a u m i w części administracyjnej prof. J. T u r. Na zebraniu wygłoszono komunikaty:

W. R o s z k o w s k i: „Wrażenia z podróży na statku szkolnym „Dar Pomorza“. Autor podzielił się wrażeniami z odbytej ostatnio podróży na statku „Dar Pomorza“, ilustrując swój odczyt wieloma fotografiami. H. Ś l e d z i e w s k i: „Przypadek prawostronnej podwójnej nerki zrosniętej z brakiem lewej“. Przypadek dotyczy osobnika płci męskiej, lat 70; przyczyna zgonu: *myodegeneratio cordis in stad. decompesationis*. Zaburzenia rozwojowe w zakresie nerek, zwłaszcza „nerki dolnej“, układu tętniczego nerek i układu żylnego w zakresie żyły próżnej dolnej. Referat z pokazem preparatu i jego rentgenogramów. J. G a l l e r a: „Nowa postać enenterji oraz zarodkowego ośrodka poronionego“. Autor znalazł w zarodku kurczęcia, wylęgającym w ciągu 60 godzin, dwie szczególne formy potworności. Jedną z nich jest nowa postać enenterji (R a b a u d), różniącą się od znanej przedtem chordenterji tem, że w danym razie struna grzbietowa wrasta ku tyłowi do światła tworzącego się jelita — odchylając się zwolna pod kątem mocno rozwartym od swego przebiegu, nie zaś pionowo. W rezultacie struna znajduje się pod entodermą, otaczając się swoistą, również entodermiczną, pochewką. W obrębie owodni tegoż zarodka występuje inna, również dotąd w tej postaci nie opisywana anomalia, a mianowicie — swoisty ośrodek twórczy, będący szczątkiem drugiego, „poronionego“ indywiduum zarodkowego. Ośrodek ten przedstawia się w postaci skupienia ektodermi o charakterze płytki nerwowej, wokoło której występują elementy mezenchymatyczne, organizujące się w cewki o śródbłonkowej wyściółce. G. D e h n e l: „Przypadek potworności podwójnej zarodkowej u żółwia błotnego obserwowany za życia“. Autor podaje opis kilku kolejnych stadów dwu zarodków żółwia błotnego w jednym jaju, obserwowanych za życia. Obserwacje zaczęły się od stadium wczesnej gastrulacji i zostały doprowadzone do późnej neuruli. Zawiązki rozwijały się dwupolowo, t. j. w obrębie jednej blastodermi o dwu odrębnych polach przezroczystych, rozdzielonych od siebie „wałem żółtkowym“. W miarę rozwoju układ potworny przekształca się w jednopolowy, t. zn., że pomiędzy zarodkami zanika stopniowo ów „wał żółtkowy“, a pola przezroczyste, pierwotnie niezależne od siebie, — zlewają się w jedno. Obszcwacja powyższa wykazuje, że podział potworów na jedno i dwupolowe jest nieistotny. Następnie autor wykazał pomiarami, że w miarę rozwoju zarodków złożonych tarczki zarodkowe — a zatem okolice, gdzie tworzy się nawiązek ciała zarodka, ulegają wzajemnemu rozsunięciu. Autor przypisuje to rozmnażaniu się interkalarnemu komórek, zaznaczając, że wobec powyższego wszelkie wnioskii pro- i retrokonstrukcyjne, oparte na obserwacji pierwotnego położenia dwu zawiązków względem siebie, nie mają większej wartości.

Po zatwierdzeniu sprawozdania Zarządu za rok ubiegły wybrano nowy Zarząd w osobach J. G r z y b o w s k i e g o (prezesa), P. S ł o n i m s k i e g o (wiceprezesa), S. W e i s s b e r g a (sekretarza) i H. Ś l e d z i e w s k i e g o (skarbnika).

Sekretarz A. E l k n e r.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademji Lekarskiej w Paryżu z dnia 3 lipca 1934 r. (Presse méd. N. 57/1934) M. L a b b é zdał sprawę ze sfosowania sorbitu w żywieniu chorych na moczówkę cukrową (w imieniu komisji, złożonej z prelegenta, G. B e r t r a n d a i R a d a i s). Sorbit nie jest uprzywilejowanym cukrem, który jest o wiele lepiej znoszony przez ustrój cukrzycowego chorego, niż inne węglowodany. Słabszy wpływ sorbitu na cukromocz i poziom cukru we krwi zależy od jego gorszego wchłaniania się w jelitach (zniszczenie przez fermentację, działanie przeczyszczające). Wygórowana cena sorbitu, zaburzenia w trawieniu, które może on powodować, są to jego wady, o których niewolno zapominać; sorbit nie posiada natomiast żadnych zalet, któreby usprawiedliwiały zastępowanie nim cukru trzcinowego w żywieniu chorych z moczówką cukrową.

Na posiedzeniu Akademji Lekarskiej w Paryżu z dnia 3 lipca 1934 r. (Presse méd. N. 57/1934) H. G a u d i e r i D é m a r e z mówili o leczeniu rozmaitych zakażeń wśród żylnymi wstrzykiwaniami węgla zwierzęcego. Prelegenci stosowali w 25 przypadkach rozmaitych procesów zakaźnych metodą S a i n t - J a c q u e s (z Montrealu): wśród żylnych wstrzykiwania 2 do 5 cm.³ 2% zawiesiny węgla zwierzęcego (w stanie jak największego rozproszenia). Wstrzykiwania są bezbolesne i nie powodują wstrząsu, ani odczynu gorączkowego. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzało się spadek gorączki co najmniej o 0,5°, który w pomyślnych przypadkach utrzymywał się, a nawet potęgował równoległe do poprawy klinicznej, czasami wręcz zadziwiającej. Węgiel pozostaje bez działania, jeżeli istnieje zatrzymanie wolnej ropy albo ostry proces zakaźny, wymagający jakiegos wkroczenia chirurgicznego. Najlepsze wyniki daje węgiel w rozlanych procesach zapalnych o przewlekającym się przebiegu w organizmach niezdolnych do reagowania albo w ciężkim ostrym przebiegu z tego powodu, że nie prowadzi do wytworzenia wolnego ogniska ropnego.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 6 lipca 1934 r. (Presse méd. N. 57, 1934) L a e d e r i c h i B e r n a r d - P i c h o n pokazywali przypadek pneumokokowego zapalenia otrzewny u dorosłego. Przypadek dotyczył 30-letniej pielęgniarki, której z racji kilku, lekich zresztą, angin wyluszczone całkowicie migdałki. Wietorem w dniu zabiegu zawiąła się nagle gorączka, której towarzyszyły dreszcze, w ciągu 24 godzin obraz chorobowy czynił wrażenie posocznicy, poczem wystąpił typowy obraz pneumokokowego zapalenia otrzewny z gwałtownymi bólami brzucha, wymiotami, biegunką. Zabieg pozwolił wydobyć 2 litry ropny zawierającej masę pneumokoków. Na szczęście okazały się one mało zjadliwymi, gdyż zabijały mvszy dopiero po upływie 10 dni i nie rosły na pożywkach. Chora w końcu wzdrowiała. Przypadek ten jest interesujący z punktu widzenia etiologicznego. Dowodzi on, że nie należy nadużywać całkowitego wyluszczenia migdałków u osób, które przechodziły tylko małoznaczne anginy, w tym przypadku należy przekładać wycięcie ich. Z drugiej zaś strony zapobiegawcze przemysowania kreozotowe, które zdążył swój eszamin w zapobieganiu ponowaczinom powikłaniem pneumokokowym, należy zalecać również przed wyluszczeniem migdałków.

Korespondencja

Medycyna a język międzynarodowy.

(Z okazji Zjazdu T. E. K. A. w Sztokholmie — sierpień, 1934).

W czasie obrad XXVI-go Kongresu Esper. w Sztokholmie odbyła się Konferencja Wszechświatowego Zrzeszenia Lekarzy Esperantystów (T. E. K. A.), która ściągnęła z najodleglejszych zakątków ziemi lekarzy, ożywionych wzniosłą ideą języka międzyn., do pięknej „Wenecji Północy“.

Zadaniem T. E. K. A. jest wprowadzenie powszechnego języka neutralnego do międzyn. życia lekarskiego. Dużo wszakże energii i czasu się traci na tłumaczenia podczas Kongresów Wszechświatowych. Nieznajomość języków oficjalnych uniemożliwia branie udziału w dyskusjach ludziom, mającym nieraz coś istotnego do powiedzenia. Poważnym wynikiem usiłowań T. E. K. A., poczynionych w tym kierunku,

jest uznanie Esperanta za język oficjalny Wszechśw. Ligi Reform Seksualnych, czemu sprzyjało nader przyjazne stanowisko F o r e l a.

Organem T. E. K. A. jest poważne czasopismo naukowe „Internacia Medicina Revuo“ (Uccle, Belgja), które w ciągu swego 11-letniego istnienia zyskało sympatię i poparcie najwybitniejszych przedstawicieli świata lekarskiego, m. inn. C a l m e t t e a, P i r q u e t a, R i c h e t a, B u j w i d a, H. S t r a u s s a i W r z o s k a, którzy weszli w skład Hon. Komitetu Redakcyjnego.

Wśród współpracowników pisma szczególne miejsce zajmują uczeni japońscy (prof. prof. N i s h i, O g a t a, M o c h i z u k i i inni), którzy zamieszczają regularnie obszerny przegląd ich mało dostępnej literatury naukowej.

Wielką zasługą „I. M. R.” jest opracowanie Esp. terminologii lekarskiej oraz wydanie odpowiedniego słownika (Teknika Medicina Vortazo)

Wszelkie poczynania tego rodzaju zasługują na szczególne uznanie, gdyż w miarę rozwoju piśmiennictwa lekarskiego państw (m. inn. Polski), których języki nie są zagranicą rozpowszechnione, kwestia jęz. międzynarodowego staje się coraz bardziej paląca.

Każda nowa, twórcza myśl medyczna obchodzi wszakże w jednakowym stopniu całą ludzkość.

Nasze prawdy są w obecnej dobie niemal jedyne, „nie-

zależne od długości geograficznej”. Zjawiska fizjologii i patologii podlegają tym samym prawom w ustroju faszystowskim i socjalistycznym.

Badacz współczesny traci na naukę języków obcych dużą część swego cennego czasu, w którym mógłby może dokonać doniosłych odkryć naukowych.

Doprawdy, brak czasu na uczenie się zawiliwych reguł ortograficznych u węzłowia tysięcy konających ofiar raka, blagających o niezwłoczną pomoc.

E. E p s z t e j n (Wilno).

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).

(Dokończenie — patrz Nr. 33)

VI. 17-letni uczeń 4 klasy gimnazjum przyrodniczo-matematycznego, pierwsze z czworga dzieci niezamężnego urzędnika, zarówno pod względem zdolności, jak i pracowitości pozostawia wiele do życzenia — dwukrotnie już powtarzał klasę. Sprawozdanie jego jest bez zarzutu, usposobienie mało towarzyskie i skryte. W dzieciństwie cierpiał na padaczkę, a następnie miewał często bóle i zawroty głowy, czasem w nocy zrywał się ze snu. W pewnej chwili, otrzymawszy bardzo złą, bo aż z 7-iu niedostatecznymi, ocenę swych postępów, chłopiec pozbawił się życia, zostawiając kartkę następującej treści: „Wybaczenie rodzice, nie umiałem się uczyć, a kto nie umie się uczyć, nie powinien żyć na świecie”. O wypadku tym wydało opinię b. wiele osób spośród nauczycieli i wychowawców. Ze słów ich wynika, że „chłopiec odznaczał się na tle klasy jako jednostka wybitnie bierna, że nie okazywał żadnego zainteresowania nauką. Zamknięty w sobie, przeciwstawiał się wszelkim próbom nawiązania z nim kontaktu”. Pewnego razu „perswazje o wadze, poczucia zaufania we własne siły zakończył płaczem bez słowa wytłumaczenia”. Jeden z nauczycieli podaje: „zeszłego roku był dość żywy i brał udział w grach i zabawach, uchodził za jednego z dobrych sportowców i był nawet kapitanem drużyny szkolnej. W bieżącym roku b. się zmienił, nie mógł się żyć z kolegami (klasę powtarzał) i na tle b. żywej klasy przedstawiał się biernie. W stosunku do kolegów był obojętny, unikał ich, nie brał udziału w organizowanych przez klasę grach. Znając go z poprzedniego roku, pośmiałem go o lenistwo, a nawet skarciłem”. Dalej zaznacza tenże nauczyciel, że z tego powodu oraz apatycznego wyrazu chłopca, jego niechęci do nawiązania kontaktu z kolegami i t. d. zwrócił się do matki, która jednak nie chciała się zgodzić ze spostrzeżeniami wychowawcy, przekonywała go nawet, że się myli, że chłopiec „jest aż zbyt wesoły, i z tego powodu skarża się na niego”. Jeszcze inny nauczyciel zaznacza, że „uderzały go zawsze” dziwny spokój i niezwykła u tak młodego chłopca obojętność na to, co się dzieje w klasie. W bieżącym roku wykazywał może więcej aktywności, lecz była to raczej aktywność, wymuszona przez siebie samego na sobie samym. W odpowiedziach uderzał ostatnio fizyczny nieomal wysiłek, by zdobyć się na

odpowiedź przy rozpierzchniętych myślach”. Inni nauczyciele wypowiadają mniej więcej to samo zdanie, podkreślają, że „nie brał udziału w lekcjach” i t. d. Widzimy zatem, że nieomal wszyscy nauczyciele wypowiedzieli, prawda, dopiero po śmierci chłopca, że uderzał ich „jego smutny, pełen znudzenia wyraz twarzy” oraz to, że odpowiadał milczeniem na próby nawiązania z nim kontaktu i t. d.

Zdaniem lekarza szkolnego, chłopiec cierpiał na epilepsję. Sądząc z danych, jakimi mogłam rozporządzać, w ciągu ostatnich lat nie miewał on drgawek, zdarzały mu się natomiast osłabienia, omdlenia, trwające sekundy, przypuszczalnie t. zw. petit mal epileptyczny. Czy padaczką, dającą nieraz zmiany w usposobieniu i psychice — prawda zazwyczaj przy cięższych i częstszych atakach — należy objaśnić bezwzględnie chorobę psychiczną dziecka, czy był to może typ cyklotymika o przeważającym, stale nieomal mu towarzyszącym nastroju depresji, pesymizmu, smutku, a w rzadkich tylko bardzo okresach wzmożonego samopoczucia, wyrażających się czy to ożywieniem, jakie okazywał czasami w kierunku sportów i gier szkolnych, czy też tem, że jak matka zaznacza, „był on aż zbyt wesoły, i z tego powodu ludzie się na niego skarżyli”?

Z punktu widzenia praktycznego godne jest zaznaczenia, że ani szkoła, ani zwłaszcza dom nie zdawały sobie sprawy tak długo, że mają do czynienia z jednostką chorą. W rzeczywistości jednak nie jest to tak bardzo dziwne: życie dzieci, nieomal stale znajdujących się w nastroju apatii, smutku, bierności, dość trudno naogół wzbudza uwagę i nasuwa przypuszczenie choroby psychicznej. U dzieci tych nie stwierdza się rażących przejść od smutku do wesołości, nie widać skoków, wykazujących podniecenie, czasem jednak to ostatnie dać znać o sobie w postaci „psich figli”, z powodu których ten i ów może się poczuć dotknięty. W danym przypadku sąsiedzi żalili się na chłopca.

Dodać jeszcze należy, że i tutaj momentem ostatecznym było 7 ocen niedostatecznych na świadectwie, którego chłopiec nie pokazał w domu; wiadomem też jest, że ojciec zagroził mu, że w razie złych stopni odbierze go ze szkoły. Na chorobliwie smutnym nastroju nawarstwiły się zmartwienia, związane z jego życiem szkolnym. Poczucie własnej winy, tak charakterystyczne dla okresu depresji, każe mu napisać „nie umiałem się uczyć, a kto nie umie się uczyć, nie powinien żyć na świecie” i zgodnie z tą myślą przestał żyć.

O ile zjawiska, wykazujące w y r a ż n i e obie fazy cyklotymji nawet w niewielkim stopniu, przy pewnej zdolności obserwacji mogą być zauważone i dać do myślenia, o wiele rzadziej dadzą się dostrzec te, gdzie

poza smutnem zabarwieniem uczuciowem, poza apatią nie obserwujemy ani napadów rozpacz, ani okresów wybujałego ożywienia i podniecenia psychoruchowego. Uchodzi więc uwagi to, że stan jest groźny, że może się skończyć katastrofą. Zresztą, nawet i dwufazowy przebieg, dający wyraźne objawy, rzadko kiedy pozwoli zapobiec katastrofie, nawet, jeśli lekarz zwróci na nie uwagę otoczenia: niedowierzanie, trudności natury materialnej, lęk przed szpitalem o charakterze specjalnym i t. d. czynią, że to, co jest nieraz warunkiem koniecznym zachowania pacjenta przy życiu, np. leczenia w specjalnych zakładach, zrobione nie będzie.

Przytoczone tu przykłady samobójstw na tle chorobliwych konstytucyj wykazują nam rozmaite formy i rozmaite stopnie nasilenia cierpienia, które, oczywiście, czasem tylko prowadzi do targnięcia się na życie. Typy cyklotymiczne należą w życiu do dość pospolitych; z nadwrażliwych rekrutują się często poeci i artyści, którzy, jak o tem wiemy, kładą nieraz własną ręką kres swemu istnieniu. Przy wychowywaniu dzieci obu tych typów, poza pedagogią wychowawczą, która winna uwzględnić, być może, więcej, niż w innych konstytucjach, sprawę opanowania woli i konieczność kierowania się rozumem, może zająć potrzeba obserwacji lekarza-psychiatry: okresy ciężkiej depresji, jak to już zaznaczyłam poprzednio, wymagają leczenia. Istnieje wszak kierunek wśród lekarzy chorób psychicznych, głoszący, że zwalczać depresję—to zwalczać skłonności do samobójstwa. Ważniejszą jednak naogół sprawą jest dbałość o higienę psychiczną, o unikanie tego wszystkiego, co odbija się szkodliwem działaniem powolnem (złe warunki higieniczne, niedostateczna liczba godzin snu, alkohol, narkotyki, syfilis, nikotyna i t. d.), czy też krótkotrwałym wstrząsem na mózg, czyniąc go mniej odpornym na najrozmaitsze ciosy, bez których życie człowieka rzadko tylko może upływać.

Zupełnie innego typu jest wypadek samobójstwa, który teraz omówię, i który również, uważam, że ma prawo być pomieszczony w różańcu przykładów, świadczących o nienormalnej duszy samobójcy.

O ile nie zastanawialibyśmy się nad szczegółami, sama treść, a właściwie przyczyna, acz nie tak znów bardzo banalna — gdyż miłość — nie byłaby ostatecznie niczem tak uderzającym. Ale drogi, jakie wybrała młodociana samobójczyni, by utaić prawdę co do przyczyny zamachu, czas i miejsce wykonania, mające również na celu wprowadzić w błąd otoczenie, następnie samozaparcie w stosunku do ukochanego, idące aż tak daleko, że z obawy przed możliwością dla niego przykrości ze strony jej rodziny, wskazuje jej ona fałszywe ślady i poszlaki—wszystko to jako wyraz silnej i długotrwałej namiętności, a równocześnie i przewrotności, obu cech, niezmiernie rzadko spotykanych w tym stopniu w 17 roku życia,—każe mi uznać samobójczynię za osobę nad wiek już dojrzałą i choćby tem samem uchylającą się od normy.

Oto dane, jakimi rozporządzam: 17-letnia uczennica 6 klasy gimnazjum jest córką ludzi ubogich, źle z sobą żyjących, przytem ojciec jest alkoholikiem. Dziewczynka jest 5-em dzieckiem w rodzinie, dwa miesiące przed popełnieniem zamachu straciła brata. Co się tyczy jej stosunków szkolnych, była ona naogół średnią uczennicą, choć wykazywała nierówność w pracy; sprawowanie jej było bez zarzutu. Acz rzeczywista przyczyna samobójstwa nie była znana w chwili wypełnienia kwestjonariusza, jest tam jednak zaznaczone, że dziewczynka

czynka odznaczała się „wcześnie rozbudzonym erotyzmem”. Pozatem posiadamy o niej niewiele wiadomości: jest naogół mało towarzyska, utrzymuje bliższe stosunki z dwiema tylko koleżankami, specjalnych upodobań czy zamiłowań nie wykazuje. Ostatnio od kilku tygodni jest b. rozdrażniona, co jest kładzione na karb śmierci brata, którego jakoby kochała.

Dziewczynka ta pozbawia się życia w szkole na lekcji, podając w listach jako przyczyny: niepowodzenie w szkole, śmierć brata oraz chęć zaoszczędzenia rodzinie ciężarów, związanych z jej utrzymaniem, tembardziej, że była „słaba” czy też chora na gruźlicę. Wobec tego, że dziewczynka była repetentką, że wykazywała słabe postępy z dwóch przedmiotów, że stosunki rodzinne były złe zarówno pod względem moralnym, jak i materialnym, przyczyny te zostały uznane za rzeczywiste, i w tym duchu poszło zawiadomienie do Ministerstwa Oświecenia.

Istotną przyczynę zadania sobie śmierci przez dziewczynkę, ukażą nam następujące listy, pisane przez nią w wigilię zamachu.

Kochany (imię wymazane) Piszę na naszej ławce. Przyjdź popołudniu tutaj. List znajdziesz pod ławką, na lewym pniu, jest trochę zasypany ziemią, ale sądzę, że go znajdziesz. Jestem tutaj sama. W liście dowiesz się wszystkiego. Żegnaj.

Basia.

Na dowód, że tu jestem, przysyłam ci mój ulubiony liść.

Kochany (imię wykreślone).

Piszę do ciebie ostatni raz. Jutro o tym czasie może zażyję truciznę. Śmiesz się — nie wiem, czy będzie prędko skutkowałą, żebym się tylko długo nie męczyła. Sprzykszyło mi się już życie, tembardziej, że ty wyjeżdżasz, tam będziesz się bawił, może się nareszcie zakochaś w kimś, a ja nie mogę mieć do ciebie żadnych pretensji, bo cóż — nie jestem ani ładna, ani zgrabna, a nie moja wina, że się w tobie zakochałam „serce nie służy”.

Tyś był już od kilku lat mym wymarzonem. Zawsze sobie przedstawiałam mój ideał, podobny do Ciebie. Widocznie był mi przeznaczony taki los — kochać się bez wzajemności.

Wiem, że może posiadałeś dla mnie trochę sympatii, mnie jednak do życia potrzeba było więcej. Ale trudno, przecież to nie Twoja wina, żeś się we mnie nie zakochał. Miłość nie zależy od nas samych, nie możemy się do niej zmuszać. Wiem, że nie mogłabym żyć bez ciebie. Życie bez ciebie nie byłoby dla mnie życiem, ale męczarnią, w której się nawet nie wie, za co się cierpi. Z drugiej strony nie miałabym sumienia stawać Ci na drodze i przeszkadzać w Twoim szczęściu i dlatego postanowiłam skończyć. Nie rób sobie żadnych, najmniejszych wyrzutów, żeś winien mej śmierci (jeśli Ci nawet ktoś śmiało to zarzucić, pokaż mu ten wycinek listu). Tyś naprawdę nie winien — chciałam już wtedy skończyć, gdy dostałeś ostatni mój list — chciałam Cię jeszcze raz widzieć, ale gdy zobaczyłam, odmyśliłam się, a właściwie postanowiłam tylko odwlec.

Teraz jednak mam przy sobie truciznę, a dla zmylenia przyczyny chcę ją zażyć w szkole. Boję się, by Ci nie zarzucono, żeś Ty powodem mej śmierci i dlatego nie pokazuj nikomu całego tego listu, chcę tego dla Twego dobra. Nie masz pojęcia, jak bardzobym chciała, żebyś ty znalazł swoje szczęście, tylko nie takie jak ja, bez wzajemności — i żebyś żył zadowolony i szczę-

śliwy. Jeśli mi to będzie dane, to będę się za Ciebie modlić o to gorąco.

Nie mogłam się nikomu z mych uczuć zwierzyć, ani nawet Ninie, bo śmiała się ze mnie i myślała, że to wszystko mój kaprys... Niech teraz nadal tak myśli.

Za powód mego czynu podam obawę przed zbliżającą się promocją i ogólną niechęć do życia, zresztą, coś jeszcze do jutra wymyślę. Ty jedyny będziesz wiedział prawdę, nie zdradz się z nią, jeśli nie chcesz. Listy Twoje muszę spalić — nie chcę, by u mnie w domu coś podejrzewali. Z wielkim żalem rozstaję się z Twemi fotkami, nie chcę, żeby się dostały w cudze ręce, zwracam Ci je zatem, zachowasz je?

Dziękuję Ci drogi, za wszystkie chwile, któreś mi ofiarował i za to, żeś mi pozwolił się kochać. Nie miałam odwagi powiedzieć, ale ta piosenka „kocham” mówiła prawdę. Pomyśl nieraz o mnie i pomódl się.

Zetgnaj jedyny. Basia.

List przytoczyłam w całości, gdyż jest on, do prawdy, ciekawym dokumentem, godnym zastanowienia z wielu punktów widzenia. Zasługuje na podkreślenie przede wszystkim to, że chorobliwie wybujałe, płonące potężnym ogniem uczucie młoda ta dziewczyna potrafi ukrywać do tego stopnia, że ma prawo przypuszczać (co się okazało słusznym), że nie będzie ono uważane za przyczynę jej śmierci. Do ostatniej chwili myśli o tem, by nie zostało nic takiego, co by mogło na rzeczywisty powód zamachu: pali listy, odsyła fotografie. Czemuż to robi? Może boleśnie urażona ambicja każe jej kryć się z nieszczęśliwym, niepodzielnym uczuciem? Nie, ona oddała tylko na usługi tej burzliwej namiętności, którą określa słowem „miłość”, całą, bezgranicznie wprost wielką dozę samozaparcia, wprzegła w nie wszystkie swe siły, gwoi jemu wyzbycia się elementarnych zasad sprawiedliwości i zastanawia się jedynie nad tem, jakby upozorować samobójstwo w taki sposób, by ukochany z tego powodu nie był narażony na przykrości. Nie istnieje dla niej wzgląd, że przytoczony przez nią nierzeczywisty pozór dla szkoły będzie krzywdą, że, być może, wyrzuty z powodu jej śmierci będą sobie robili rodzice, że może od innych doznają oni z tego powodu przykrości. Wszystko to dla niej nie istnieje, nie widzi ona w orbicie życia nic poza jedną jedyną osobą, za której „szczęście chce się modlić” na tamtym świecie. Tak, nienormalnie wielkie jest to uczucie, nie jest również normalną przebiegłość, jaką przy tej okazji wykazała ta 17-letnia dziewczyna. Zasługuje jeszcze na podkreślenie okoliczność, że przedmiot jej uczucia był, jak pisze, „od kilku lat jej wymarzonem”, a wszak była ona w tym wieku, w którym momentów rozpraszających jest bardzo wiele, w którym usposobienie jest zasadniczo sangwinczne, wytwarzające silne, niekiedy nawet o mocnem natężeniu, lecz niezbyt długotrwałe jednak reakcje uczuciowe.

Niezależnie od podanej interpretacji nasuwa się jeszcze inne, mniej, zresztą, prawdopodobne tłumaczenie nienormalnej psychologii dziewczynki. Acz na pierwszy rzut oka byłibyśmy skłonni przyjąć, że miłość jej do ukochanego była b. silna, gdyż życie bez niego wydawało się jej męką, że miłość ta była połączona z dużym samozaparciem, gdyż w ostatnich godzinach myśli ona przede wszystkim o tem, żeby zabezpieczyć młodzieńca przed możliwymi z racji jej śmierci przykrościami, że miłość ta była bez wzajemności, i to po-

pchnęło dziewczynę do ucieczki ze świata, po namyśle nie można odrzucić, że sprawa mogła się zupełnie inaczej przedstawiać.

„Jutro o tym czasie może zażyję truciznę” — „Śmiejesz się” — pisze dziewczyna do ukochanego. Słowa te mogą nasunąć przypuszczenie, że nieraz już mówiła mu ona, że myśli o odebraniu sobie życia, że się do tego może przyzwyczaił, nie brał poważnie tych słów, w przeciwnym razie jest wątpliwem, by mógł śmiać się, czytając jej list.

Jeśli, pomimo że podobne rozmowy nie mogły, oczywiście, nie sprawiać mu przykrości, widywał się jednak z nią i korespondował, być może, robił to nie tylko przez litość, ale i dlatego, że ją lubił, że miał dla niej sympatię, która przy sprzyjających okolicznościach, kto wie, możeby mogła przejść w miłość, zwłaszcza, że serce jego było wolne.

Nie jest też wyłączone, że, pomimo że dziewczynka zaznacza, że młodzieniec ten był „od kilku lat jej wymarzonem”, należy raczej to rozumieć, że jako typ odpowiadał on jej ideałowi, mogli się natomiast znać od niezbyt dawna. O ile sprawa tak się właśnie przedstawiała, możliwe, że nie była ona jeszcze przegrana, że dziewczyna ta w imię swej miłości mogła być walczyć, dążyć, by uczucie jej przestało być beznadziejne, niepodzielone. Również i samozaparcie dziewczyny, jej pamięć w ostatnich chwilach życia o zabezpieczeniu ukochanego od możliwych z racji jej śmierci zarzutów traci na sile przy rozpatrywaniu rzeczy w następujący sposób: pisząc w liście, że życie bez ukochanego byłoby dla niej męczarnią, poniekąd czyni go ona, prawda, nie przypisując mu najmniejszej za to winy, sprawcą swej śmierci. Widocznie nie zdaje sobie sprawy, że sumienie prawdopodobnie będzie mu czyniła stokroć silniejsze wyrzuty. Gdyby nie wiek dziewczynki, która miała dopiero 17 lat, możnaby przypuścić, że mamy tu do czynienia z pozą, o której myśl nasuwają poniekąd te słowa listu, gdy radzi ona młodzieńcowi, by nie pokazywał nikomu całego jej pisma, a jedynie te jego ustępy, w których wyraźnie ona podkreśla, że nie jest on w najmniejszym stopniu winny jej śmierci.

W ostatniej chwili życia uczennica potrafiła widocznie tak dobrze odegrać wyznaczoną sobie przez samą siebie rolę, że władze szkolne uznały wysunięte przez nią przyczyny za rzeczywiste. W jakich warunkach istotna przyczyna zastała wykryta — nie jest mi wiadomo, nastąpiło to dopiero w dobre kilka dni później.

Wypadek ten jest godny uwagi także i z tego względu, że popiera on poprzednio już wypowiedziane przezemnie zdanie, że bywa nieraz bardzo trudno znaleźć rzeczywistą przyczynę samobójstwa. Zazwyczaj jednak w tych wypadkach przedśmiertne listy samobójców, o ile nie jest w nich zaznaczone wyraźnie: powód jest wiadomy mnie tylko samemu, są środkami, ułatwiającymi wykrycie prawdy. W tym wypadku było jednak odwrotnie.

Na zakończenie przytoczę dwa jeszcze wypadki, które nie są samobójstwem, lecz śmiercią wypadkową, zadaną sobie przez dziecko. Wobec tego jednak, że wypadki te są uwarunkowane przez nienormalną, zdaniem mojem, psychę, pozwalam sobie w paru słowach je tu omówić, acz, jak to już zaznaczyłam, nie są to samobójstwa.

Wypadek I. 13-letni uczeń 6 klasy szkoły powszechnej, syn robotnika kolejowego, młodsze z dwojga

dzieci, a ostatnio jednak, jest chłopcem, nie wykazującym w stosunkach szkolnych żadnych cech nienormalnych. Uczy się nieźle, jest średnio zdolny. Lubi bardzo widowiska kinowe, stara się często na nich bywać. Pewnego dnia, nazajutrz po bytności w kinie, gdzie widział scenę, w której artysta na ekranie zakładał sobie pętlę, znajdują go martwego z pętlą na szyi. Podobno już poprzednio w zabawach zakładał nieraz sobie i kolegom sznur na szyję, przyczem lubił wypytywać następnie kolegów o uczucia, jakich przy tem doznawali.

W wypadku II ofiara była jeszcze młodsza: chłopiec miał tylko 11 lat, był, jak i poprzedni, wielkim zwolennikiem kina. Było to dziecko leniwe, dokuczliwe i nerwowe, w dzieciństwie cierpiało na drgawki. I w tym wypadku śmierć nie została wyjaśniona, lecz i tu przypuszczalnie naśladownictwo odegrało wielką rolę: chłopiec słyszał o poprzednim wypadku i chciał pewnie spróbować pociągającej go zabawki z pętlą. I tu i tam zatem śmierć nie była przypuszczalnie brana w rachubę przez dzieci, nie są to więc wypadki samobójstw i nie miałyby prawa być tu pomieszczone. Dowodzą one jednak chorej psyche: nie może chyba być normalne dziecko, którego ciekawość i zainteresowanie są przez zjawisko śmierci pobudzone do tego stopnia, że nie może się ono oprzeć, by na sobie samem, czy też na kolegach nie

robić doświadczeń. Prawda, słabnie nieco to twierdzenie odnośnie do patologicznej natury dziecka, gdy sobie uprzytomnimy, że byli to chłopcy w tym wieku, gdy sugestia odgrywa wielką rolę, gdy zdolności krytyczne nie są rozwinięte, a fantazja lubuje się w obrazach niecodziennych, dziwacznych. Wypadki te nasuwają ponownie myśl, jak potężną i zarazem obosieczną bronią jest naśladownictwo, jak wielkie może ono dawać korzyści, i jak wielkie wyrządzać krzywdy.

Na zakończenie zaznaczę jeszcze, że spostrzeżenia te, dotyczą samobójstw psychopatycznej młodzieży, stanowią konieczne uzupełnienie poprzedniej pracy. Materiał, jakim wtedy rozporządzałem, acz upoważnił mnie do wypowiedzenia przypuszczenia, że w 18 — 20 procent młodociani samobójcy w chwili popełnienia zamachu nie byli zdrowi psychicznie, a przynajmniej nie rozporządzali pełnią władz psychicznych, nie dawał mi dostatecznych danych do szczegółowego omówienia sprawy chorobliwych konstytucyj, uspasabiających do samobójstwa. Bez obecnego dopełnienia mogłoby to wpłynąć na wyrobienie sobie przez czytającego poprzednią tylko pracę zdania, że nieomal wyłączną przyczyną samobójstw młodzieży bywa bieg życia w związku z warunkami domowemi, szkolnemi i jednymi i drugimi i t. d.

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).

(Dokończenie — patrz Nr. 33)

Przechodzimy obecnie do motywacji samobójstwa.

Rodzaj motywacji samobójstwa ma niezmiernie doniosłe znaczenie dla poznania indywidualności samobójcy, wzgl. kandydata na samobójcę. Ale musimy sobie uświadomić, że motywy, podane przez człowieka odbierającego sobie życie, są w gruncie rzeczy reakcjami na głębiej nurtujące dążenia.

Z różnych stron czyniono próby, by otrzymać możliwie przejrzyste i celowe ugrupowanie motywów samobójstwa.

Hersefeld w swojej analizie, przeprowadzonej nad 1114 przypadkami samobójstwa, rozróżnia następujące grupy:

1) Mniejsza grupa samobójstw bez jakiegokolwiek motywacji — są to przeważnie samobójstwa popełnione przez notorycznie chorych i alkoholików.

Na powyższą grupę przypada zaledwie 9,2%.

2) Samobójstwa osób o niestalej konstytucji psychicznej 25,8%.

3) Samobójstwa, popełnione w afekcie, jako czyn impulsywny, przez osoby normalne (37,4%).

4) Tak zwane samobójstwa „bilansowe”, będące wynikiem świadomej i celowej rozważi (27,6%).

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

Natomiast Grzywo-Dąbrowski daje nam nieco odmienne ugrupowanie. Opierając się na materiale 1042 przypadków samobójstw z różnych miast i miasteczek Warszawskiego Okręgu Apelacyjnego, dochodzi on do wniosku, że najszerszą przyczyną samobójstwa są najrozmaitsze stany psychopatologiczne. Na czoło wysuwają się: Depresja, choroby psychiczne, stan upicia — 34%. Na drugim miejscu idą rozmaite stany afektywne (t. zw. tło psychologiczne) które dały 30%. Dalej mamy grupę przyczyn natury erotycznej, jak zawód miłosny, porzucenie przez kochankę, przeszkody w małżeństwie i temu podobne — 15%. Na czwartym miejscu znajduje się grupa przyczyn materialnych — 12%. Wreszcie grupa piąta — różne choroby fizyczne — 7%.

Siebert, opierając się na materiale zakładu psychiatrycznego w Libawie, daje ugrupowanie przyczyn samobójstwa w granicach tylko chorób psychicznych. Podług tego ugrupowania przyczyną samobójstwa najczęściej bywa melancholia — 41%. Znacznie mniejsze znaczenie ma dementia praecox — 26%, dalej alkoholizm 9,5%, porażenie postępujące — 6,7%, psychopatia — 5,4% i kiła mózgu — 4,1%.

Feder n przeprowadza wyraźną granicę między skłonnością samobójczą osób depresyjnych z jednej strony, a także skłonnością różnego rodzaju nałogowców z drugiej strony. Człowiek, dotknięty depresją, widzi winę swych cierpień w samym sobie, i popełniając samobójstwo, zwraca się przeciwko defektowi psychicznemu, tkwiącemu we własnej osobie. Inaczej nałogowcy wszelkiego rodzaju, jak narkomani, pyromani i inni, którzy wolą raczej umrzeć, aniżeli poddać się konieczności zrezygnowania ze swych nałogów.

Melancholik cierpi z powodu tego, co utracił, narkoman zaś z powodu niemożności zdobycia tego, co

uważa za konieczny warunek swego istnienia. Pierwszy nie znosi siebie samego, drugi świata.

Warto jeszcze przytoczyć tu klasyfikację, jaką przeprowadza K u h r z punktu widzenia psychologii indywidualnej, a mianowicie:

1) Skłonność do samobójstwa, której towarzyszy nieokreślone dążenie do uciekania z tego świata.

2) Skłonność samobójcza, jako chęć zniszczenia swojej małowartościowej jaźni (Menderwertigkeitsegefühl Adlera);

3) Samobójstwo, jako zwycięstwo nad realną rzeczywistością, przed którą nasze małe J a nie chce się upokorzyć.

Co się tyczy samobójstw wśród dzieci, to jest to temat specjalny, zasługujący na osobne rozpatrzenie. Tu ograniczymy się do zaznaczenia, że dominującym motywem czynu samobójczego w wieku dziecięcym i młodzieńczym jest strach przed karą, wzgl. chęć zemśczenia się na rodzicach, nauczycielach oraz innych opiekunach. W tym wypadku odgrywa też nie małą rolę uczucie zadowolenia, związane z wyobrażeniem cierpienia, jakie czyn samobójczy zada opiekunom.

Należy zaznaczyć, że samobójstwo przez zemstę jest wogóle zjawiskiem bardzo częstym, jest to jakby bunt wobec tych, którzy pozostają przy życiu. Najczęściej obserwujemy to zjawisko u ludzi o chorobliwie rozwiniętej ambicji, którzy w ten sposób mszczą się za wyrażone im faktycznie lub nawet tylko za urojone krzywdy.

Zdarzają się jednak i przypadki samobójstwa nieumotywowanego i automatycznego, są to zwłaszcza przypadki nieopanowanych motorycznych wyładowań, które najczęściej mają miejsce w schizofrenji i padaczkę. Takiego rodzaju samobójstwo bywa również następstwem reakcji przypadkowej u osób, dotkniętych pewnym niedorozwojem umysłowym, jak wogóle u jednostek, u których motywacja intrapsychiczna instynktów nie ma miejsca. W tych nieumotywowanych samobójstwach wybitną rolę odgrywa konstelacja somatyczna, wzgl. właściwości konstytucjonalne, które są dziedziczne. Obecność konstytucjonalnego podłoża w samobójstwach została też potwierdzona statystycznie. Samobójstwa bowiem nie rzadko występują jako zjawisko rodzinne; najczęściej ma to miejsce w okresach, kiedy hormony organów rozrodczych wykazują powiększoną lub anormalną działalność. Do powiększenia liczby nieumotywowanych samobójstw przyczynia się również ostra intoksykacja alkoholowa lub alkoholizm chroniczny przy odpowiedniej intolerancji.

Do tejże kategorii samobójstw nieumotywowanych zalicza się również przypadki, które nastąpiły po urazach mózgowych, po *commotio cerebri* i po udarze słonecznym.

Powszechnie znana jest skłonność do samobójstwa u osób, dotkniętych złośliwymi nowotworami. Krótki ból śmierci zwycięża ból chroniczny. Również ból może spowodować motoryczne wyładowania i nieopanowane, nieumotywowane czyny. Bieg amokowy u dzikich plemion niewątpliwie bywa reakcją na ból, ból, który zmusza chorego do gwałtownej ucieczki i walki z przypadkowo spotykanymi na drodze ludźmi, i który w następstwie doprowadza zwykle tego chorego do pozbawienia się życia.

Przechodzimy do zagadnienia skłonności do samobójstwa, uwarunkowanej przeżyciami psychicznymi. Tu do głosu dochodzi jaźń samobójczy, wступujemy bo-

wiem na teren, gdzie nieokreślone przeżycia otrzymują swoją motywację od samego podmiotu czynu samobójczego. Jaźń nie stała się jeszcze jednostką automatyczną, w niej jeszcze trwa walka, wewnętrzna rozterka, wzajemny bunt poszczególnych czynników. Samobójstwo w tym wypadku występuje jako reakcja na konflikt intrapsychiczny. To, czego nam dostarcza życie, wydaje się nam gorsze od tego, co kryje w sobie śmierć. Liczba motywów jest przy tem nieograniczona. Samobójstwo występuje raz jako zemsta, drugi — jako skrucha, samobiczowanie lub też jako identyfikacja z osobą znieawidzoną. Dla neurotyka samobójstwo jest poniekąd odpłatą a zarazem i odkupieniem zachodzących w nim konfliktów. Cechą charakterystyczną tej skłonności jest bierność w sposobie rozwiązania konfliktu, wybór linii najmniejszego oporu. Strach przed życiem odnosi zwycięstwo nad strachem przed śmiercią. Takie rozwiązanie wewnętrznego konfliktu obserwujemy u przeważającej części kandydatów na samobójców. K r a e p e l i n mówi o 70%. Według późniejszych statystyk przewaga, o ile chodzi o przyczynę samobójstwa, również leży po stronie stanów psychopatycznych i histerycznych. Tak, czy inaczej, warunkiem koniecznym jest, by instynkt samozachowawczy, i tak już osłabiony, został ostatecznie pokonany. W tych przypadkach interwencja lekarza może się okazać bardzo skuteczną, ponieważ większość chorych tej kategorii w głębi duszy pragnie wyzdrowienia.

Do oznaczonej kategorii zalicza się też poprzednio wspomniany „s z a n t a ż s a m o b ó j c z y”.

Zamach samobójczy odgrywa tu poniekąd rolę wybiegu, zapomocą którego można sprowokować, a nieraz nawet i zdobyć pomoc we właściwej chwili. Zwykłym bezpośrednim powodem samobójstwa są w przypadkach tego rodzaju trudności materialne.

Jako lekarze badamy zazwyczaj bezpośrednio sytuację psychiczną chorego, będącą ostatecznym wynikiem długotrwałych procesów intrapsychicznych, a czynimy to dlatego, że indagacja osobista chorego jest wkońcu dla nas najprostszym i najbardziej bezpośrednim sposobem badania stanu psychicznego. Ten rodzaj rozpoznania, polegający na zbadaniu tego, co chory faktycznie przeżywa, jest również jedną z gwarancji obiektywności diagnozy.

Wiadomo, że każda depresja stanowi kompleks różnych nastrojów i reakcji, którego głównymi składnikami są reakcje psychiczne, wzgl. uraz emocjonalny. Ta reakcja psychiczna musi jednak być dla nas zrozumiałą, musi stanąć przed naszą świadomością jako motyw dostępny dla naszej myśli. Analiza depresji ma dla naszych celów największe znaczenie, depresja bowiem najczęściej idzie w parze ze skłonnością do samobójstwa. Możemy nawet powiedzieć, że bez depresji niema skłonności do samobójstwa. Depresja może być reaktywna lub niereaktywna, tak zwana samoistna, lecz wyraźnej granicy między tymi dwiema postaciami przeprowadzić się nie da. Tak np. zmęczenie o charakterze egzogennym może wywołać nienormalną wrażliwość psychiczną, i byle jaki, choćby niewiele znaczący motyw może w następstwie utorować drogę depresji.

Do tej samej kategorii należą też indywidualne samobójstwa reaktywne, t. zw. samobójstwa na tle konfliktu. Takie indywidualne samobójstwa znikają prawie zupełnie z chwilą, kiedy skłonność do samobójstwa nabiera charakteru zjawiska masowego.

Wojny też można poniekąd rozpatrywać jako zjawisko samobójstwa masowego. Entuzjastyczne porywanie się do walki orężnej możemy w wielu wypadkach interpretować jako nieświadome pragnienie rzucenia się w objęcia śmierci. Podczas ostatniej wojny światowej wypadki samobójstwa indywidualnego, jak już było zaznaczone, zdarzały się bardzo rzadko.

Wracając do indywidualnej skłonności do samobójstwa, chcielibyśmy odnotować niektóre zjawiska charakterystyczne.

W początkowych okresach schizofrenji ze stanami depresyjnymi, kiedy się osobowości chorego świat cały wymyka, kiedy mu się zdaje, że realna rzeczywistość dokoła niego się rozpada, taki schizofrenik znajduje w samobójstwie wyzwolenie. Ostatnią formę samobójstwa spotykamy również podczas przesilenia okresu dojrzewania płciowego o zabarwieniu schizofrenicznym, jako reakcję na uczucie samotności na tym świecie. Uczucie, że się jest opuszczonym przez wszystkich, jest przeżyciem charakterystycznym dla okresu dojrzewania takiego typu młodzieńca. Jest to lęk przed światem, a nieraz gotowość cierpień „z a m i l j o n y” (Weltangst i Weltschmerz), tak charakterystyczne dla okresu dojrzewania płciowego. Uczucie, doznawane przez takiego młodzieńca przed samem dojściem jego świadomości do stanu pełnowartościowej jednostki, jest uczuciem idealisty, któremu jego ideały się wymykają, i który nie widzi żadnego celu w życiu.

Jeśli chodzi o skłonność do samobójstwa, rokowanie nie zawsze jest pewne, gdyż stoimy przed dylematem, czy dojdzie do czynu, czy też — skłonność do samobójstwa zaniknie. Wybór drogi właściwej będzie zależał od zdolności wniknięcia w istotne motywy czynu, od znajomości możliwie dokładnej ich subtelnych odcieni i wielorakich postaci.

Niebezpieczeństwo jest największe w przypadkach depresji samoistnej. Lecz i w depresji reaktywnej napotykamy nieraz czynniki nieobliczalne. Dawny pogląd, że ten, kto dużo mówi o własnym samobójstwie, nigdy go nie popełni, stanowczo nie daje się utrzymać. Zwykły przypadek może nieraz odegrać tu rolę decydującą. Czy dojdzie do czynu, czy nie — zależy to często od możliwości, jakie los przypadkowo podsunie pod rękę kandydatowi. Wielu kandydatów do samobójstwa, którzy powzięli swoje postanowienie pod wpływem konfliktu, bez trudu dają się nieraz odwieść od powziętego zamiaru. Tej też okoliczności przypisuje się dobre wyniki, osiągnięte w różnych poradniach dla samobójców. Pomoc, którą okazujemy człowiekowi zrozpaczonemu, przesłania mu często spotykany przez niego w społeczeństwie brak miłości i zainteresowania się jego losem, brak, który aż nadto często staje się powodem czynów samobójczych.

Neurotyk, dotknięty ideą natrętną o samobójstwie, nie popełni go wskutek ciągłych wahań i wątpliwości, jakie w nim budzą możliwe trudności w wykonaniu tego czynu. Inaczej się ma rzecz, gdy chodzi o histerika. Aczkolwiek jest on bardziej skłonny do symulacji, to jednak w znacznie większym stopniu, niż każdy inny kandydat do samobójstwa, podlega działaniu chwilowych impulsów.

Psychiatra zakładowy, znajdujący się w stałym kontakcie z większą liczbą przypadków depresji, bardziej skłonny jest do uciekania się do środków drastycznych, mających na celu uchronienie powierzonych jego pieczy pacjentów od niebezpiecznych czynów. Niezawwsze jednak takie środki dają pożądane wyniki, zwłaszcza, gdy się ma do czynienia z osobnikami o rozwinętym poczuciu własnej godności. Tacy chorzy zareagują na brutalną interwencję zzewnątrz spotęgowaną depresją. Sama już obserwacja nawet przez czas krótki w ściśle zamkniętym zakładzie może się przyczynić do tego, że doznane przez takiego chorego w zakładzie przeżycie, nabiera u niego cech trwałego szoku urazowego, mogącego właśnie sprowokować czyn samobójczy. W tych przypadkach lekarz, jak już raz zaznaczyłem, musi się pogodzić z nieuniknionym ryzykiem, związanym z ewentualnością samobójstwa. W tym ostatnim przypadku szczególnie wskazana jest dbałość o stworzenie odpowiedniego otoczenia dla chorego. Chory tego typu bywa bowiem niezwykle wrażliwy na najsubtelniejsze odcienie w traktowaniu go przez otoczenie — odcienie nieraz nawet dla tego otoczenia nieuchwytnie. — Wystarczy, by taki chory uchwycił w ruchach lub spojrzeniu swych bliskich obojętność względem siebie, by od razu zostały usunięte wszystkie wewnętrzne hamulce, znajdujące się na drodze do wykonania czynu samobójczego. Dlatego też życie stawia nieraz psychiatrę przed niezmiernie trudnym i kłopotliwym zadaniem wyjaśnienia, czy i w jakiej mierze w danym otoczeniu istnieje nieświadome pragnienie, by możliwość samobójstwa stała się faktem, inaczej mówiąc, by czyn samobójczy został wykonany.

Ale w świecie samobójców spotykamy się i z odwrotnym zjawiskiem: człowiek odbiera sobie życie dlatego, że świadomie lub nieświadomie pragnął pozbawić życia znenawidzonego przeciwnika. Oba te biegunowo przeciwne zjawiska łączą się w jedną całość w paradoksalnie brzmiącym, lecz głębokim aforyzmie:

„Ten tylko siebie zabija, kto pragnie zabić drugiego, ale też tylko ten siebie zabija, czyjego śmierci pragnie drugi”.

W otchłani duszy samobójcy wszystko jest możliwe.

Wiadomości bieżące

— D. 4 b. m. odbyło się otwarcie IX Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w obecności pana Prezydenta Rzeczypospolitej. Program otwarcia obejmował przemówienia: p. Ministra Opieki Społecznej, p. Wiceministra Dra Piestrzyńskiego, prezesa Zjazdu, oraz Sekretarza Generalnego Międzynar. Zw. Przeciwgruźl. W przerwie pomiędzy przemówieniami i po ich zakończeniu orkiestra Filharmonji wykonała kilka utworów muzycznych Chopina, Karłowicza i Moniuszki.

— W Szpitalu Starozakonnych na Czystem zostali mianowani ordynatorami: oddziałów wewnętrznych koledzy Landsberg, członek redakcji naszego pisma, i Jochweds, oddziałów chirurgicznych koledzy Szperikohan. Nowomianowanym pp. ordynatorom życzymy owocnej pracy.

— Z Państwowej Szkoły Higieny. Dnia 1 października 1934 r. rozpoczęło się w Państwowej Szkole Higieny, organizowany w porozumieniu z Departamentem Służby Zdrowia Min. Op. Społ. IX kurs Higieny Publicz-

nej. Na kurs przyjmowani są, poza kandydatami, delegowanymi przez władze państwowe i samorządowe również lekarze wolnopraktykujący, którzy zamierzają poświęcić się pracy administracyjnej i społecznej. Mogą być również przyjmowani lekarze, pragnący zapoznać się jedynie z poszczególnymi działami programu. Program kursu obejmuje działy następujące: I. Bakterjologia, nauka o odporności, serologia i zoologia lekarska. II. Epidemiologia i statystyka. Diagnostyka ostrych chorób zakaźnych. III. Inżynieria sanitarna. IV. Higiena żywienia. V. Higiena pracy. VI. Higiena społeczna i administracja sanitarna. VII. Medycyna i psychiatria sądowa. Kurs trwać będzie 6 miesięcy. Uczestnicy kursu po jego ukończeniu składają egzamin państwowy. Podania o przyjęcie na kurs przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny — Warszawa, ul. Chłocińska 24.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	15/VII— 21/VII	22/VII— 28/VII	29/VII— 4/VIII	5/VIII— 11/VIII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	245 (21)*	329 (28)	321 (30)	452 (23)
Dur rzekomy	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Dur osutkowy	30 (2)	45 (3)	20 (1)	20 (0)
Dur powrotny	4 (2)	0	1 (0)	2 (0)
Czerwonka	138 (12)	170 (8)	231 (23)	634 (28)
Płonica	290 (13)	273 (4)	293 (7)	310 (12)
Błonica	223 (8)	209 (18)	230 (11)	272 (10)
Zapal. op. mózgu	8 (5)	6 (2)	13 (2)	8 (2)
Odra	236 (8)	204 (1)	176 (1)	163 (4)
Róża	108 (3)	97 (8)	60 (2)	84 (3)
Krzusiec	125 (5)	124 (2)	103 (3)	153 (4)
Malaria	8 (0)	5 (0)	16 (0)	5 (0)
Posoczn. polog.	41 (9)	33 (6)	30 (7)	36 (5)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	368 (0)	331 (0)	211 (0)	319 (0)
Wąglik	2 (1)	3 (0)	3 (2)	0
Nosaczka	0	0	0	0
Włośnica	0	1 (0)	0	0
Wścieklizna	0 (1)	0	0 (1)	0
Zatr. jad. kielb.	10 (0)	0 (1)	0	2 (0)
Chor. Heine-Medina	1 (0)	3 (0)	3 (0)	6 (0)
Twardziel	21 (0)	1 (0)	0	0
Inne choroby zakaźne	22 (5)	39 (3)	18 (2)	15 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony

— KONKURS. Zwróciła się do nas fabryka chemiczno - farmaceutyczna „GEO” w Warszawie z propozycją ogłoszenia szeregu konkursów, mających na

celu sprawdzenie wartości klinicznej i terapeutycznej leków produkcji krajowej. W dążeniu do zaznajomienia ogółu lekarzy z nowymi zdobyczami lecznictwa chemicznego i uznając ważność popierania własnego przemysłu chemiczno - farmaceutycznego, redakcja naszego pisma propozycję firmy „Geo” przyjęła i w porozumieniu z nią ogłasza konkurs na temat: „Anjon rodanowy (CNS) i Teobromina w leczeniu nadciśnienia”. Warunki konkursu: 1) Udział w konkursie brać mogą wszyscy lekarze, uprawnieni do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim. 2) Prace muszą być oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, wykonanych w instytucji odpowiedzialnej (pracownia uniwersytecka, oddział szpitalny i t. p.), i uwzględnić piśmiennictwo polskie i obce. 3) Prace winny być napisane bardzo czytelnie (możliwie na maszynie), na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace należy nadsyłać do Redakcji Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego (Sienkiewicza 12) w trzech identycznych egzemplarzach najpóźniej do dnia 31 grudnia r. b. Razem z pracą należy przesłać zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz tem samem godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 4) Wyniki konkursu podane zostaną w pierwszym kwartale r. 1935 w Warsz. Czasop. Lek. Prace nagrodzone zostają własnością firmy „Geo”, która ma prawo ogłosić je drukiem. 5) Skład Sądu Konkursowego stanowią 4 członkowie Komitetu Redakcyjnego Warsz. Czasop. Lekarskiego i jeden przedstawiciel Działu Naukowego firmy „GEO” — z prawem kooptacji. 6) Za najlepsze prace przyznane będą 2 nagrody: I nagroda w wysokości zł. 450.—, II nagroda w wysokości zł. 250. 7) W razie, gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody pierwszej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, Sąd Konkursowy ma prawo albo ponownie ogłosić konkurs albo podzielić nagrodę na mniejsze części. Te same uprawnienia dotyczą drugiej nagrody. 8) Potrzebne do przeprowadzenia badań próby i leki wyśle Fabryka „GEO”, Warszawa Żelazna 56, tel. 509-89.

— Jak donosi „Pharmazeutische Zeitung”, jedna z najbogatszych rodzin japońskich ofiarowała nauce japońskiej 5 gr. radu. W ten sposób Japonia zajmuje pod względem ilości rozporządzalnego radu po Ameryce i Francji trzecie miejsce. Pobudką do złożenia na ołtarzu nauki tak wspaniałego daru była okoliczność, że dwóch członków owej rodziny zostało dzięki radowi wyleczonych z raka.

TREŚĆ: L. JELENKIEWICZ. Zaburzenia dyskinetyczne pozawątrobowych dróg żółciowych (Dok.). — J. SZPER. Postępowanie chirurgiczne i jego wyniki w kamicy żółciowej (Dok.). — M. SZENFELD. Niezwykły przypadek jednostronnego wytrzeszczu gałki ocznej zapalnego pochodzenia w przebiegu ostrego zapalenia nerek u dziecka. — N. PIANKÓWNA. Pachymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt (Str. pugl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Przyczynek do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego za okres 1930—1932 r. (Dok.). — R. BECKER. O skłonności do samobójstwa (Dok.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JELENKIEWICZ. Troubles dyskinétiques des voies biliaires extra-hépatiques (fin). — J. SZPER. Le procédé opératoire et ses résultats dans la lithiase biliaire (fin). — M. SZENFELD. Un cas extraordinaire d'exophtalmie unilatérale d'origine inflammatoire au cours d'une néphrite aiguë chez un enfant. — N. PIANKO. Pachyméningite hémorrhagique interne chez les enfants (Rev. gén. suite). — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Contribution à la psychologie et psychopathologie de jeunes suicidés (fin). — R. BECKER. Sur la disposition au suicide (fin).

SAL DIETETICUM
SINE CI¹ Br¹ J¹ N¹
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO

WARUNKI PRENUMERATY:

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