

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XIV

WARSZAWA, 4 LUTEGO 1937 R.

Nr. 5

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału wewnętrznego B szpitala im. Poznańskich
(Ordynator: Dr Henryk Kryszek).

O zgłębnikowaniu dwunastnicy.*

Podał
Dr L. REZNIK (Łódź).

Kussmaul wprowadził do kliniki systematyczne badanie treści żołądkowej; potem rozpoczęto próby wydobywania treści dwunastniczej. Boas przez masaż jelit dążył do wprowadzenia treści dwunastniczej do żołądka. Wyniki były, oczywiście, niedostateczne. Pierwsze dokładniejsze badania treści dwunastniczej zostały uskutecznione przez Boldyreffa i Volharda (1904). Autorzy podawali chorym 20 gr oliwy, która po pół godzinie powodowała cofanie się treści dwunastniczej do żołądka, skąd ją wydobywano za pomocą zgłębnika. Rozumie się, że treść dwunastnicza była z reguły zmieszana z treścią żołądkową. Dopiero Einhorn (1906), dzięki zastosowaniu swego zgłębnika, wydobywał treść dwunastniczą bezpośrednio z dwunastnicy.

Zgłębnikowanie dwunastnicy posiada, jak wiadomo, podwójne zastosowanie: 1) rozpoznawcze i 2) lecznicze. Wszelkie schorzenia dróg żółciowych wymagają, obok badania klinicznego, szeregu badań dodatkowych, do których zaliczamy w pierwszym rzędzie badanie treści dwunastniczej.

Normalna treść dwunastnicza jest przezroczysta, koloru żółtego z odcieniem złotym, lepka i ciągnąca się. Odczyn treści — zasadowy lub obojętny. Otóż w stanach zapalnych dróg żółciowych treść dwunastnicza zmienia swe własności i rozpoznanie rodzaju schorzenia uzależnione jest często od dokładnego jej zbadania. Różniczkowe rozpoznanie pomiędzy kamicią żółciową a zapalnym stanem pęcherzyka żółciowego opiera się w dużym stopniu na różnicy otrzymywanych wyników. W przypadkach kamicy żółciowej treść dwunastnicza jest zielonkawa, mętna, bardzo lepka i gęsta; zawiera poza tym niekiedy widzialne już gołym okiem kryształki cholesteryny. Wykrycie w żółci pasożytów (lamblii) jedynie umożliwia ustalenie właściwego rozpoznania. Uda się niekiedy wyodrębnić z treści dwunastniczej poszczególne drobnoustroje. Należy wówczas unikać przy-

padkowych zanieczyszczeń (gotowanie zgłębnika w ciągu godziny w autoklawie do temperatury 110°; oliwa winna być pokryta wyjałowioną żelatyną). Petri, Weber, Weil-Hallé, Labbé i wielu innych wyhodowali w ten sposób zarazki duru i paraduru; Libert wyhodował z treści dwunastniczej laseczniki Kocha.

Poza ogólnym badaniem żółci badanie frakcjonowane posiada duże znaczenie dla różniczkowania chorób dróg żółciowych. Do najpopularniejszych tego rodzaju badań zaliczyć należy próbę t. zw. Meltzer-Lyona, polegającą na wywoływaniu odruchu dwunastniczo-pęcherzykowego przez wprowadzenie do dwunastnicy 20—30 cm³ 30% roztworu siarczanu magnezu, oraz próbę Steppa (*magnesium sulfuricum* zastąpione przez 5—10% roztwór peptonu Wittego). Otrzymuje się w ten sposób trzy rodzaje żółci: A, B, i C, przy czym nie bez zastrzeżeń przyjęte jest, iż żółć A pochodzi z przewodów żółciowych, żółć B jest czysto pęcherzykowego pochodzenia, żółć C zaś mieszaniną żółci wątrobianej i wydzielin dwunastnicy. Z innych prób na uwzględnienie zasługują: próba Volharda, polegająca na wprowadzeniu do dwunastnicy 20 cm³ ciepłej oliwy; podanie 2 cm³ hipofizyny, względnie pituitryny podskórnie; jest to zarazem najskuteczniejszy środek, wywołujący opróżnienie pęcherzyka żółciowego; próba histaminowa: ½ cm³ podskórnie. Stosowanie histaminy powoduje często objawy uboczne, jak duszność i sinicę wskutek skurczu drobnych oskrzelików.

Badanie żółci B, która normalnie jest koloru ciemno-brązowego, posiada doniosłe znaczenie w rozpoznawaniu chorób pęcherzyka żółciowego. Obecność urobiliny i dużej liczby leukocytów w żółci B wskazuje na procesy zapalne pęcherzyka żółciowego. Z żółci C można wnioskować o czynności trzustki przez ilościowe oznaczenie lipazy i trypsyny.

W szeregu schorzeń dróg żółciowych wartość rozpoznawczą posiada fakt nieotrzymywania żółci rzadziej w całości, częściej zaś żółci B. Nie otrzymuje się żółci w przypadkach guzów trzustki lub dróg żółciowych; w niektórych przypadkach kamicy żółciowej, gdy kamień powoduje niedrożność przewodu wspólnego; w przypadkach kurczu zwieracza Odięgo, ustępującego, zresztą, po atropinie. Nie otrzymuje się żółci B po cholecystektomii w przypadkach żółtaczki nieżytowej, gdy pęcherzyk jest opróżniony (np. bezpośrednio po cholecysto-

* Według odczytu, wygłoszonego w Łódzkim Towarzystwie Lekarskim 17 czerwca 1936 r.

grafii); w przypadkach kurczu przewodu pęcherzykowego oraz w przypadkach guza lub kamienia w tymże przewodzie.

Zgłębnikowanie dwunastnicy znajduje częste zastosowanie i w leczeniu. Już sam „upust“ żółci przynosi ulgę chorym w przypadkach napadów bólowych kamicy żółciowej, powodując często jednocześnie i ustąpienie żółtaczki. Wraz z dr Camus w Paryżu spotrzegałem w kilku przypadkach, już po jednorazowym zgłębnikowaniu, ustąpienie tkliwości uciskowej w okolicy pęcherzyka żółciowego.

Według Brulé, niektóre długotrwałe żółtaczki nieżytowe nie dają się wyleczyć bez stosowania zgłębnikowań dwunastniczych. Zgłębnikowania te są również stosowane u chorych po cholecystektomii, zwłaszcza w przypadkach, w których pozostają powikłania pooperacyjne w postaci stanów nieżytowych przewodów żółciowych. Wywołanie obfiteszego odpływu żółci daje również dobre wyniki w niektórych schorzeniach wątroby (Chiray poleca stosowanie próby Meltzer-Lyona w ciężkich postaciach niewydolności krążenia z dużą wątrobą zastoinową, gdy używanie środków czyszczących jest przez chorych źle znoszone). Bezpośrednie wprowadzanie do dwunastnicy różnego rodzaju leków jest obecnie często stosowane i to nie tylko w chorobach wątroby i pęcherzyka żółciowego. Tak, dla przykładu, w przypadkach ostrego gościca stawowego, gdy wlewania dożylnie są źle przez chorego znoszone, można za pomocą zgłębnika dwunastniczego wprowadzić do ustroju większe ilości salicylanu sodu. W przypadkach pasożytów kiszki środki antyseptyczne działają lepiej po bezpośrednim wprowadzeniu ich do dwunastnicy. Rozpowszechnione obecnie jest stosowanie w przypadkach tasiemca wyciągu paproci za pomocą zgłębnika dwunastniczego. Dama de we Francji poleca w przypadkach nieżyłtów początkowych odcinków jelita grubego z zaparciem wprowadzenie za pomocą zgłębnika $\frac{1}{2}$ —1 litra 5 % rozczynu siarczanu magnezu.

Zgłębnikowanie dwunastnicy nie jest wskazane w ostrych stanach zapalnych pęcherzyka i dróg żółciowych. Niektórzy autorzy zalecają nawet ostrożność w przypadkach kamicy żółciowej (znane są przypadki pęknięcia przewodu żółciowego wspólnego po wprowadzeniu zgłębnika do dwunastnicy, spowodowane przez tak zwaną przez Francuzów „chasse de la bile“). Praktycznie rzecz biorąc, przeciwwskazania do zgłębnikowania dwunastnicy są nieliczne, a powikłania, przez nie spowodowane, niezwykle rzadkie.

Zgłębnikiem dwunastniczym, ogólnie stosowanym dotąd, jest t. zw. zgłębnik Einhorna. Składa się on z małej oliwki metalowej z otworem, połączonej z rurą gumową o obwodzie 8 mm. Chory połyka oliwkę, jak pigułek; w dalszym przebiegu zgłębnik posuwa się w kierunku dwunastnicy dzięki ruchom perystaltycznym przełyku i żołądka. Z chwilą, gdy oliwka dochodzi do odźwiernika, napotyka ona często trudności w przejściu do dwunastnicy na skutek kurczu mięśni okolicy odźwiernikowej. W tych przypadkach zmuszonym się jest czekać na otwarcie odźwiernika, co może niekiedy trwać i kilka godzin. Zdarza się również często, że zgłębnik Einhorna z powodu miękkości swej skręca się w żołądku, i niemożliwością się staje przeprowadzić go przez odźwiernik (kontrola promieniami Rentgena może być w takich przypadkach pomocna). Dążono do usunięcia tych trudności przez wprowadzenie do zgłębnika Einhorna różnego rodzaju mandrynow, celem

nadania zgłębnikowi pewnej sztywności. I istotnie, zgłębnikowanie stało się dzięki temu znacznie ułatwione. Jednakże po wprowadzeniu zgłębnika, zaopatrzonego w mandryn, do dwunastnicy, nie można było wycofać mandrynu bez jednoczesnego cofnięcia zgłębnika, wobec czego aspirowanie treści dwunastniczej stawało się niemożliwe. Zaradził temu Louis Camus, który w r. 1933 przedstawił w Akademii Medycyny w Paryżu model zgłębnika gumowego o obwodzie 6 mm., do którego można wprowadzić mandryny różnych grubości, nadając tym samym zgłębnikowi dwunastniczemu dowolną sztywność, przy czym mandryny te mogą być w przebiegu zgłębnikowania w każdej chwili wprowadzane do zgłębnika lub wycofywane. Camus skutecznie dzięki stosowaniu swego zgłębnika „cathétérisme actif, rapide et direct du duodénum“, a więc zgłębnikowanie czynne, szybkie i bezpośrednie. Polega ono na tym, że w odróżnieniu od zgłębnikowania za pomocą zgłębnika Einhorna nie jest się zmuszonym wyczekiwać na otwarcie odźwiernika, lecz czynnie przewycięża się kurcz jego mięśni. Również skręcanie się zgłębnika Camusa w żołądku jest rzadkie (możliwe chyba przy pozostawieniu zgłębnika bez mandrynu). W tych przypadkach wystarczy ponownie wprowadzić mandryn, by usunąć skręcenie. Zgłębnik Camusa pozwala również na wykonywanie zgłębnikowania u chorych wrażliwych, którzy nie są w stanie połknąć oliwki, dzięki temu, że zgłębnik ten może wprowadzić do przełyku lekarz.

Technika zakładania zgłębnika Camusa nie różni się wiele od zwykłej techniki. Chory na czczo co najmniej od 12 godzin, połyka w pozycji siedzącej zgłębnik wraz ze znajdującym się w nim mandrynem. Gdy zgłębnik znajduje się w żołądku, chory kładzie się na prawym boku z uniesioną do góry miednicą. Zgłębnik powinien być lekko popychany. W chwili gdy znajduje się on przy odźwierniku, odczuwa się zazwyczaj pewien opór. Należy kilka minut przeczekać, po czym wystarczy naogół lekkie pchnięcie zgłębnika. Jeśli żołądek jest spastyczny, należy wyciągnąć nieco zgłębnik, zostawić chorego w spokoju przez 15 minut, po których upływie można kontynuować zgłębnikowanie. Gdy zgłębnik znajduje się przy odźwierniku, mandryn można wyciągnąć, o ile jednak przejście odźwiernika nastęrcza pewne trudności, należy go wprowadzić ponownie. Okres czasu od chwili połknięcia zgłębnika przez chorego aż do jego przejścia przez odźwiernik waha się na ogół między 10 minutami a pół godziną. W oddziale wewnętrznym B szpitala im. Poniańskiego w Łodzi otrzymywaliśmy niejednokrotnie treści dwunastniczą już po 5-iu minutach.

Stosowanie półsztywnego zgłębnika nie jest jeszcze dostatecznie rozpowszechnione. W Paryżu stosuje się zgłębnik Camusa w kilku szpitalach, między innymi w klinice uniwersyteckiej prof. Chiray oraz w oddziale wewnętrznym dr Faroy w szpitalu Bichat, gdzie obecnie zgłębnikuje się dwunastnicę wyłącznie półsztywnym zgłębnikiem. Dr Camus w szpitalu Beaujon stosuje swój zgłębnik, używając często metalowego mandryna. Stosując zgłębnik przed ekranem, otrzymuje on niekiedy treści dwunastniczą już w kilka minut po wprowadzeniu zgłębnika.

Wyniki stosowania zgłębnika Camusa są na ogół dobre. Tak pod względem krótkotrwałości zgłębnikowania, jak i pod względem rzadkości niepowodzeń, półsztywny zgłębnik posiada znaczną przewagę nad zgłębnikiem miękkim. Camus na przeszło 200 zgłębnikowań, przez siebie wykonanych miał niespełna 10

nieudanych (stosował między innymi swój zgłębnik w 8 przypadkach u chorych na przedwczesne otępienie ze stanami katatonicznymi, u których zgłębnikowanie zgłębnikiem *Einhorna* nie dawało wyniku; na 8 powyższych przypadków w 6 uzyskał treść dwunastniczą).

W szpitalu im. *Poznańskich* w Łodzi już od roku stosujemy prawie wyłącznie zgłębnikowania dwunastnicze za pomocą zgłębnika *Camusa*. Wykonaliśmy w oddziale wewnętrznym *B Dr Kryska* 235 zgłębnikowań, w oddziale *A Dr Szyfmana* wykonano — 187, łącznie 422 zgłębnikowania, przy czym nie otrzymano treści dwunastniczej w 32 przypadkach. W 2 przypadkach zgłębnik znajdował się jednak w dwunastnicy (stwierdzone przy pomocy *Roentgena* przez *Dr Kelsona*). Oba te przypadki dotyczą chorego na kamice żółciową, u którego nastąpiło prawdopodobnie zaccopowanie przewodów żółciowych. Podczas zabiegu operacyjnego, dokonanego w oddziale *Dr Ajznera*, stwierdzono u tego chorego obecność 8 kamieni w pęcherzyku i w przewodach żółciowych. Oprócz tych 2 przypadków nasza statystyka wykazuje zaledwie 7% nieudanych zgłębnikowań, dokonanych zgłębnikiem *Camusa*. Zaznaczyć należy, iż chorzy nasi z reguły nie otrzymywali przed zgłębnikowaniem żadnych środków przeciwkurczowych. Nie dokonywaliśmy również zgłębnikowań przed ekranem rentgenowskim. W kilku przypadkach stosowaliśmy zgłębnik *Camusa* w chorych, u których zgłębnikowanie dwunastnicy za pomocą zgłębnika *Einhorna* nie dało dodatniego rezultatu.

Dla osiągnięcia stałych pomyślnych wyników należy umiejętnie konserwować zgłębniki. Nie należy zgłębników gotować. Wystarczy sterylizacja za pomocą formolu. Istotnie, w pewnym okresie, ze względu na potrzebę zgłębnikowania u chorych gruźliczych, zgłębniki gotowaliśmy. Wyniki były znacznie gorsze, wobec czego gotowania całkowicie zaniechaliśmy.

Zgłębnikowanie tedy dwunastnicy znajduje coraz liczniejsze zastosowanie. Ponieważ jest ono męczące dla chorego i dla lekarza, należy dążyć z jednej strony, by czas trwania zabiegu był względnie krótki, z drugiej zaś, — by liczba niepowodzeń sprowadzała się do minimum. Zgłębnik *Camusa*, dzięki możliwości nadawania mu odpowiedniej sztywności, umożliwiające czynne przewyciężenie oporu odźwiernika, odpowiada powyższym wymaganiom w większym stopniu, niż stosowany powszechnie miękki zgłębnik *Einhorna*, który musi często czekać przed odźwiernikiem na „dobre chęci żołądka“ do „połknięcia go“.

PIŚMIENNICTWO.

Theodor Brugsch: Lehrbuch der inneren Medicin. Louis Camus: Bulletin de l'Academie de Medecine, 14 Mars 1933. Noel Fiessinger: Diagnostics biologiques. Louis Camus: La Medecine internationale 5 Mai 1935. R. Goiffon, L. Camus et Levassor: Soc. de Gastro-Enterol. 8 Mai 1933. R. Goiffon, L. Camus et Levassor: Presse medicale 12 Juillet 1933. R. Goiffon, L. Camus et Levassor: Journal Medical de Paris 14 Decembre 1933. A. Pinos: 2-e Congres national de Pathol. digestive. Barcelone Decembre 1933.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z II-go Oddziału Neurologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: E. Herman).

Niezwykły zespół pourazowy: livedo racemoso universalis u osobnika z objawami piramidowo-pozapiramidowymi i zaburzeniami psychicznymi.

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

Klinika t. zw. *nerwic naczyńioruchowych*, mimo licznych wyczerpujących prac, jakie im poświęcono, posiada dotychczas wiele stron ciemnych, zarówno pod względem symptomatologicznym, jak szczególnie patologicznym.

Mają to być schorzenia, których podłożem są zaburzenia nerwów ściennych układu krążeniowego — od serca aż do przestrzeni chłonnych łącznie (*Robert Bauer*). Znamioną ich cechą jest niestałość i chwiejność objawów, jakie owo zakłócenie czynności naczynioruchowych powodować może w rozmaitych narządach organizmu. Samo pojęcie *nerwicy*, według *R. Bauera*, ma przesądzać do pewnego stopnia dobry przebieg i zejście przeważnie pomyślne.

Tym niemniej znane są wszystkim zmiany trwałe, jakie powstają w poszczególnych narządach, gdy przemijające początkowo zaburzenia naczynioruchowe przybierają na natężeniu i trwaniu.

Abstrahując od takich jednostek, jak choroba *Raynaud*, *zgorzel naczyńioneurotyczna* i inne, pragnęlibyśmy zatrzymać się na skutkach stałych, jakie wymienione zaburzenia pociągają nieraz w ośrodkowym układzie nerwowym.

Nie chodzi nam bynajmniej o opis kliniczny tych zaburzeń; chcielibyśmy tylko przez przytoczenie własnego, rzadko spotykanego spostrzeżenia przyczynić się do wyodrębnienia pewnych, zdaje się, ostro zarysowujących się zespołów klinicznych, a jednocześnie oświetlić poniekąd ich patogenezę.

25-letni mężczyzna, *R. Z.¹⁾* (Nr. 104/1935) przybył do oddziału 13.IX.1935 r.

Do 22-go roku życia był, według opowiadania ojca, zupełnie zdrowy zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Pracował jako kuśnierz, wykazując duże zdolności w tym kierunku. Przed 2-ma laty w koszarach w czasie snu został nagle nakryty kocem i obity przez kolegów, stracił jakoby przytomność i przez godzinę nie wiedział, co się z nim dzieje. Bardzo się przeląkł i od tego czasu datuje podobno obecną chorobę. Wystąpiły zaburzenia mowy, osłabienie rąk, sine plamy na całym ciele. Po kilku miesiącach został z wojska zwolniony. Po powrocie syna do domu ojciec stwierdził, iż mowa chorego była tak niewyraźna, że trudno go było zrozumieć; natomiast sam chorego dobrze rozumiał, co się do niego mówiło. Uśmiechał się „głupkowato“, aczkolwiek poza tym zaburzeń psychicznych jakoby nie zdradzał. Stan ten utrzymuje się bez przerwy do dnia dzisiejszego.

Stan obecny. Wzrost niski (151 cm.), budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Waga 48,5 kilo.

Skóra elastyczna, nieco suchawa; na całym ciele pokryta sinymi plamami, szczególnie intensywnymi na twarzy, grzbietowej powierzchni kiści, przedramion i stóp. Cała niemal twarz

¹⁾ Pokaz chorego odbył się w Warsz. Tow. Neurolog. dnia 25.IX.1935 r. oraz w Sekcji Klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w dniu 9.XII.1935 r.

wykazuje zabarwienie sine, na sinym tle odcinają się miejscami drobne wysepki barwy białawo-żółtej. Również na kiściach oraz stopach pomiędzy rozległymi plamami sinymi widoczne są okrągłe wysepki o zabarwieniu prawidłowym lub czerwono-amarantowym. Szczególnie intensywnie zabarwione są na sino powierzchnie grzbietowe przedramion i ramion. Na plecach oraz bocznej powierzchni klatki piersiowej sinica ujawnia się w postaci grubej siatki, miejscami zlewającej się jednolite plamy. Na bocznej powierzchni klatki piersiowej oka sinej siatki są bardziej rozciągnięte, utkanie jej węższe, delikatniejsze, zwłaszcza w miarę zbliżania się do przedniej powierzchni klatki piersiowej. W okolicy mostka skóra jest prawie wolna od sinych plam, miejscami tylko widoczne są wąziutkie pasemka i kreski sinawe ułożone mozaikowato. Na udach i podudziach zabarwienie sine mniej zaznaczone, aniżeli na kończynach górnych.

Gdy chory stoi z opuszczonymi kończynami górnymi, wówczas zasinienie kończyn górnych potęguje się znacznie, tak, iż zarówno skóra na powierzchni grzbietowej, jak w stopniu mniejszym na dłoniowej, staje się zupełnie sina w sposób rozlany, a całkowicie jednolicie sina na palcach rąk.

Zarówno plamy sine, jak i czerwone znikają pod wpływem ucisku, by natychmiast po zwolnieniu ucisku w tym samym natężeniu powrócić.

Po wielokrotnym natarciu skóry siatka sina znika na czas krótki.

Plamy na tułowiu oraz na klatce piersiowej i na ramionach przypominają niekiedy rozpoczynające się plamy pośmiertne. Przy uniesieniu kończyn górnych znika rozlane lila zabarwienie wszystkich palców, powstaje natomiast delikatniejsza siatka sina; palce u rąk bledną nawet, przypominając nieco *deigts morts*.

Zabarwienie błon śluzowych widocznych prawidłowe.

Uwłosienie pod pachami i na wżórkku łonowym prawidłowe; typ uwłosienia męski; uderza wybitne uwłosienie na kończynach dolnych oraz w okolicy krzyża i pośladków przy braku uwłosienia na klatce piersiowej i skąpym na kończynach górnych.

Na twarzy i czaszce uwłosienie prawidłowe (p. fot. 1, 2, 3 i 4).

Paznokcie rąk wykazują zmiany troficzne, są suche, zwłaszcza na kciukach; u palców stóp hiperkeratoza paznokci.

Narządy wewnętrzne: płuca — bez zmian.

Serce: uderzenie koniuszkowe niewidoczne, słabo macalne — w V międzyżebżu, 1 palec na wewnątrz od linii sutkowej. Granice — prawidłowe. Ld = 3,0; Ls = 8,0 cm. Tony serca czyste; II tony nad podstawą wzmożone. Tętno 96. Parcie krwi 125/90. Ciepłota prawidłowa.

Jama brzuszna: wątroba i śledziona niemacalne (Dr Jochweds).

Układ nerwowy. Tarczycza minimalnie powiększona, o spoistości prawidłowej.

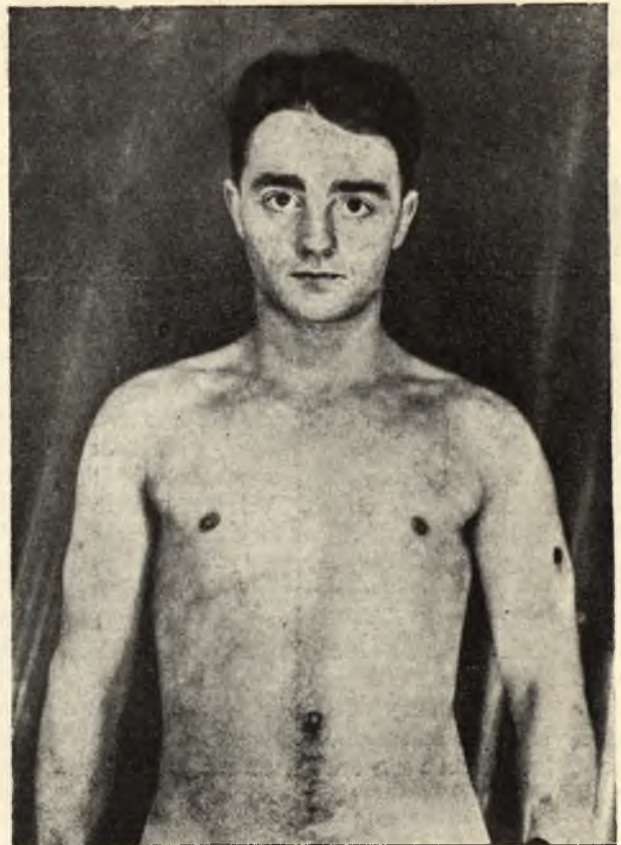
Obj. Graefego, Moebiusa ujemne. Wytrzeszczu gałek nie ma.

Twarz chorego maskowata, zastygła, mało ruchoma (p. fot. 1). Oczy błyszczące. Objaw Stellwaga dodatni. Chory wybuch często bez dostatecznej przyczyny śmiechem mimowolnym, spazmatycznym, jakby przymusowym. Nie może śmiechu tego powstrzymać. Łatwo go do tego łada drobnostką sprowokować.

Mowa chorego wybitnie zmieniona, zwłaszcza, jeśli wymawia całe zdania. Im dłużej mówi, tym mowa staje się coraz bardziej niezrozumiała, aż w końcu wogóle trudno zorientować się, co chory mówi. Mowa jest, mianowicie, monotonna, zamazana, z przydźwiękiem nosowym; w miarę dłuższego mówienia staje się przyciszona zupełnie i całkowicie zatarta.

Z objawów pozapiramidowych stwierdza się poza amimją twarzy dodatnie objawy kurczu rozciągowego mięśni

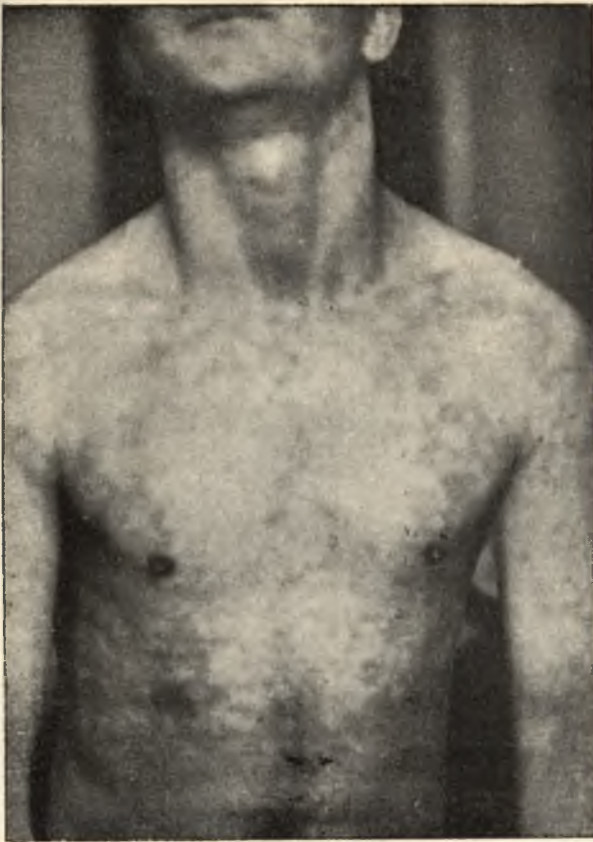
przeciwnicznych w kończynach dolnych oraz objaw koła zębatego w kończynach górnych. Objawu paradoksalnego West-



Fot. 1.



Fot. 2.



Fot. 3.



Fot. 4.

phala nie ma. Ruchów diadochokinetycznych powtórzyć nie umie.

W zakresie nerwów czaszkowych brak zmian.

Kk górne i dolne pod względem siły, ruchów, napięcia, czucia wszystkich rodzajów — zmian nie wykazują.

Próby: palec — nos, pięta — kolano — wypadają prawidłowo.

Odruchy: nosowopodbródkowy Simchowicza zaznaczony; rogówkowopodbródkowy Flataua i dłoniowopodbródkowy Radovici—Marinesco — nieobecne.

Objaw Chodźki — wybitnie dodatni z obu stron, z lewej wyraźniejszy (otrzymuje się kurcz mięśni dwugłowych ze zgięciem kończyn w łokciach oraz kiści i palców). Odruchy okołostnowe i ścięgnowe na kończynach górnych wybitnie wzmożone. Objawy Rossolimo górny, Sterlinga — dodatnie.

Odruchy brzuszne — zachowane, b. żywe; nosidłowe b. żywe, jednakowe; kolanowe — wybitnie wzmożone, lewy polikinetyczny; ze ścięgien Achillesa obustronnie żywe; podszwowe — tendencja do Babińskiego po stronie lewej; po stronie prawej arefleksja; objaw Rossolimo po stronie lewej wybitnie dodatni ze wszystkich palców, po prawej nieobecny.

Chód — zlekka kaczkowaty.

Badanie psychiczne.

Chory dobrze zorientowany auto- i allopsychicznie, jedyne orientacja w czasie niedostateczna: rok obecny — podaje 1925; nie wie, jaki jest miesiąc, wie jednak, jak długo znajduje się w szpitalu. Dalsze badanie wykazuje wyraźne ubytki inteligencji, przy czym sam chory podaje, że pamięć znacznie mu się popsuka, i że nie umie myśleć. „W Polsce rządzi Prezydent Mościcki, kieruje On robotnikami; poza tym jest rząd“, z kogo się składa, nie wie, o ministrach nie słyszał. „Marszałek Piłsudski zmarł przed 2 laty. Był On dobry i był na całą Polskę“.

Miasta w Polsce: „Warszawa, Łódź, Poznań, Kraków, Skarżysko, Wołomin, Falenica“.

O wojnie europejskiej chory nic nie potrafi powiedzieć; wie, że była wojna, ale kiedy była, kto z kim wojował, tego nie umie określić. „Wojna z bolszewikami była w 20-ym roku. Polska jest niepodległa od roku 1922“, potym poprawia na 1918 r.

Różnica między tramwajem a samochodem? „Tramwaj ma przystanki, samochód prędzej idzie“. Innych różnic nie zna, dopiero na pytanie, dzięki czemu posuwa się samochód, odpowiada po przerwie dobrze.

Kilo żelaza — kilo jabłek (co więcej waży?) „kilo żelaza“.

Różnica między dzieckiem a karzełkiem? „Dziecko jest co innego, a karzełek co innego. Dziecko idzie w jednym kierunku, a karzełek w innym“.

Różnica między drabiną a schodami? „Na drabinę się wchodzi, a ze schodów się schodzi“, (znaczenie wyrazów chory rozumie).

$$7 \times 4 = 27,$$

$$27 - 8 = 22,$$

$$4 \times 5 = 20,$$

$$3 \times 8 = 72,$$

$$12 - 3 = 7, 9.$$

Zapamiętywanie.

2, 9, 7, 3, 1

2, 9, 7, 3, 2

po 30“

2, 9, 7, 3, 2

po 2’

2, 9, 7, 1.

Pismo chorego drżące, nierówne, zamazane.

Przy próbie na apraksję konstruktywną chory wykonywa zadanie bardzo niezdarnie (figura z zapalek, 2 trójkąty o wspólnej podstawie). Nie potrafi ułożyć zapalek tak, by one przystawały do siebie.

Badania pomocnicze:

Odczyn Wassermanna i citocholowy we krwi ujemny (17.IX.1935).

Odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny (20.IX.35);

płyn bezbarwny, białka $0,24\frac{0}{100}$, Nonne-Apelt ujemny, 5 elementów w 1 mm^3 ; Lange — ujemny.

Zawartość cukru we krwi — $0,91\text{ mgr.}\%$.

Zawartość cholesterolu we krwi — $128\text{ mgr.}\%$.

Zawartość wapnia we krwi — $10\text{ mgr.}\%$ (Dr. Dworecki).

Badanie morfologiczne krwi: Hb. 100% , cz. c. — $5.320.000$; b.c. — 6.900 . Wskaźnik — $0,94$. Eoz. — 1% ; Pałeczk. — 2% ; Wielojądrzastych 70% ; Jednojądrzastych — 25% ; Monocytów — 2% .

20.XI. Badanie gazów we krwi w aparacie van Slykea (mgr. Zyngerówna — z oddziału Dra A. Landaua w Szpitalu Wolskim).

	Z	P	NdCO ₂	NS%	Nd%	CO ₂
T	19,7	21,1	1,4	93,3	6,7	52,2
Ż	12,3	21,4	9,1	57,5	42,5	58,3
	7,4			35,8		

Z — zawartość O₂; P — pojemność O₂;

NdO = niedobór objętościowy O₂;

NS% = nasycenie O₂ w %;

Nd% = niedobór O₂ w %;

CO₂ = zawartość cm³ CO₂ w 100 cm³ krwi.

Wniosek. Krew tętnicza odchylen większych od normy nie wykazuje.

Krew żylna wykazuje absolutne liczby zawartości O₂ i CO₂ oraz odsetek wysycenia O₂, jakoteż różnicę tętniczo-żylną O₂ — zbliżone do normalnych.

Zasób zasad (według Van Slykea) $63,1$ (norma 65).

Zawartość kwasu mlekowego we krwi tętniczej $11\text{ mgr.}\%$, w żylniej $12\text{ mgr.}\%$ (norma do $15\text{ mgr.}\%$).

Mocz: Ciężar gat. 1009 , białko, cukier — nieobecne; osad — bez zmian.

Przemiana podstawowa $+9,8\%$.

Badanie napięcia układu roślinnego miejscowego:

a) próba w kąpielii gorącej — przez $15'$ w 46° C .

skóra przybiera barwę silnie czerwoną.

Ramię lewe: przed kąpielą:

Mx ciśnienie 140 , wskaźnik oscylometryczny 6 ,

po kąpielii:

Mx ciśnienie 165 , wskaźnik oscylometryczny 8 .

Ramię prawe: przed kąpielą:

Mx ciśnienie 145 , wskaźnik oscylometryczny $7,5$.

po kąpielii:

Mx ciśnienie 155 , wskaźnik oscylometryczny $7,5$.

Wniosek: zwiększa się ciśnienie i wskaźnik.

b) próba w kąpielii zimnej (11° C).

skóra blednie i sinieje.

Ramię lewe: przed kąpielą:

Mx ciśnienie 140 , wskaźnik oscylometryczny 6 .

po kąpielii:

Mx ciśnienie 155 , wskaźnik oscylometryczny 4 .

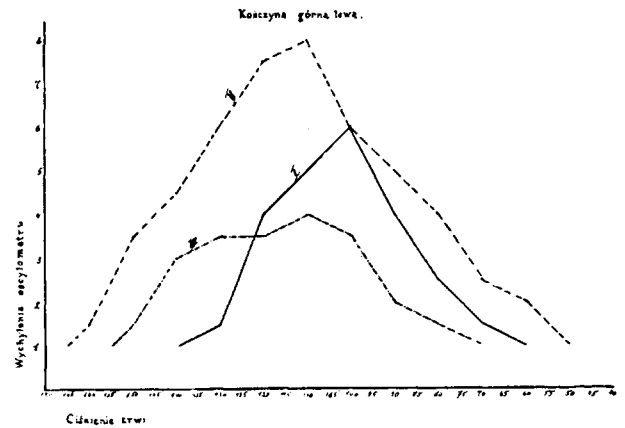
Ramię prawe: przed kąpielą:

Mx ciśnienie 145 , wskaźnik oscylometryczny $7,5$.

po kąpielii:

Mx ciśnienie 155 , wskaźnik oscylometryczny 4 .

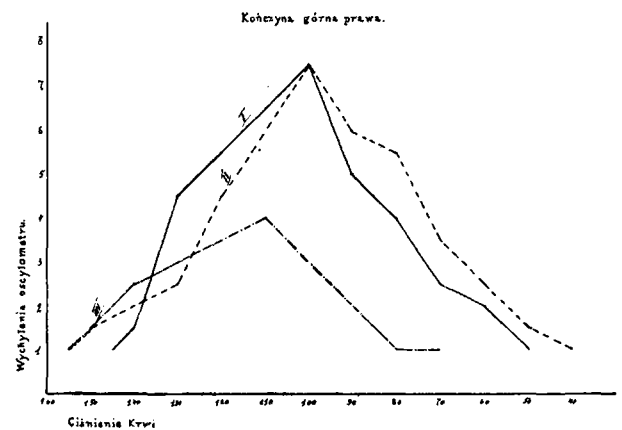
Wniosek: zwiększa się ciśnienie, wskaźnik — maleje.



I. Normalna krzywa oscylometryczna.

II. Krzywa po trzydziestu minutach w wodzie o temperaturze 46° C .

III. Krzywa po trzydziestu minutach w wodzie o temperaturze 11° C .



I. Normalna krzywa oscylometryczna.

II. Krzywa po trzydziestu minutach w wodzie o temperaturze 46° C .

III. Krzywa po trzydziestu minutach w wodzie o temperaturze 11° C .

Normalnie naczynia na kąpiel gorącą odpowiadają wzmożeniem ciśnienia, zwłaszcza wskaźnika oscylometrycznego, zaś na kąpiel zimną wahaniem ciśnienia i spadkiem wskaźnika.

W przypadku naszym, w przeciwieństwie do wyników Layanaiego, który stwierdzał brak zmniejszania wskaźnika oscylometrycznego w wodzie zimnej, wskaźnik zachowuje się normalnie.

Na zasadzie tej próby nie można wyciągnąć wniosku, jakoby napięcie naczyń było porażone, bowiem wówczas naczynia są w stanie odpowiadać tylko rozszerzaniem na gorąco, natomiast brak jest zwężania ich na zimno.

(Dok. nast.)

Z Kliniki Laryngologiczno-Otarytrycznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

(Dyrektor: Prof. Dr F. Erbrich).

Nowy typ bronchoezofagoskopu.

Podał

Docent Dr Henryk LEWENFISZ (Warszawa).

Odpowiedni dobór narzędzi odgrywa w dziedzinie bronchoezofagoskopii pierwszorzędną rolę i decyduje o szybkości i skuteczności zabiegu.

Doświadczenie poucza, że dobre warunki pracy stwarza bronchoezofagoskop o dobrym oświetleniu i dogodnym dostępie do rury. Warunki świetlne nie winny się pogarszać przy zwiększającej się odległości od końca rury na przestrzeni około 10 cm. Dobre oświetlenie osiągamy niewątpliwie w przyrządach z odległym (distalnym) światłem. Do tego typu należą bronchoskopy Einhorna, Guiseza, Jacksona i t. p., w których żarówka jest umieszczona u dolnego końca rury. Siła oświetlenia jest jednak w tych przyrządach dostateczna tylko w bezpośrednim sąsiedztwie żarówki (około 200 jednostek świetlnych), dla przedmiotów zaś odległych od końca rury wybitnie się pogarsza. Zgodnie z optycznym prawem rozprzestrzeniania światła, siła oświetlenia jest odwrotnie proporcjonalna do kwadratu odległości od źródła światła. Na tej zasadzie można łatwo obliczyć siłę oświetlenia przedmiotów, znajdujących się w różnych odległościach od końca rury:

jeżeli w bezpośrednim sąsiedztwie dolnego otworu rury siła oświetlenia wynosi 200 jednostek świetlnych (Lux), to w odległości:

	Siła oświetlenia wyniesie:
2 cm . . .	$\frac{200}{2^2} = 50 \text{ LUX.}$
3 cm . . .	$\frac{200}{3^2} = 22 \text{ LUX.}$
5 cm . . .	$\frac{200}{5^2} = 8 \text{ LUX.}$
10 cm . . .	$\frac{200}{10^2} = 2 \text{ LUX.}$

Jak widać z powyższego obliczenia, już w odległości 3 cm od końca rury oświetlenie jest niedostateczne, w odległości zaś 10 cm przedmiot jest prawie niewidoczny.

W bronchoskopach z oświetleniem zewnętrznym (proksymalnym) źródło światła znajduje się poza obrębem pacjenta, przyczym w bronchoskopach typu Brüningsa, Kahlera, Waldapfel-Backa i t. p. jest ono umieszczone w przedłużeniu światła rury. Przeważna liczba promieni oświetlających pochodzi z bezpośredniego światła i wpada do rury równolegle. W tych bronchoskopach przedmioty w bezpośredniej bliskości wewnętrznego końca rury, jak i więcej oddalone, są, zgodnie z prawem optyki, prawie jednako oświetlone:

jeżeli jasność powierzchni przedmiotu w bezpośrednim sąsiedztwie dolnego końca rury wynosi około 100 Lux dla rury długości np. 40 cm, to w odległości:

	Siła oświetlenia wyniesie:
2 cm . . .	$100 \cdot \frac{40^2}{42^2} = \text{około } 91 \text{ LUX.}$
4 cm . . .	$100 \cdot \frac{40^2}{44^2} = 85 \text{ LUX.}$
8 cm . . .	$100 \cdot \frac{40^2}{48^2} = 72 \text{ LUX.}$

(w/g Waldapfel-Backa).

W bronchoskopie typu Haslingera źródło światła znajduje się również poza obrębem pacjenta (proksymalnie), nazewnątrz jednak od przedłużenia światła rury; przedmiot zostaje zatem oświetlony przez jedno- lub wielokrotne odbicie promieni od wewnętrznej powierzchni rury. Dla tego rodzaju oświetlenia znajduje zastosowanie prawo światła odbitego. Przez polerowanie lub naoliwienie rur od wewnątrz zwiększa się liczba całkowicie odbitych, zmniejsza się liczba rozproszonych promieni.

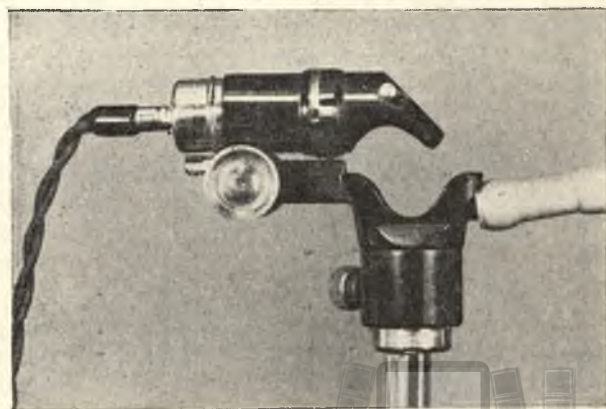
Gdy podczas badania rura ulega zanieczyszczeniu śluzem, śliną, krwią lub treścią żołądkową, zmniejszają się jej własności zwierciadlane, pogarszają się znacznie warunki świetlne badanego pola widzenia.

Na zasadzie powyższego zdawałoby się, że pod względem świetlnym najodpowiedniejszy jest bronchoskop typu Brüningsa, zwłaszcza, iż jest on również pozbawiony oślepiającego działania promieni: lusterko odchyła promień o 90° i kieruje go w stronę przeciwną od oka.

A jednak i bronchoskop Brüningsa nie odpowiada całkowicie zadaniu. Aparat świetlny, umieszczony w przedłużeniu rury, przedstawia wprawdzie doskonałe warunki optyczne, utrudnia natomiast w dużym stopniu wolny dostęp do rury.

Manipulowanie narzędziami w świetle rury wymaga uprzedniego odsunięcia źródła światła, co pociąga za sobą całkowite zaciemnienie pola widzenia, uniesienie pokrywy osłaniającej stwarza oślepiające światło.

Widzimy zatem, że zarówno bronchoezofagoskop z odległym, jak i z bliskim oświetleniem nie jest pozbawiony wad, dotkliwie odczuwanych podczas zabiegu endoskopii. Doświadczony i dokładnie wyszkolony endoskopista jest w stanie pokonać wszelkie trudności, zależne od podanych wad konstrukcji przyrządu; dla wielu jednak lekarzy bronchoezofagoscopia jeszcze w chwili obecnej należy do poważnych niedostępnych zabiegów.



W skonstruowanym przeze mnie bronchoezofagoscopie (fot. I) starałem się usunąć wady dotychczas

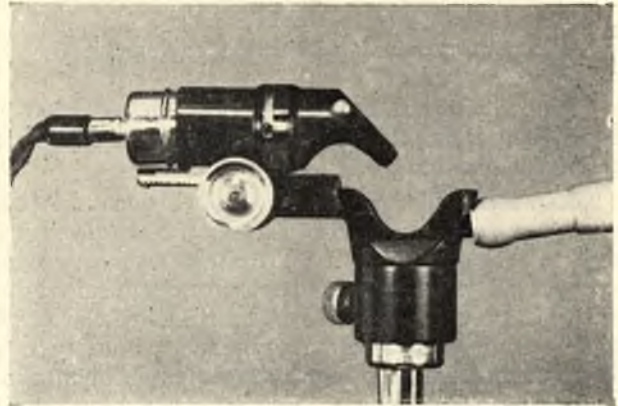
używanych endoskopów. Aparat świetlny, składający się z żarówki i soczewki, został umieszczony w przedłużeniu rury, natomiast dostęp do żarówki odbywa się, na wzór bronchoskopu Haslingera, od tyłu, co nie wymaga przy zmianie żarówki uprzedniego usuwania soczewki.

Już wyżej wspominałem, iż aparat świetlny, znajdujący się w przedłużeniu rury, utrudnia wolny dostęp do światła rury. Przesuwanie go na bok zaciemnia całkowicie w bronchoskopie Brüningsa pole widzenia, podniesienie zaś maski osłaniającej wywołuje nadto osłepiające światło. W naszym bronchoskopie osiągamy przemieszczenia aparatu świetlnego w przód i w tył za pomocą zębátky. Już przy niezna- cznym przesunięciu źródła światła ku tyłowi dostęp do rury jest zupełnie dobry, a warunki świetlne tylko bardzo niewiele zmniejszone, przy zupełnym zaś przesunięciu w tył wejście do rury jest ze wszystkich stron wolne, pole widzenia nie uległo całkowitemu zaciemnieniu, na oświetlenie składają się bowiem w tym położeniu aparatu świetlnego promienie odbite (fot. 2).

Uzupełnieniem naszego nowego bronchoskopu są cążki do usuwania ciał obcych, zaopatrzone u dolnego końca w przyrząd świetlny. Bronchoskop o oświetleniu bliskim (proksymalnym) otrzymuje po wprowadzeniu do rury bronchoskopowej tego rodzaju cążek jednocześnie oświetlenie odległe (distalne). Urządzenie takie ma tę przewagę nad przyrządem o oświetleniu, otrzymywanym z lampki, umiejscowionej w ścianie distalnego końca rury bronchoskopowej (np. w bronchoskopie Jacksona), iż przesuwanie łapek umożliwia dobre oświetlenie w dowolnych polach widzenia.

Dodatkowe oświetlenie odległe ma doniosłe znaczenie w przypadkach ciał obcych, umieszczonych w

drobnych oskrzelach, wprowadzenie do nich rury jest zupełnie niemożliwe, łapki natomiast dają się swobodnie wprowadzić. Ma ono również duże znaczenie dla rur wąskich, stosowanych u dzieci, oświetlenie proksymalne jest tu często niewystarczające.



Uchwyt dla rury w naszym bronchoskopie, na wzór aparatów Kahlera i Haslingera, unieruchamia całkowicie rurę.

Połączenie bronchoskopu o oświetleniu zewnętrznym (proksymalnym) z przewagą promieni równoległych, dobrym dostępem do rury, bez osłepiającego działania promieni, z łapkami, oświetlającymi distalnie, z wyzyskaniem największych możliwości optycznych w odległych polach widzenia oraz w wąskich rurach endoskopowych — zdaje się rozwiązywać problem instrumentarium bronchoskopowego.

Bronchoskop wykonany w firmie Amber — Warszawa.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowe pojęcia o odruchach.

Podaje

Dr Natalia ZANDOWA (Warszawa).

Wydaje się, iż nie ma gałęzi medycyny, do której by ostatnie lata wniosły tak wiele zmian, jak do neurologii. Dotyczy to zwłaszcza części jej teoretycznej.

Cała nauka o odruchach uległa głębokim przeobrażeniom.

Do niedawna refleksologia polegała prawie wyłącznie na wykrywaniu i segregowaniu odruchów, na określaniu ich patognomoniki, była wiedzą li tylko analityczną, nie stawiała sobie pytania, jakie znaczenie biologiczne mają odruchy ścięgnowe lub skórne, nie rozstrzygała ich pod kątem pożytku.

W ostatnich czasach nauka ta dzięki pracom Sherringtona, Pawłowa, Magnusa de Klej- na, Orbeiliego, Mazurkiewicza, M. Minkowskiego i in. pogłębiła się znacznie i zdobyła ujęcie syntetyczne.

Układ nerwowy, ten wielki regulator życia, powstał, aby „dać ustrojowi możność lepszego dominowania nad otoczeniem“ (Sherrington). Wszystkie jego przejawy (dodajmy nawiasem normalne) są dla ustroju pożyteczne. A więc i wszelki odruch nerwowy musi mieć pewien cel pożyteczny.

Rozpatrywany z takiego stanowiska odruch nabiera świeżych barw, staje się ciekawym szczegółem ogólnej tendencji biologicznej.

Ośrodki odruchów.

W ujęciu współczesnym każdy ruch, pożyteczny dla gatunku, powtarzając się przez wieki całe, musiał wytworzyć sobie ośrodek odpowiedni, w którym zdeponowany został obraz danego mechanizmu ruchowego.

Ośrodki ruchowe rozmieszczone są w układzie nerwowym piętrowo: filogenetycznie najstarsze mieszczą się na kondygnacji najniższej, t. j. w obrębie rdzenia, ośrodki młodsze układają się na coraz wyższych piętrach, w rdzeniu przedłużonym, w śródmózdku, w jądrach podstawnych.

W obrębie tworzącego najmłodszego, t. j. w obrębie kory mózgowej ciągle jeszcze powstają świeże ośrodki odruchowe, służące dla odruchów warunkowych (Pawłow).

W całym rusztowaniu ośrodków nerwowych obowiązuje zasada, że wyższe z nich regulują szereg niższych, koordynują ich działalność tak, iż powstające z tych ośrodków mechanizmy ruchowe przedstawiają się nam, jako synchroniczna płynna całość, nie pozwalająca dostrzec poszczególnych części składowych.

Zniszczenie ośrodków wyższych obnaża działalność niższych i ukazuje nam je w ich nieskoordynowa-

nej, indywidualnej postaci. Niedojrzałość kory mózgowej u płodu decyduje o ujawnianiu się szeregu odruchów, które następnie już w dalszym rozwoju osobnika zostają zamaskowane przez działalność ośrodków korowych (M. Minkowski).

Metodą oddzielania odcinków głowowych układu nerwowego od odcinków ogonowych posługują się fizjologowie do wykrywania lokalizacji ośrodków odruchowych.

Zwierzę rdzeniowe, t. j. któremu przecięto poprzecznie rdzeń w części szyjnej lub grzbietowej, posiada szereg ośrodków odruchowych, które wyładowują albo całe akty ruchowe lub tylko ich fragmenty.

Tak wykazuje ono odruchy ścięgnowe (kolanowy, ze ścięgna Achillesa) oraz skórne (odruch podeszwy).

Znaczenie odruchów ścięgniowych i skórnych.

Neurologia współczesna rozpatruje te odruchy, jako fragmenty mechanizmów ruchowych, spełniających pożyteczną czynność życiową.

Odruch kolanowy, który polega na wyprostowaniu nogi po uderzeniu w ścięgno mięśnia czwórgłowego, ma być fragmentem aktu chodzenia. Swoją kolejność zjawisk zawdzięczać ma temu, iż jest odbiciem czynności, której poszczególne etapy rozwijają się w podobnym porządku.

Podczas chodzenia, po okresie największego wydłużenia mięśnia czwórgłowego, które ma miejsce w momencie najsilniejszego zgięcia kończyny w kolanie, następuje skrócenie tegoż mięśnia w chwili wyprostowania kończyny w kolanie.

Przy wywoływaniu odruchu kolanowego, uderzenie w ścięgno podrzepkowe wydłuża je, naśladuje więc pod tym względem moment zgięcia nogi w kolanie. Następujące po wydłużeniu skrócenie mięśnia czwórgłowego stanowi drugą kolejną fazę tegoż aktu chodzenia.

Zrozumiałym się staje, że zaburzenia odruchu kolanowego idą w parze z zaburzeniami chodu: brak odruchu kolanowego łączy się z chodem beładnym (n. p. w wiądzie rdzenia, w zapaleniu wielonerwowym), wzmocnienie odruchu kolanowego widuje się w przypadkach chodu spastycznego (w stwardnieniu rozsianym, w zapaleniu rdzenia, ucisku rdzenia i t. .).

Odruch ze ścięgna Achillesa, poddany podobnej analizie, wykazuje takiż sam mechanizm i jest tak samo składową częścią aktu chodzenia.

Jeśli z kolei zwrócimy się do odruchów skórnych, to okaże się, że odruch Babińskiego jest również fragmentem mechanizmu ruchowego, życiowo pożytecznego, a mianowicie — odruchu skracającego.

Ten ostatni, jak wiadomo, polega na zgięciu kończyny dolnej we wszystkich stawach wraz ze zgięciem grzbietowym palucha. Cel jego biologiczny jest wyraźny, jeśli przypomnieć, że przez skrócenie swe kończyna unika zetknięcia ze szkodliwością, tkwiącą w terenie, po którym stąpa noska.

O tym, że odruch Babińskiego jest częścią składową odruchu skracającego, Walsh wnioskuje na tej podstawie, iż przy jego wywoływaniu dostrzeżę się nieraz jednocześnie cały zespół skracający (niekiedy zaś li tylko napinanie się odpowiednich mięśni).

Idąc po tej linii pojęć, można rozpatrywać odruch podeszwy normalny jako odruch chwytny.

Istotnie, występujące przy nim zgięcie palucha lub wszystkich palców ma w sobie zaczątek ruchu obejmowania przedmiotu. Interpretacja taka staje się bardziej jeszcze prawdopodobna, jeśli zważyć, że zwierzęta (kot, królik), nie umiejące chwycić przedmiotów palcami, nie wykazują zgięcia palców przy odruchu podeszwowym lub też wykazują je w stopniu zaledwie dostrzegalnym.

Dlaczego u ludzi uszkodzenie szlaków piramidowych niweczy odruch podeszwy chwytny, a wysuwa na jego miejsce odruch skracający, obronny — odpowiedzieć na razie nie można. Może dlatego, że odruch chwytny wymaga współdziałania ośrodków wyższych (może nawet korowych), i że odpadnięcie ich obnaża ośrodki najpierwotniejsze — obronne, rdzeniowe.

Przyszłość pokaże, czy podobna interpretacja odruchów ścięgniowych i skórnych jest w zupełności słuszna. Jako hipoteza orientacyjna ma ona wiele stron dodatnich.

Odruchy postawne.

Wkładem względnie świeżej daty są pojęcia odruchów postawnych i ustawnych. Lepiej niż sucha definicja, zobrazują je odpowiednie przykłady: jeśli u zwierzęcia rdzeniowego drażnić skórę na grzbiecie, to trzy kończyny wyprostują się mocno, stanowiąc doskonałą podporę dla ciała, kończyna zaś czwarta, najbliższa miejsca zadrażnienia, wykona szereg ruchów rytmicznych, przypominających ruch drapania (Sherington).

Wyprostowanie kończyn, dające należyta postawę ciału, stanowi przykład odruchu postawnego.

Odruchy postawne zostały wykryte przez Magnusa, Sherringtona i de Klejna, stanowią one ciągle jeszcze przedmiot badań, i, w miarę pogłębiania tematu, wykrywane są coraz to nowe ich postacie. Odruchy postawne są rozmieszczone na rozmaitych piętrach układu nerwowego.

Odruch postawny rdzeniowy można zanotować w klinice pod postacią usztywnienia wyprostnego obu kończyn dolnych w przypadkach poprzecznego uszkodzenia rdzenia piersiowego lub szyjnego. Proces chorobowy naśladuje tu doświadczalne oddzielenie rdzenia od pozostałych części układu nerwowego.

Usztywnienie wyprostne obu kończyn dolnych jest nadmiernym, rzec można, karykaturalnym zaakcentowaniem aktu stania.

W miarę posuwania się od dołu ku górze napotyka się coraz bogatszy arsenał odruchów postawnych.

W obrębie rdzenia szyjnego górnego mieszczą się ośrodki odruchów postawnych, t. zw. szyjnych (Magnus), polegają one na następującym: podczas nachylenia łba zwierzęcia (kota, psa, świnki morskiej, małpy i t. d.) do tyłu, kończyny tylne zginają się, a przednie prostują. Podczas pochylenia łba do przodu odwrotnie: kończyny tylne prostują się, przednie zaś zginają.

W myśl tego, co powiedziane, że odruch ma na celu pewien pożytek, należy w odruchach postawnych upatrywać cechę użyteczności dla ustroju.

Kiedy kot lub pies spożywa jedzenie, umieszczone nisko na podłodze, to pochyla łeb ku dołowi, przysiadła na kończynach przednich, a tylne trzyma wyprostowane. (Fig. 1).

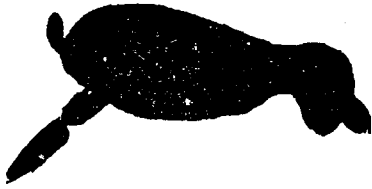


Fig. 1.
Odruch szyjny u zwierząt. Głowa do przodu. Kończyny tylne wyprostowane.

Stąd pochylenie łba do przodu ma utworzoną drogę do mechanizmu tu opisanego, przy którym kończyny przednie zginają się, tylne prostują.

Kiedy zwierzę sięga pyskiem do pożywienia, umieszczonego wyżej, niż poziom jego łba, to przysiadła na łapach tylnych, prostuje łapy przednie i łeb unosi ku górze. (Fig. 2).



Fig. 2.
Odruch szyjny. Głowa do tyłu. U zwierząt kończyny tylne zgięte.

Pochylenie zatym głowy grzbietowe idzie w parze ze zgięciem kończyn tylnych i wyprostowaniem przednich.

U człowieka odruchy szyjne przedstawiają się zgoła inaczej: pochylenie głowy do tyłu powoduje u niego wyprostowanie kończyn dolnych (Fig. 3), pochylenie



Fig. 3.
Odruch szyjny. Głowa do tyłu. U człowieka kończyny dolne wyprostowane.

zaś do przodu daje ich zgięcie (Fig. 4). Widać więc końcową różnicę z tym, co było u zwierząt.

Pochodzi to z różnic, jakie istnieją w zwykłych ułożeniach ciała ludzi i zwierząt. Kiedy człowiek spogląda ku górze, przechylając głowę do tyłu, to nogi jego prostują się mocno, tyłopochylenie głowy zbiega się z pozycją kończyn dolnych, biegunowo różną od pozycji kończyn tylnych u zwierząt (Fig. 3, fig. 2).

Kiedy człowiek pochyla głowę do dołu i manipu-

luje przedmiotem, leżącym na ziemi, to raczej zgina nogi. Przdopochylenie więc głowy sprzęga się u niego ze zgięciem kończyn dolnych (Fig. 4).



Fig. 4.
Odruch szyjny u człowieka. Głowa do przodu. Kończyny dolne zgięte.

Takie jest przypuszczalnie tłumaczenie odruchów postawnych szyjnych i taka różnica pomiędzy odruchami tymi u zwierząt i u ludzi.

Nawiasem dodać można, że w klinice znane są oddawna odruchy szyjne, pod innymi zresztą definicjami. Tak odruch karkowy *B r u d z i ń s k i e g o*, polegający na zgięciu kończyn w kolanach przy przdopochyleniu głowy, nie jest niczym innym, jak odruchem postawnym. Opisany on został w gruźliczym zapaleniu opon, które najlepiej nadaje się do badania wszelkich odruchów, a więc i postawnych dlatego, że towarzyszące mu zawsze wodogłowie stwarza warunki, zbliżone do stanu odmóżdżenia, to jest stanu, jaki badacze nadają zwierzętom, by wyzwolić ośrodki niżej leżące, z pod kontroli ośrodków wyższych, oraz dlatego, że w cierpieniu tym nasycenie układu nerwowego jadami gruźliczymi wywołuje wrażliwość ośrodków nerwowych, przypominającą stan zatrucia strychniną.

Z innych odruchów szyjnych wymienić należy odruch postawny przy skręceniu głowy bocznym. Polega on na wyprostowaniu kończyn, ku którym zwrócona jest twarz, a które za *M a g n u s e m* nazywać należy kończynami „twarzowymi“, oraz na zgięciu kończyn przeciwnych, ku którym zwrócona jest potylicca, t. zw. „potylicznych“ (Fig. 5).



Fig. 5.
Odruch szyjny. Głowa skręcona na bok. Kończyny twarzowe wyprostowane.

Odruch ten przebiega identycznie u ludzi i u zwierząt.

Biologiczne jego uzasadnienie polega, być może, na tym, że kończyny wyciągają się ku przedmiotowi, na który skierowany jest wzrok.

Inna kategoria odruchów szyjnych występuje podczas pochylecia głowy na ramię. Wynikiem jego jest wyprostowanie kończyn, ku którym pochyliła się głowa (Fig. 6).



Fig. 6.

Odruch szyjny. Głowa pochylona na bok. Kończyny strony pochylecia wyprostowane.

Biologiczna racja takiego odruchu polega na tym, iż pochylenie ciężkiej głowy na jedną stronę, zmienia punkt ciężkości ciała i przesuwa go ku stronie, na którą pochyliła się głowa; wyrównanie tego stanu wymaga mocnego napięcia mięśni wyprostnych kończyn tej strony ciała, aby przeciwdziałać zwiększonemu ciężarowi ku dołowi (Magnus).

Aby wyczerpać opis odruchów szyjnych, wyodrębnionych dotąd, należy wspomnieć o tak zwanym odruchu z *vertebra prominens*, który powstaje przez wywieranie ucisku na wyrostki ościste kręgow szyjnych lub piersiowych górnych. Istnieje on tylko u zwierząt i polega na zgięciu wszystkich czterech kończyn. Mechanizm odruchowy powstać musiał dzięki powtarzaniu następującego ruchu: zwierzę, pragnąc ukryć się przed niebezpieczeństwem, wsuwa się przez najwęższą choćby szczelinę do kryjówki. Ciało jego przy tym rozplaszcza się możliwie, a kończyny zginają się i chowają pod ciało. Podczas przeciskania się przez wąską szczelinę odczuwać musi ono ucisk górnego brzegu szczeliny na wyrostki ościste kręgow. Ta sensacja, związana z jednoczesnym zgięciem kończyn, utrwaliła się w pewien całościowy odruch, który powtarza się obecnie przy wywieraniu ucisku na wyrostek ościsty.

(Dok. nast.)

O c e n y k s i ęż e k .

Dr. Karl SPRING u. Prof. Dr. Harry SICHER. *Allgemeine und örtliche Betäubung in der Zahnheilkunde*. (Urban & Schwarzenberg, Wien-Berlin. 1936. Stron 84. Rys. 30).

W krótko i zwięźle napisanej pracy autorzy poruszają zagadnienie znieczulenia w dentyście, podkreślają warunki specjalne, którym ono musi odpowiadać, i zwracają szczególniejszą uwagę na najnowsze pomysły i dociekania, czynione w tej dziedzinie wiedzy lekarskiej. W części pierwszej, opracowanej przez dra Springera, znajdujemy poza zwykłą charakterystyką różnych rodzajów narkozy dokładne opisy najnowszych przyrządów do ścisłego dozowania mieszanin narkotyków gazowych z powietrzem i tlenem, ich wielkich zalet pod względem bezpieczeństwa i łatwości użycia zarówno przy drobnych, jak i długotrwałych zabiegach chirurgicznych. Najwięcej uwagi poświęcono tlenkowi azotu, stosowanemu dawniej w dentyście pod nazwą gazu rozweselającego, obecnie zaś u nas niesłusznie zaniedbanemu. Warunki specjalne wszelkich zabiegów operacyjnych w jamie ustnej — ich silna bolesność i względna krótkotrwałość — pozwalają na wyzyskanie 1-go okresu narkozy, kiedy to przy pełnym zachowaniu świadomości i możliwości dokonywania celowych i dowolnych ruchów występuje zniesienie wrażliwości na ból, a w najgorszym razie bardzo wybitne jej zmniejszenie. W ten sposób np. w Ameryce przy zastosowaniu odurzenia tlenkiem azotu dokonywa się bezboleśnie całego szeregu takich zabiegów, jak wiercenie bolesnej zębiny, szlifowanie zębów pod korony i t. p. Trafna charakterystyka używanych w chirurgii narkotyków, wprowadzanych do organizmu zarówno drogami oddechowymi, jak dożylnie i odbytniczo, uzupełnia treść części pierwszej tej pracy. Znacznie obszerniejszą część drugą, opracowaną przez prof. Sicheera, poświęcono znieczuleniu miejscowemu. Znajdujemy tu opisy metod znieczulenia zębiny — sprawa w dentyście niezmiernie ważna, niestety, nie zupełnie jeszcze rozstrzygnięta —, oraz znieczuleń zastrzykowych. Metodykę zastrzykiwań opracowano nader starannie z uwzględnieniem najnowszych dróg dojścia do trzonów nerwowych. Staranny dobór rysunków znacznie ułatwia czytelnikowi orientowanie się w stosunkach anatomicznych. Praca obfituje w takie mnóstwo praktycznie ważnych

szczegółów, że w ocenie omówić ich nie ma możności. Kto się sprawą znieczuleń w dentyście interesuje, powinien rzecz przeczytać w oryginale, na to bowiem ona w zupełności zasługuje.

L. Brednejsen.

H. HORSTERS. *Grundriss der klinischen Diagnostik*. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1936. Str. VIII+615 ze 123 rysunkami w tekście i 4 barwnymi tablicami.

Autor nazwał skromnie swą pracę „Zarysem diagnostyki klinicznej”, lecz *de facto* jest ona dość wyczerpującym podręcznikiem diagnostyki chorób wewnętrznych oraz nerwowych i psychicznych. Podręcznik rozpada się zasadniczo na dwie części: diagnostykę ogólną, uwzględniającą wywiady, fizykalne badanie (oglądanie, obmacywanie, opukiwanie i osłuchiwanie), ogólne badanie rentgenowskie i badanie chemiczne, fizykalne i morfologiczne moczu i krwi, oraz diagnostykę szczegółową, omawiającą badanie poszczególnych narządów i znaczenie rozpoznawcze stwierdzonych przy tym badaniu objawów. Autor uwzględnia najnowsze metody badawcze, omawiając również ich podstawy teoretyczne. Omówione więc są takie metody, jak kimografia, badanie rentgenowskie metodą Berga, encefalografia, myelografia, oznaczanie Ph, zasobu zasad, metoda hematokrytów, spektroskopio krwi, oznaczanie ilościowe najważniejszych składników chemicznych krwi (azotu resztkowego, cukru, cholesteryny, NaCl, Ca, barwników żółciowych, kwasu moczowego, alkoholu, acetonu, nieorganicznego P), dalej elektrokardiografia z zaburzeniami rytmu, sfigmografia, flebografia, mierzenie ciśnienia tętniczego i żylnego, rzutu skurczowego, ilości krwi krążącej, ortodiagramy, metody badania czynnościowego nerek, badanie frakcjonowane żołądka, badanie kału, ilościowe oznaczanie przemiany podstawowej, odczyny serologiczne do najnowszych, badania bakteriologiczne. Uwzględnione zostały najnowsze zdobycze z dziedziny nauki o hormonach i witaminach. Bardzo szczegółowo omówione zostało rozpoznawanie chorób układu nerwowego z uwzględnieniem jego anatomii i fizjologii (szlaki nerwowe). Książka jest napisana bardzo przystępnie i przejrzysto, bardzo dobre ryciny ułatwiają przyswajanie sobie materiału, do czego też przyczyniają się dość licz-

ne tabele, ujmuje najważniejsze objawy, które należy przede wszystkim uwzględnić w rozpoznawaniu różniczkowym. W ostatnim rozdziale omawia autor stosunek lekarza do chorego, podkreślając, że przez postawienie właściwego rozpoznania najszybciej może lekarz pozyskać zaufanie pacjenta. Można bardzo gorąco polecić tę pożyteczną książkę, z której może wiele się nauczyć student, a lekarz przypomnieć i uzupełnić.

H. J. L a n d a u.

LINDBLOM K. **A roentgenographic study of the vascular channels of the skull.** (Acta Radiologica, Suppl. XXX, str. 146, Sztokholm, 1936).

Praca opiera się na zdjęciach czaszki szpitala Serafimer-lazarettet w Sztokholmie, które częściowo dotyczą przypadków, opisanych w znanych monografiach Olivecrony. Składa się ona z dwu części, z których pierwsza poświęcona jest anatomii prawidłowej kanałów i otworów naczyniowych czaszki z uwzględnieniem odmian i wad rozwojowych. Druga część zajmuje się zmianami w krążeniu czaszki w przypadkach patologicznych, głównie w nowotworach mózgu i opon oraz w przypadkach tętniaków tętniczo-żylnych. Omówiwszy obrazy prawidłowe otworów i kanałów, przez które wchodzi do czaszki tętnica i wychodzą naczynia żyłne, oraz obrazy rowków naczyniowych podstawy i sklepienia czaszki, autor na końcu tego rozdziału podaje tabelaryczne zestawienie ich szerokości, względnie średnicy, co jest wielce pożyteczne dla oceny zmian chorobowych, polegających najczęściej na rozszerzeniu kanałów i rowków, niekiedy jednostronnym, a w rzadkich wypadkach na ich zwężeniu lub zaniku. Część, poświęcona patologii, uwzględnia 536 przypadków guzów nowotworowych i innych. Podzieliwszy je na grupy według budowy histologicznej i według umiejscowienia, autor kolejno przedstawia zauważone zmiany w kanałach i rowkach naczyniowych. W przypadkach guzów tych a także w zwężeniu wodociągu Sylwiusza i w tętniakach tętniczo-żylnych zmiany w obrazach kanałów i rowków naczyniowych zdarzają się często, najczęściej w nowotworach opon (meningiomatach), tętniakach tętniczo-żylnych i w tych sprawach chorobowych, które powodują przewlekłe wodogłowie wewnętrzne. Na uwagę zasługuje rozszerzenie wpustu potylicznego (*emissarium occipitale*) jako objaw wzmoczonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Dużo mniejsze znaczenie ma zanik symetryczny rowków naczyniowych, szczególnie w okolicy guzów ciemieniowych, będący następstwem powierzchownego zaniku blaszki wewnętrznej, wywołanego wzmocnionym ciśnieniem. Zmiany naczyniowe nie mogą służyć jako cechy lokalizacyjne w guzach wewnątrzmożgowych (z wyjątkiem *angioreticuloma* mózdzku), ani też w takich nowotworach pozamózgowych, jak guzy przysadki i neurinomy. W grupie śródbłoniaków opon (meningiomatów) zmiany w rowkach i kanałach oponowo-kostnych często czyniły możliwym nie tylko umiejscowienie guza, ale także pozwoliły wyciągać wnioski co do jego budowy histologicznej. Objawy lokalizacyjne dawały się stwierdzać w prawie wszystkich przypadkach meningiomatów na wypukłości i w większości tychże nowotworów, położonych obok płaszczyzny strzałkowej (parasagittalnie). Rozszerzenie otworu kolcowego (*foramen spinosum*) jako wyraz rozszerzenia tętnicy oponowej środkowej (*meningeal media*) występowało niekiedy w przypadkach meningiomatów małego skrzydełka kości klinowej i dna przedniej jamy czaszkowej. W meningiomatach okolicy węchowej rozszerzenie kanału nerwu wzrokowego, w następstwie rozszerzenia tętnicy wzrokowej, występowało jako objaw, zwykle spotykany, lecz niemający charakteru znamiennej. W przypadkach tętniaków tętniczo-żylnych rozszerzenie naczyń oponowo-kostnych występuje podobnie, jak w śródbłoniakach opon, i ma znaczenie jako objaw lokalizacyjny, jeśli chodzi o tętniaki, dotyczące naczyń oponowych. Jeśli tętniaki te znajdowały się w obrębie naczyń mózgu, często można było stwierdzić rozszerzenie kanałów i rowków kostnych, lecz objawy te pozbawione były znaczenia lokalizacyjnego. Omawiana praca jest cennym przyczynkiem do sprawy radiologicznego rozpoznawania nowotworów mózgu i jego przydatków i powinna się znaleźć w ręku tak radiologa, jak i neurologa i neurochirurga.

Witold Z a w a d o w s k i.

Wskazówki praktyczne.

R. F i s c h e r poleca *Aviril*, maść antywirusową *Besredki*, w leczeniu *czyraków nosa i ucha*, jakoteż *wyprysków*, towarzyszących ropniom nosowym i usznym. U osób skłonnych do powyższych cierpień skórnych *Aviril* z pożytkiem może być stosowany zapobiegawczo. (Med. Klin. 1937, N. 4).

—o—

G. L o t h e i s s e n od szeregu lat stosuje z dużym powodzeniem *nowy proszek przeciwniebezpieczny Formojodin* — hexametylenhexaminhexajodid + talk (fabr. R a v e w Zagrzebiu). Proszek ten odznacza się wybitnymi własnościami bakterioobójczymi, nie drażni skóry i błon śluzowych i pomimo dużej zawartości jodu (32%) nie jest trujący. Może być całymi latami prze-

chowany bez utraty działania przeciwniebezpiecznego. (Med. Klin. 1937, N. 4).

—o—

W *chirurgii brzusznej* stosuje Blum *Doryl*, pochodną choliny, w postaci zastrzykiwań podskórnych w celu pobudzenia ruchu robaczkowego kiszek po operacjach brzusznych, jakoteż przeciwko pooperacyjnemu zatrzymaniu moczu. (Ztbl. Chir. 1936, N. 50).

—o—

Dobrym środkiem, pobudzającym ruch robaczkowy kiszek, jest *Prostigmina*. Po cięciach brzusznych stosuje się zapobiegawczo przeciwko atonii kiszek: w 1/2 godziny po zastrzyknięciu Prostigminy robi się lawatwę ze 100 ctm³ 15% soli kuchennej. (Western J. Surg. 1936, N. 44).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Walne Zebranie

XXII. Posiedzenie Naukowe z dnia 24 kwietnia 1936 roku.

Część naukowa zebrania została zorganizowana wspólnie z Oddziałem Poznańskim Towarzystwa Internistów Polskich. Obecnych na zebraniu 47 członków oraz 26 gości, razem osób 73.

1. Komunikat zarządu.

Na członka Wydziału Lekarskiego przyjęto kolegę Alfreda Barlika.

2. Pokazy:

1) Kol. Meisnerowski przedstawia: „Przypadek choroby Basedowa u 12-letniej dziewczynki”.

Rzadki ten przypadek choroby Basedowa u dziecka leczono dwujodotyrozyną firmy „Roche”, w dawkach po 0,03 gr. 2 × dz. Przy takim leczeniu osiągnięto zmniejszenie się wszystkich objawów chorobowych, a przede wszystkim spadek liczby tętna oraz znaczny przyrost wagi ciała.

Rozprawa:

Kol. Hryniewiecki (członek Wydziału): zapytuje ile wynosiła przemiana podstawowa w powyższym przypadku przed kuracją i po kuracji?

Kol. Tuszewski (członek Wydziału): podkreśla rzadkość tego schorzenia u dzieci.

Kol. Meisnerowski: Przemiana podstawowa wynosiła przed leczeniem — 48%, przed opuszczeniem szpitala — 33,4%.

2) Kol. Stocki Jan przedstawia: „Przypadek gnilca na tle błędów dietetycznych rozpoznany i leczony w oddziale Wewnętrznym Szpitala SS. Elżbietanek”.

Charakterystyczne zmiany gnilcowe pojawiły się u pacjentki lat 53, która przez ca 3 lata cierpiała na przewlekły nieżyt kiszki grubej i w tym czasie systematycznie unikała spożywania jarzyn. Przy ogólnym ciężkim stanie pacjentki zwróciło uwagę na podłoże schorzenia wrzodziejące zapalenie działęł. Przy odpowiednim leczeniu (sok cytrynowy, soki z jarzyn Vitavit) pacjentka w ca 3 tygodnie została wypisana ze szpitala jako zupełnie zdrowa, przy czym cofnęły się nie tylko objawy ze strony działęł, ale również krwotoczne zapalenie stawów kolanowych, które przed przybyciem pacjentki uważano za gościec. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość w warunkach normalnej aprowizacji i doskonale ilustrowe skutki przesydy z jaką są wykonywane przez niektórych pacjentów przepisy dietetyczne lekarza.

Rozprawa:

Kol. Tuszewski (członek Wydziału): podkreśla, że chora leczyla się przez długi czas na schorzenie stawowe, i z powodu wysięku stawowego skierowano ją do chirurga, który przekazał chorą na oddział wewnętrzny.

Kol. Łabendziński (członek Wydziału): spostrzegł podobny przypadek gnilca, który wystąpił na skutek złe zrozumianego polecenia lekarskiego. 22-letni student, po 5-miesięcznym stosowaniu ostrej diety, przybył do Polikliniki Wewnętrznej z bólami w mięśniach i stawach, wybroczynami skórnymi i znacznymi zmianami krwotocznymi działęł. Po podaniu świeżyc soków już po 4 dniach nastąpiła znaczna poprawa, po 2 tygodniach znikły wszystkie objawy. Przypadek był ogłoszony w Now. Lek. 1931 r.

3) Kol. Strzyżewski: „Przypadek III-rzędowej kiły skóry”.

Kol. St. przedstawia chorą l. 35, u której w r. 1931 zjawił się w okolicy mostka guz wielkości orzecha włoskiego. Po usunięciu chirurgicznym tego guza wytworzyła się blizna, na której obwozie powstały wykwyty w postaci „krost i wrzodów”. Pacjentkę przekazano do zabiegu chirurgicznego. Na obwodzie świeżej blizny poczęły wytwarzać się wykwyty podobne do poprzednich, wobec czego wykonano do chwili obecnej kilka zabiegów chirurgicznych.

Chora przyszła do Kliniki Dermatologicznej U. P. przed 3 tygodniami z rozpoznaniem *lupus vulgaris*. Wywiady co do przebytej kiły ujemne. Porażenia nie było. Odczynów serologicznych we krwi nigdy u pacjentki nie badano. Leczenia przeciwkitowego także nie przeczodziła.

Na skórze widać obecnie rozległą bliznę, obejmującą górną część klatki piersiowej, niewielki odcinek pleców, przednią część szyi oraz dolne odcinki policzków. Blizna jest nierowna, biaława, miejscami o kształcie gwiazdystym. Liczne zagłębienia w obrębie blizny świadczą o tym, że tkanki głębsze nie wyłączając kosnej, były również wciągnięte do sprawy chorobowej. Na brzegach blizny widać różnej wielkości i głębokości ubytki, częściowo pokryte strupami, częściowo wygojone.

W klinice Dermatologicznej rozpoznano *lues III gummosa*. Odczyn luetynowy i odczyny serologiczne we krwi dały wyniki wybitnie dodatnie.

Rozprawa:

Kol. Straszyński (członek Wydziału): uważa powyższy przypadek za pouczający, gdyż rozpoznanie zmian kitowych jako *lupus vulgaris* doprowadziło do ciężkiego oszpecenia skóry wskutek niezastosowania wczesnej kuracji przeciwkitowej. Dermatologowi sprawa nie nastręcza trudności rozpoznawczych, dlatego też ordynujący chirurg winien był zasięgnąć rady dermatologa, skoro pobranie krwi do badań serologicznych sprawiało mu trudności.

4) Kol. Kozłowski (członek Wydziału): „Guz okolicy skrzyżowania nerwu wzrokowego”.

Kol. Kozłowski przedstawia 8-letniego chłopca, który 14 marca b. r. przybył do Kliniki Ocznej U. P. ze skargą na nagłe zaniewidzenie. Pacjent zachorował w ostatnim tygodniu lutego bieżącego roku i przez okres 2 tygodniowy miał silne bóle głowy, dreszcze, nudności i wymioty. W tydzień po rozpoczęciu się choroby wzrok zaczął powoli pogarszać się. Pacjent 6 marca poszedł do szkoły i tam nagle zaniewidział. W dniu przybycia do Kliniki stan oczu, poza lekkim zblednięciem tarczy nerwu wzrokowego lewego oraz rozszerzeniem i brakiem reakcji na światło lewej źrenicy, żadnych zmian nie wykazał. Ostrość wzroku: na oku prawym. — poczucie światła, na oku lewym — ruchy ręki przed

okiem. Rozważania różnicowo — rozpoznawcze nauwały w tym przypadku dwie możliwości: albo istnienie pozagątkowego zapalenia nerwu wzrokowego obustronnego, albo też ucisk obustronny na nerw wzrokowy w okolicy siodełka tureckiego. Wobec tego, że pozagątkowe zapalenie nerwu wzrokowego było mało prawdopodobne, skłoniono się do rozpoznania guza wewnątrzczaszkowego, uciskającego na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, mimo że zdjęcie rentgenowskie okolicy siodełka tureckiego zmian nie wykazało.

Na podstawie tych rozważań wykonano dwukrotnie nakłucie łądźwiowe, wypuszczając za pierwszym razem 8cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, a za drugim 15 cm³. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazało żadnych zmian. Ciśnienie śródczaszkowe trudno było oznaczyć z powodu niespokojnego zachowania pacjenta. Badanie ryнологiczne oraz zdjęcie rentgenowskie przednio-tyłne zmian nie wykazało.

Po wykonanych punkcjach wzrok powoli zaczął się polepszać, tak, że 10-go dnia po przybyciu pacj. do Kliniki można było wykonać pole widzenia, które wykazało potowiczne skroniowe niedowidzenie z zajęciem środka pola. Ponieważ obraz pola widzenia potwierdził nasze podejrzenia, naświetlano okolicę siodełka tureckiego promieniami Roentgena po 140 r., z każdej strony, po którym to naświetlaniu nastąpiła szybka poprawa ostrości wzroku na oku prawym, oraz ustąpił ubytek w środku pola widzenia. Na oku lewym natomiast, które już w dniu przybycia pacjenta do kliniki wykazało lekki zanik nerwu wzrokowego, nastąpiło całkowite zaniewidzenie.

Obecnie pacjent na prawym oku ma ostrość wzroku prawidłową (5/5). Czyta najdrobniejszy druk. Pole widzenia wykazuje skroniowy ubytek, dochodzący do 10 stopni. Zatem chodzi tu niewątpliwie o guz przysadki mózgowej, prawdopodobnie o gruczolak, gdyż znaną jest rzeczą, że guzy te łatwiej poddają się działaniu promieni Roentgena, aniżeli inne.

Rozprawa:

Kol. Bross (członek Wydziału): zapytuje, czy istniało w tym przypadku tętno uciskowe? Jakie było ciśnienie krwi?, czy istnieją zaburzenia dokrewne innego rodzaju? np. ze strony tarczycy?

Kol. Hryniewiecki (członek Wydziału): zapytuje, czy wykonano w powyższym przypadku badanie moczu i odczyn Pirqueta?

Kol. Kozłowski (członek Wydziału): w odpowiedzi kol. Brossowi: Żadnych objawów uciskowych u pacjenta nie stwierdzono. Ciśnienia krwi nie mierzono. Żadnych zaburzeń ze strony gruczolów dokrewnych nie znaleziono. W odpowiedzi kol. Hryniewieckiemu: Mocz nie wykazywał żadnych zmian patologicznych. Odczynu Pirqueta nie robiono.

5) Kol. Alkiewicz Jan (członek Wydziału): „Przypadek *Erythema nodosum*”.

Chora lat 33 zachorowała przed tygodniem z gorączką do 37,8°, dreszczami, łamaniem w kościach. Równocześnie wystąpiły na podudziach plamy sine, na brzegach różowe, b. wrażliwe na dotyk. Ponieważ w otoczeniu korzenia 4 zęba pr. górnej szczęki znajduje się ziarniniak, jak wykazuje radiogram, rozważa się możliwość związku przyczynowego zakażenia ogniskowego z wykwitami skórnymi. W ostatnich latach zjawiają się prace autorów, którzy łączą te sprawy, m. i. Bedford, Kerl, Kémeri.

Rozprawa:

Kol. Straszyński (członek Wydziału): podkreśla znaczenie ogniskowego zakażenia w różnych dermatozach, w których spotyka się niekiedy zatryby mikrobowe w naczyniach skórnym.

Kol. Bross (członek Wydziału): Nawiązując do przedstawionego przypadku, pragnę zaznaczyć, nie przecząc doniosłości zakażenia, wychodzącego z zębów, że trzeba jednakże zachować krytycyzm i nie poddawać się modzie, która zaczyna grasować w Poznaniu. Do jakiego absurdu można dojść przy braku krytycyzmu, dowodzi przypadek, który przedstawiłem na Poznańskich Wieczorach Lekarskich (14.6.35). U 30-letniej kobiety usunięto w Montreal w Kanadzie wszystkie zęby, chorych sześć, resztę zdrowych, w poszukiwaniu ogniska zakażenia.

3. Część organizacyjna:

Kol. Bross prosi o wyjaśnienie podstaw formalnych zwołanego Walnego Zebrania, opierając się o przepisy § 32 Statutu Towarzystwa Przyjaciół Nauk, którego tygodniowy termin według niego nie został przez zarząd dotrzymany.

Zarząd wyjaśnia, że 1) przepisy wspomniane dotyczą Walnego Zebrania Towarzystwa Przyjaciół Nauk, a nie Wydziału Lekarskiego (Tytuł VI. §. §. 30 — 35). 2) przepisy statutowe T. P. N. dotyczące wydziałów (Tytuł III. §. §. 13 — 16), nie regulują sprawy walnych zebrań Wydziału Lekarskiego. 3) brak jest regulaminu Wydziału Lekarskiego, któryby w tych sprawach obowiązywał, wobec cze-

go zarząd nie jest skrepowany prawnym przepisem w sprawie terminu zwołania zebrania.

W dyskusji nad poruszoną przez kol. Brossa sprawą zabierają głos Kol. Kol. Jagielski, Łabendziński, Nowakowski, Kucharski i członkowie zarządu, po czym następuje uchwała prawomocności Walnego Zebrania.

Kol. Bross zgłasza *votum separatum* w tej sprawie.

Kol. Kapuściński referuje wynik obrad Komisji dla spraw reorganizacji Wydziału Lekarskiego i podaje jej uchwałę z dnia 6 kwietnia b. r. do wiadomości Walnego Zebrania. Uchwała Komisji brzmi następująco:

„Po zapoznaniu się z trudnościami, jakie wynikają dla rozwoju Wydziału Lekarskiego jako naukowego towarzystwa lekarskiego w obecnej formie organizacyjnej, Komisja dla reorganizacji Wydziału Lekarskiego T. P. N. wypowiada się za odłączeniem Wydziału Lekarskiego od Tow. Przyjaciół Nauk i przekształceniem go na samodzielne towarzystwo lekarskie.

W dyskusji nad wnioskiem biorą udział Kol. Kol. Kapuściński, Alkiewicz Jan, Bross, Jagielski, Hryniewiecki, Tuszewski, Grossmanówna, Nowakowski, Łabendziński i Stojalowski. We wszystkich przemówieniach poza Kol. Jagielskim zaznacza się zgodność poglądów na sprawę przeobrażenia Wydziału Lekarskiego T. P. N. na samodzielne towarzystwo lekarskie.

Pewne trudności jednak następcza forma likwidacji Wydziału Lekarskiego na korzyść nowego stowarzyszenia w związku z jego majątkiem, który statutowo należy do Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Pośród szeregu propozycji przedłożono Walnemu Zebraniu 3 konkretne wnioski:

1) Kol. Bross: „Ze względu na nieprawidłowy termin zwołania dzisiejszego zebrania wnoszę o niegłosowanie za wnioskami komisji“. Wniosek upadł przy 3 głosach za, 21 przeciw i 5 wstrzymujących się“.

2) Kol. Grossmanówna: „Dzisiejsze Walne Zebranie przyjmuje do wiadomości sprawozdanie Komisji porozumiewawczej i upoważnia ją do dalszych pertraktowań z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w sprawie majątku“.

3) Sprawozdawca Komisji Kol. prezes Kapuściński: „Walne Zebranie przyjmuje do wiadomości sprawozdanie komisji dla spraw reorganizacji Wydziału Lekarskiego i wypowiada się za uchwałą komisji w sprawie przekształcenia Wydziału Lekarskiego T. P. N. na samodzielne towarzystwo lekarskie, porucząc pertraktację z zarządem Tow. Przyjaciół Nauk w sprawie majątku Wydziału Lekarskiego podkomisji, wyłonionej przez komisję dla spraw reorganizacji. Członkami podkomisji są: Kol. Kapuściński, Kol. Gantkowski i Kol. Jan Alkiewicz“.

Wobec dalej idącego wniosku sprawozdawcy komisji, który otrzymał 20 głosów za, 7 przeciw przy 3 wstrzymujących się wniosk Kol. Grossmanówny nie został przegłosowany.

Wykłady Kol. Wawrzyniaka i Hanasza oraz Tomaszewskiego nie zostały wygłoszone wobec spóźnionej pory.

Sekretarz: Prezes:
(—) K. Stojalowski. (—) W. Kapuściński

XXIII. Zebranie z dnia 8 maja 1936 roku.

Obecnych na Zebraniu 36 osób.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Towarzystwa Internistów Polskich.

1) i 2) Kol. Prezes donosi, że wykład Kol. Hanasza pod tytułem: „Wrażenie z kongresu kardiologów w Nauheimie i kongresu internistów w Wiesbaden“, nie zostanie wygłoszony.

3) Wykład:

Kol. Tomaszewski (członek Wydziału): „Zagadnienie wpływu adrenaliny i acetylcholiny na tonus serca“ (z przezciami).

Autor referuje wynik badań doświadczalnych, wykonanych na zwierzętach w Instytucie Fizjologii w Lozannie. Do badania tonusu serca była użyta metoda pletysmograficzna. Badania były wykonane przy normalnym krążeniu krwi, *intra situm*, po otwarciu klatki piersiowej. Były rejestrowane optycznie zmiany objętości serca, zmiany objętości wyrzutowej, dalej ciśnienie tętnicze i żylny. Hormony krążenia adrenalina i acetylcholina były wstrzykiwane wprost do przedsionka. Z przeprowadzonych doświadczeń wynika, że nie ma żadnych danych, któreby przemawiały za bezpośrednim pierwotnym działaniem adrenaliny i acetylcholiny na tonus mięśnia sercowego przy normalnym krążeniu. Opisane zmiany, które występowały po za-

strykiwaniach adrenaliny i acetylcholiny należy tłumaczyć jako mechaniczne następstwo i przystosowanie się serca do zmian, które pod wpływem tych środków występują w obwodowym układzie krążenia.

(Praca wydrukowana w Pflügers Archiv 1936 i Polskiej Gazecie Lekarskiej 1936, Nr. 17).

Rozprawa:

Kol. Jezierski (członek Wydziału):

W sprawie nierównomiernego działania adrenaliny na tonus serca i naczyń wskazać należy, że sprawa ta zależy od wpływów ośrodków wazomotorycznych, a prócz tego od nierównomiernego zachowania się naczyń, t. j. od balansu i przyprywu krwi do naczyń. Np. pod wpływem adrenaliny zwężają się naczynia mózgowe, *Art. carotis comm. i Art. femoralis* rozszerzają się znacznie, natomiast arterie nerek i jelit zwężają się i pomniejszają swą pojemność.

Kol. Tomaszewski (członek Wydziału):

Zwiększenie objętości wyrzutowej występuje na skutek zwiększonego przyprywu przez naczynia wieńcowe serca (po adrenalinie). Poza tym z badań Fleischa nad *stnus carotici* wynika, że zwiększenie ciśnienia tętniczego powoduje refleksyjne wzmoczenie tonusu naczyń żylnych, co przyczynia się również w pewnym stopniu do zwiększonego i szybkiego przyprywu krwi do serca.

4) Wykład:

Kol. Wawrzyniaka i Hanasza (członków Wydziału): „Blok częściowy z okresami Wenckebacha w obrazie klinicznym i elektrokardiograficznym“.

(Ukaże się *in extenso* w Nowinach Lekarskich).

Rozprawa:

Kol. Orzechowski: Częściowy blok przedsionkowo-komorowy typu I, z okresami Wenckebacha, w klinice nienależy do rzadkości. Rozwija się on zazwyczaj ze zwykłego zahamowania przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, uwydatniającego się na krzywej elektrokardiograficznej przedłużeniem odcinka P — Q ponad 0,2 sek. Z momentów przyczłunowych, poza zmianami organicznymi, mianowicie procesami zapalnymi, mogącymi wywołać częściowy blok przedsionkowo-komorowy typu I, należy szczególnie podkreślić wpływy toksyczne, zwłaszcza zatrucie naporstnicą. W przypadku, omówionym przez kol. Wawrzyniaka, naporstnica również wywołała powyższe zaburzenia. Rokowanie w tych zaburzeniach, powstałych wskutek zatrucia naporstnicą, jest dobre: okresy Wenckebacha stanowią okres przejściowy, znikając bez śladu.

Kol. Tomaszewski (członek Wydziału): Blok częściowy typu Wenckebacha może poza zatruciem naporstnicą powstać również w grypie oraz w bardzo rzadkich przypadkach jeszcze w innych chorobach infekcyjnych. W powstaniu bloków w związku z zatruciem naporstnicą gra dużą rolę indywidualna wrażliwość osobnika na ten lek. Niektórzy pacjenci są tak uczuleni, że wykazują już po kilkunastu dniach stosowaniu normalnych dawek pierwsze objawy przedawkowania, jak bigeminię, zaburzenia przewodnictwa i t. d.

Kol. Majer Waław: Chciałbym dorzucić kilka uwag, które nieco luźno łączą się z oboma referatami. W swoich ciekawych badaniach spostrzegł Kol. Tomaszewski kilkakrotnie zamiast spodziewanego podwyższenia ciśnienia krwi po zastrzyknięciu adrenaliny obniżenie się tegoż. Otóż ten właśnie fakt mnie zastanawia. Opierając się na wynikach badań farmakologii, używamy adrenaliny do podwyższenia ciśnienia krwi. Jednak fakt odwrotnego skutku chociażby w niedużym odsetku przypadków wykazuje, że naszymi wiadomościami o istocie działania lekarstw, nawet często używanych, bardzo chłubić się nie możemy. Farmakologia ma tu jeszcze szerokie pole działania. Dopiero w ostatnich latach zaczynają się nowe prądy w badaniach farmakologicznych. Wprowadzono pojęcie t. zw. fazowego działania lekarstw czyli możliwość wręcz odwrotnego skutku tego samego środka, zależnie od stanu organu czy organizmu (Wilder, Rentz, Kötschau). Z własnego doświadczenia chciałbym wspomnieć o podrażniającym działaniu morfiny, podczas gdy naogół morfina znieczula, uspakaja. Zauważyłem również, że strychnina, zastosowana u neurasteników, nie wywiera tonizującego działania, ale wyraźnie rozdrażnia czyli osłabia.

Kol. Bross (członek Wydziału): Niewątpliwie w przypadku przedstawionym chodzi o zaburzenia po przedawkowaniu naporstnicy, którą w takich przypadkach trzeba stosować szczególnie ostrożnie. Nie wiadomo, czy chora przed przybyciem do szpitala już otrzymywała naporstnicę. Nasuwa się myśl, że brak skoordynowanej współpracy między lekarzem leczącym a szpitalem daje tego rodzaju następstwa. Chorzy, wracający

ze szpitala, nie otrzymują na ogół dokładnych danych o stosowanych środkach lekarskich, co może, oczywiście, doprowadzić do zaburzeń, jak w tym przypadku.

Sekretarz:

(—) K. Stojalowski.

Prezes:

W. Kapuściński.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Kolegium Lekarskiego z dnia 18 listopada 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 41/1936) pokazywał N. Jagić przypadek choroby Banga. 40-letni chory gorączkował od 6 tygodni, ciesząc się przy tym dobrym samopoczuciem. Stwierdzono lekkie powiększenie śledziony i nieznaczną leukopenię. Miało się tutaj do czynienia nie z dudem brzuszynym, lecz z chorobą Banga, która się często przenosi na ludzi za pomocą mleka chorych krów. Chorego leczono śródżylnymi wstrzykiwaniami pałeczki Banga (z początku 1 milion, później stopniowo podnieszono dawkę do 2,5 miliona, dopiero po powrocie do normalnej ciepłoty robiono znowu wstrzykiwania szczepionki Banga). Po tych wstrzykiwaniach występuje zawsze gorączka z dreszczami. Po 6—8 wstrzykiwaniach gorączka ustępuje ostatecznie. Pokazywany chory jest od 3 miesięcy stale bez gorączki. Stosowane dawniej śródżylnie wstrzykiwania

szczepionki są niepewne w działaniu. Wstrzykiwania urotropiny, cytotropiny, decholíny i detoksyny są, jak wynika ze spostrzeżeń prelegenta, bezskuteczne.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Styryjskich w Gracu z dnia 17 stycznia 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 41/1936) Spindler pokazywał przypadki *odosobnionych polipów kątnicy i zstępnicy*. W pierwszym przypadku chodziło o 32-letnią chorą, którą przywieziono do szpitala z powodu „zapalenia ślepej kiszki”. Chora miała bóle po prawej stronie podbrzusza, biegunkę, czarne stolce, wykazywała spadek wagi. Ciepłota była normalna. Białych ciałek — 4400, stolce bywały czasami smoliste. Wynik badania rentgenowskiego: stale utrzymujący się ubytek cieniowy w kątnicy wielkości śliwki. Operacja (wycięcie części kątnej krętych i kątnicy) wykazała obecność dużo lekko rozgałęziającego się polipa, który miał swą podstawę w okolicy wyrostka robaczkowego. Histologicznie miało się tutaj do czynienia z brodawkowatym włókniako-nabłoniakiem bez oznak złośliwości. W drugim przypadku znaleziono u 60-letniej kobiety podobne bujania w zakresie zstępnicy. Rentgenologicznie istniało podejrzenie co do raka. Operacyjnie usunięto brodawkowaty polip wielkości orzecha włoskiego, usadowiony na długiej szy-pule. Prelegent podkreśla konieczność wczesnego rozpoznawania tego rodzaju „nowotworów przedrakowych”.

Z j a z d y

VI-ty Międzynarodowy Kongres Urologiczny w Wiedniu.

We wrześniu 1936 r. odbył się w Wiedniu VI-ty Międzynarodowy Kongres Urologiczny, w którym wzięło udział kilkuset lekarzy z całego świata. Polska była reprezentowana na Zjeździe przez kilku kolegów.

Po wstępnym przemówieniu wiceprzewodniczącego Międzynarodowego Towarzystwa Urologów, prof. Legueu (Paryż), uroczystego otwarcia Kongresu dokonał honorowy przewodniczący Zjazdu Prezydent Rzeczypospolitej Austriackiej Miklas, życząc w swym podniosłym przemówieniu powodzenia i pomyślnych wyników obradom. Po powitalnych mowach pp. Ministra Oświecenia, Opieki Społecznej i Wiceprezydenta miasta Wiednia przystąpiono do obrad naukowych Zjazdu, któremu przewodniczył podczas trwania całego Kongresu prof. V. Blum (Wiedeń).

Pierwszy temat główny dotyczył leczenia raka gruczołu krokowego (sterczu).

Pierwszy referent Hryntschak (Wiedeń) omówił na zasadzie 39 przypadków (wśród 500 operowanych prostatyków) powstawanie raka sterczu z punktu widzenia anatomo-patologicznego, wskazując na tylną część otoczki jako na początkowy punkt wyjścia guza. W rozwoju raka sterczu referent odróżnił 4 okresy: 1) okres regeneracyjny; 2) okres nastawienia rakowego („Carcinombereitschaft”); 3) okres przedrakowy („praecanceröse Phase”); i 4) gotowy rak. Ciekawe jest, że u 3% chorych na raka sterczu wśród 310 operowanych nie było żadnych klinicznych objawów, wskazujących na schorzenie to, a w 7% znalazł Hryntschak przy badaniu preparatów zmian „przedrakowe”.

Drugi referent C. A. Nitch (Anglia) jest zwolennikiem leczenia konserwatywnego raka sterczu, polegającego na stosowaniu rentgenoterapii, dającej 6% wyleczeń, lub radu, ale w dużych dawkach (przez odbytnicę, pęcherz i cewkę), po których wyniki są lepsze, gdyż dały dotychczas, na materiale wprawdzie jeszcze nie dużym, 28% wyleczeń. Leczenie zachowawczo-chirurgiczne polega na nałożeniu przetoki pęcherzowej, przeszczepieniu moczowódów do kiszki lub elektrozerekcji, którą w połączeniu z umiejętnym stosowaniem radu prelegent uważa w przyszłości za metodę wyboru, szczególnie w przypadkach zatrzymania moczu wskutek raka naokoło szyi pęcherza.

Wskutek nieobecności trzeciego referenta, prof. Oreja (Hiszpania), generalny sekretarz Kongresu Hryntschak

odczytał streszczenie jego referatu, w którym Oreja, mówiąc o radykalnych metodach operacyjnych raka sterczu, wskazuje na metodę kroczową, mającą więcej zwolenników, niż operacja nadłonowa, dająca gorsze wyniki. Referent twierdzi, że schorzenie jest często za późno rozpoznawane, i dlatego radzi badać gruczoł krokowy każdego pacjenta, który przekroczył 50-ty rok życia. W przypadkach, w których rozpoznanie raka już nie nasuwa wątpliwości, referent stosuje tylko paliatywne metody, mianowicie rezekcję transuretralną i nałożenie przetoki nadłonowej.

Po referatach wyłoniła się obszerna dyskusja. Jako pierwszy zabrał głos Keyes (Nowy York), który główną uwagę zwraca na wczesne rozpoznanie schorzenia i w tym celu radzi w przypadkach chronicznego zapalenia lub guzowatego schorzenia gruczołu krokowego nakłuć krocze dla otrzymania przez punkcję ewentualnych komórek nowotworowych. Prelegent jest zwolennikiem leczenia radem drogą kombinowaną (przez krocze i ponad spojeniem łonowym). V. Illyes (Budapeszt) przedstawił statystykę leczonych i operowanych przez niego chorych, z której wynika, że wśród 287 przypadków, w których dokonana była prostatektomia z powodu objawów przerostu sterczu, w 27 okazał się rak. W 310 przypadkach, rozpoznanych klinicznie jako schorzenie rakowe sterczu, dokonana była częściowa prostatektomia lub rezekcja z leczeniem następnie radem; a w większości przypadków robiono naświetlanie promieniami Roentgena. Rezultaty późniejsze u operowanych i leczonych były następujące: pomiędzy 27-ma operowanymi, — 8 chorych żyło po operacji 5 lat, a trzech — 10 lat; wśród 51 chorych po dokonaniu częściowej prostatektomii — 5 żyło trzy lata, a 2-ch chorych — 10 lat; z 62 chorych po dokonanej rezekcji i aplikacji następnie radu trzech żyło 3 lata i jeden 10 lat; wreszcie pomiędzy 179-ma chorymi, leczonymi promieniami Roentgena, 16 żyło 3 lata, pięciu 4 lata, 2-ch 5 lat. Prelegent uważa otrzymane wyniki w porównaniu z wynikami leczniczymi raków w innych organach za niezadawalające i twierdzi, że jesteśmy poniekąd bezsilni w leczeniu raka sterczu.

Pasteau (Paryż) zapatruje się pesymistycznie na możliwość leczenia raka gruczołu krokowego i już w samej prostatektomii widzi początek walki przeciw schorzeniu temu, a przy pewnej diagnozie jest przeciwnikiem wszelkich zabiegów chirurgicznych. Chauvin (Francja) zakłada na 8—10 dni rad przez krocze za pomocą specjalnej techniki, która w celu uniknięcia przerzutów gra, podług zdania prelegenta, ogromną rolę

łę; Ch; a u v i n ostrzega przed stosowaniem metody wewnętrz-
pęcherzowej, która jest poza tym bardzo bolesna. Gaudy
(Belgia) operował i leczył różnymi metodami 41 przypadków;
stosował np. głęboką terapię rentgenowską, stosował metody
kombinowane z zakładaniem radu i t. d., ale wyniki miał na-
ogół nie dobre i dlatego przychodzi do pesymistycznych wnio-
sków, mówiąc otwarcie, że, gdyby sam miał raka sterczu, dał-
by sobie zrobić tylko cystostomię i żyłby przy przetwory ma-
kowca. Oekonomos (Ateń) operuje metodą Mariona
lub Jounga, ale *quoad sanationem* nie ma dobrych wyni-
ków; stosuje również rad, szczególnie w przypadkach, gdzie
enukleacja całkowita jest niemożliwa, a u chorych, nie nada-
jących się do operacji, radzi stosować poza morfiną i chininą
zastrzykiwania śródmięśniowe prolanu, po których, podług zda-
nia prelegenta, ustają bóle i krwimocz, a samopoczucie cho-
rych ogólnie się poprawia; Oekonomos obserwował nawet
w jednym przypadku po zastrzyknięciu prolanu zniknięcie prze-
rzutów ponad spojeniem łonowym. Morson (Anglia) ma złe
wyniki po stosowaniu radu i nie radzi pacjentom tej kuracji ze
względu m. in. na bóle. Kneise (Niemcy) mówi, że jeste-
śmy bezsilni w leczeniu raków sterczu; prelegent tylko w osta-
teczności nakłada przetokę pęcherzową, poza tym nic nie robi.
Bugbee (Ameryka) stosuje rad i rentgenoterapię. Che-
vassu (Paryż) stosuje w celach rozpoznawczych uretro- i cy-
stografię za pomocą zastrzykiwań lipiodolu dla odróżnienia scho-
rzenia rakowego od chronicznego stanu zapalnego gruczołu;
dla potwierdzenia swych wywodów prelegent pokazał szereg zdjęć.
W razie stwierdzenia raka Chevassu stosuje cystostomię
i rad, ale przyznaje, że nie widział ani jednego przypadku wy-
leczonego; również radzi badać stercz u każdego osobnika po
ukończeniu 50-tego roku życia.

Zinner (Wiedeń) wskazuje np. na ból przy siedzeniu,
jako na ważny objaw w rozpoznawaniu schorzenia rakowego
sterczu oraz radzi stosować proteinoterapię w zastrzykiwaniach
dla różniczkowania stanu zapalnego od raka gruczołu kroko-
wego; ruchome guzy rakowe sterczu nadają się, zdaniem pre-
legenta, do operacji metodą krocową. Zinner podaje 7 przy-
padków, operowanych specjalną metodą za pomocą trzynadło-
nowej całkowitej pozaotoczkowej prostatektomii, z których trzy
mają się dotychczas dobrze. Trochę optymizmu do dyskusji
wniósł w swym przemówieniu Wildbolz (Szwajcaria), któ-
ry wśród 246-ciu chorych na raka prostaty 181 przypadków nie
operował, a u 65-ciu pacjentów dokonał prostatektomii drogą
krocową; z nich 5-ciu = 7,7% zmarło po operacji; 20-tu =
30,7% zmarło w okresie 1 — 3 lat wskutek przerzutów lub miej-
scowych nawrotów; 7-iu = 10,7% zmarło w okresie 1 — 3 lat
wskutek różnych chorób (apopleksja, pneumonia i t. d.); 10-ciu
= 15% prelegent obserwował w okresie 1 — 3 lat jako wyle-
czonych; wreszcie 23-ch pacjentów = 35,4% miało się dłużej
niż trzy lata dobrze i tylko u 7-iu z nich nastąpił w późniejszych
latach nawrót (u 1-go w 9 lat po operacji, a u 2-ch pacjentów
po 6-ciu latach). Wildbolz uważa otrzymane przez siebie
wyniki za stosunkowo pomyślne i dlatego nie radzi odstępować
od leczenia operacyjnego, głównie drogą krocową. Lichte-

stern (Wiedeń) dokonał 184 prostatektomii, wśród których
w 24-ch przypadkach było rozpoznane schorzenie rakowe; pre-
legent uważa raki, wychodzące z otoczki prostaty, za najmniej
pomyślne co do wyników, poza tym operuje nadłonowo i sto-
suje później przeważnie rentgenoterapię w małych dawkach w
przeciągu 8-miu tygodni; leczenia radem Lichtenstern
unikną, gdyż działa on, zdaniem prelegenta, drażniąco. Hryn-
tschak (Wiedeń) wskazuje na nowoczesną metodę dietetycz-
nego leczenia raków podług systemu Freund — Kaminer
i na możliwość zastosowania metody tej u chorych na
raka sterczu. Freund i Kaminer, mianowicie, przyszli
na zasadzie doświadczeń do wniosku, że w przewodzie pokar-
mowym chorych rakowych wskutek patologicznej działalności
flory bakteryjnej (*b. coli*) powstają ciała, jak np. kwas rako-
wy („Carcinomfettsäure“) z tłuszczu zwierzęcego przy kwaśnej
fermentacji oraz działają na rozrost tkanki, a przy zastoso-
waniu pewnych produktów białkowych, olejów i dezynfekcji ki-
szek ulegają redukcji. Kaminer i Freund radzą prze-
to w przypadkach, nie nadających się do operacji, lub u cho-
rych z przerzutami zwracać główną uwagę na przewód pokar-
mowy przez stosowanie specjalnej diety.

Lasio (Mediolan) wskazuje na negatywne wyniki le-
czenia radiologicznego. Blatt (Wiedeń) jest przeciwnikiem
elektrorezekcji i przeszczepienia moczowodów do kiszki oraz ra-
dzi w przypadkach podejrzanych operować metodą kombino-
waną, mianowicie rozpocząć drogą nadłonową, a skończyć
przez krocze; w przypadkach, nie podlegających wątpliwości,
prelegent radzi stosować tylko rentgenoterapię. Blatt poda-
je również statystykę za okres ostatnich 5-ciu lat z kliniki Ru-
britiusa w Wiedniu, z której wynika, że spośród 236 pa-
cjentów prostatyków 143-ch było operowanych, a pomiędzy ni-
mi było 22-ch chorych na raka sterczu; prelegent uważa, że
u każdego 5 — 8 pacjenta z przerostem gruczołu krokowego na-
stępuje złośliwa degeneracja gruczołu. Rainoldi (Rzym)
podaje statystykę 53--ch operowanych przypadków z wynikami
niepomyślnymi; prelegent radzi stosować metodę nadłonową, a
nie krocową. Van den Branden (Belgia) radzi jaknaj-
prędzej operować przypadki podejrzane („Adenome suspecte“).
Bruni (Italia) ma złe wyniki z radem i radzi naświetlanie pro-
mieniami Roentgena. Marinescu (Rumunia) operuje dro-
gą krocową i stosuje rentgenoterapię, a rad zakłada przez cy-
stostomię. G. G. Smith (Ameryka) przedstawił w swej sta-
tystyce wyniki 53-ch przypadków, operowanych metodą Joun-
ga; śmierć nastąpiła w 25-ciu przypadkach; 6-ciu zmarło póź-
niej z różnych przyczyn; 2-ch chorych żyło po operacji 3 — 4
lata; 3-ch chorych żyło 4 — 5 lat; 3-ch chorych żyło 5 — 6
lat; i 3-ch chorych żyło 7 — 8 lat po operacji. Przemawiali
wreszcie w dyskusji jeszcze: Colston (Baltimore), Irwin
(Anglia), Edwin Beer (Nowy York), Teposu (Rumu-
nia) i Bonanome (Italia). Z tak wielkiej liczby mówców
widzimy, że problem leczenia raka sterczu jest nadal otwarty
i czeka na rozstrzygnięcie ze strony chirurgów. (C. d. n.).

Herman Datyner (Warszawa).

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

**Kto jest powołany do orzekania o przydatności do
zawodu?**

Podał

Piotr MACEWICZ (Warszawa).

Idea wyboru zawodu odpowiednio do sił duchow-
wych i fizycznych człowieka jest tak pożądana, tak szla-
chetna i wysoce wartościowa społecznie, że nigdy nie
zabraknie jej szczerych wielbicieli, gotowych poświę-

cić swe siły i wiedzę dla wyszukania dróg wiodących do
celu, którym ta idea przyświeca.

Praca jest naturalną potrzebą człowieka nie tylko
przez wzgląd na zdobywanie sobie w sposób godziwy
egzystencji, lecz przez swój produkt. W każdej pracy
człowiek coś tworzy, czy to przemieniając rzeczywistość,
nadając tworzywu nowe kształty, czy też wywołując
z niebytu nową rzeczywistość. Proces tworzenia i jego
rezultat napawają dumą człowieka i cieszą. Praca jest

tak właściwa człowiekowi, że społeczeństwo skazuje przestępców na bezczynność. Przymusowe bezrobocie jest nie tylko problemem ekonomicznym, lecz pociąga ono za sobą również katastrofę pod względem społecznym i moralnym. Z jednej zatem strony należy człowiekowi pracę dostarczyć, z drugiej zaś — uczynić z niej radość życia. Zadaniem niniejszego referatu jest zarysowanie zagadnień odpowiedzialności pracy do możliwości człowieka, co jest warunkiem owej radości życia, oraz odpowiedź na pytanie, kto o tej odpowiedzialności decydować może i powinien.

Najrozmaitsze potrzeby życia indywidualnego i zbiorowego stworzyły szereg różnych specjalności, mających na celu ich zaspokojenie. Powyższe specjalności zwiemy ogólnie zawodami, a racją ich istnienia jest korzyść społeczna. Czynność zawodowa człowieka ze stanowiska indywidualnego zajmuje zawodoznawcę — organizatora pracy oraz higienistę. Zadaniem pierwszego jest przez zastosowanie maszyn, sprzętów i narzędzi pomocniczych tak ułatwić człowiekowi pracę, aby ten jaknajwięcej zaoszczędził sobie wysiłków fizycznych i mógł być lepiej wynagrodzony, a zadaniem drugiego — ochronić życie i zdrowie pracującego.

Istotnie, stworzenie najodpowiedniejszych warunków pracy podnosi wydajność pracowników, usuwa marnotrawstwo, obniża koszty własne i umożliwia wzrost wynagrodzenia za pracę. Odpowiednie rozmieszczenie sprzętów i narzędzi pracy umożliwia pracownikowi zaoszczędzenie sobie wysiłków fizycznych. Niekiedy dzieje się to nader małym kosztem: tak np. umieszczenie poza pracującym murarzem stołu, na którym pomocnik składa cegły, czyni niepotrzebnym zginanie się murarza dla podnoszenia ich z podłogi i w ten sposób zaoszczędza dużo wysiłków fizycznych.

Zastosowanie korzystnych zmian czy to w kształcie narzędzia, czy to w sposobie operowania zawsze ułatwia pracę, jak np. dobranie odpowiednich wymiarów szpadła do własności przerzucanego materiału, automaty, maszyny biurowe i t. p.

Zastosowanie odpowiednich zabezpieczeń na transmisjach, piłach, plakaty ostrzegawcze, krój i forma ubrania do pracy, maski, rękawice, okulary ochronne, ogrzewanie, nawilżanie (ewent. osuszanie) i oświetlenie warsztatów, usuwanie odpadków, kurzu i śmieci, unormowanie godzin pracy i przerw w zależności od rodzaju samej pracy — to wszystko chroni zdrowie i życie człowieka pracującego.

Rozwiązywanie powyższych zadań wymaga współpracy inżyniera — organizatora pracy i lekarza higienisty. Do zadań pierwszego należy racjonalizacja narzędzi pracy i procesów wytwórczych oraz techniczne rozwiązywanie konstrukcji, niezbędnej do ochrony pracownika zarówno przed urazami fizycznymi, jak i szkodliwściami warunków warsztatowych, a do zadań drugiego — wyjaśnienie wpływu czynności zawodowej i warunków, w jakich się ona odbywa, na ustrój ludzki w celu obmyślenia sposobów zapobiegania kalectwu i rozmaitym chorobom (pomiędzy innymi t. zw. chorobom zawodowym) oraz orzekanie o możliwości wykonywania pewnej pracy przez danego człowieka, ewentualnie wskazanie temuż, jakie czynności zawodowe byłyby dlań najodpowiedniejsze.

Zadaniami technologicznymi w powyższym zakresie zajmować się nie będziemy, ograniczając się do omówienia zadań higienisty, przy czym również pominiemy ogólne postulaty higieny pracy, z którymi można się

zaznajomić z nader obszernej literatury, poświęconej tym zadaniom, a postaramy się uzasadnić tezę, że tylko lekarz-higienista może i powinien orzekać o przydatności człowieka do wykonywania czynności zawodowych.

Żeby odgraniczyć sprawę poradnictwa zawodowego, od niektórych zadań higieny pracy, w krótkości tylko podamy, na czym może być oparta porada zawodowa. Udzielając poradę, doradca zawodowy, będąc w kontakcie z Biurem Pośrednictwa Pracy, winien:

1. Uwzględnić środowisko osoby, której ma być udzielona porada, jej stan majątkowy oraz jej ideały i pragnienia, przy czym konieczne dane ustala drogą osobistej rozmowy z osobą zainteresowaną lub z jej opiekunami.

2. Uwzględnić jej przygotowanie szkolne, wymagając przedłożenia odpowiednich świadectw, ewentualnie zasięgnąć opinii o niej u władz szkolnych, aby dowiedzieć się o zaletach i wadach osoby, której ma być porada udzielona.

3. Wymagać przedłożenia sobie świadectwa lekarskiego o jej stanie zdrowia i ewentualnych przeciwwskazaniach do zajmowania się w określonych warunkach pracy.

4. Wiedzieć, na czym polega praca, która ma być polecona osobie, szukającej porady, i w jakich warunkach dana praca się odbywa (pojęcie pracy jest tu szersze od pojęcia zawodu).

5. Znać rynek pracy i konjunktury gospodarcze.

6. Znać odnośne przepisy prawne.

Zagadnieniami poradnictwa zawodowego tutaj zajmować się nie zamierzamy, przeto, poprzestając na powyższym, wracamy do naszego zasadniczego tematu.

Pogląd, że każdy człowiek zdrowy na ciele i umyśle może być przydatny w dowolnym zawodzie, o ile się tego człowieka uprzednio wyszkoli, w zupełności podzielamy, lecz o to chodzi, co należy rozumieć przez określenie „zdrowy na ciele i umyśle“. Chociaż ono wydaje się zupełnie jasne, jednak musimy je szerzej rozwinąć.

Zdrowy na ciele — to znaczy, że ze stanowiska lekarskiego u danego człowieka nie tylko funkcjonują sprawnie wszystkie narządy ciała w danym czasie, lecz że nie stwierdzamy również istnienia powodów, które owo funkcjonowanie mogłyby zakłócić.

Tak np. stwierdzamy w badaniu danego człowieka, że nie tylko granice jego płuc są w „normie“, lecz, że funkcjonują one bez zarzutu, a opukiwaniem, osłuchiwaniem ewentualnie prześwietleniem nie stwierdzamy żadnych zmian chorobowych, czynnych obecnie lub w przeszłości.

Zarówno badanie narządów zmysłowych i innych układów, jak np. układu krążenia, układu trawienia, układu nerwów obwodowych i t. p., mogłoby doprowadzić do wniosków pozytywnych co do zdrowia danej jednostki. Istnieją również liczne metody psychoneurologów do badania „zdrowia umysłowego“, rezultaty tych badań w przypadkach, gdyby zaszła tego potrzeba, mogą również wypaść dodatnio. W tych warunkach, oczywiście, lekarz nie może stwierdzić żadnych przeciwwskazań do zajmowania się pracą, którą potrafi i chce wykonywać dany człowiek.

Lecz w praktyce napotyka się liczne przypadki, kiedy to wskutek przebytych chorób, warunków rozwoju w różnych okresach życia ludzkiego, dziedziczności i t. p. stwierdzamy u danego człowieka większe lub mniejsze odchylenia od t. zw. normy, czy to pod względem stanu anatomicznego, czy też pod względem funk-

cjonowania różnych narządów jego ciała. I w tych właśnie przypadkach zjawia się konieczność odpowiedzi na pytanie, jaką pracą może, a jaką nie powinien zajmować się dany człowiek.

Na skutek polepszenia ogólnych warunków higienicznych pracy, np. w danym przedsiębiorstwie przemysłowym, lub też wobec wprowadzenia nowych doskonalszych narzędzi lub odmiennych, bardziej racjonalnych sposobów wykonywania może tak się złożyć, że jakiś człowiek, który w warunkach dawnych, ze względu na stan swego zdrowia, nie powinien był wykonywać określonych czynności, obecnie bez żadnej dla siebie szkody może to czynić — i jednym z zadań lekarza-higienisty jest dążyć ku temu, aby pomimo istniejących braków u jakiegoś człowieka, zabezpieczyć mu możliwość pracy—lecz, oceniając w pewnym momencie zdadność jakiegoś kandydata do danego rodzaju pracy, lekarz z czystym sumieniem może orzekać, biorąc pod uwagę istniejące w danym momencie rodzaj i warunki pracy oraz stan zdrowotny kandydata.

Jak wiemy z doświadczeń amerykańskiego przedsiębiorcy Forda, w jego zakładach przemysłowych niektóre procesy wytwórcze tak zostały zorganizowane, że nawet poważne braki w stanie narządów zmysłowych lub braki anatomiczne, czy też pod względem zdrowia nie są przeszkodą w pracy, i taki kierunek organizacji przedsiębiorstwa przemysłowego posiada wielką doniosłość, ponieważ wykazuje, że odsetek ludzi, stanowiących obciążenie społeczne, można znakomicie pomniejszyć, a ludziom upośledzonym pod względem swego stanu zdrowia cielesnego dać możliwość samodzielnego zdobywania środków egzystencji. Jednak, licząc się z obecnym stanem rzeczy, zachodzi niewątpliwa potrzeba oceniać przydatność kandydata do jakiejś pracy, a to ze względów następujących: przede wszystkim czy dany człowiek może wykonywać określone czynności zawodowe oraz czy nie dozna on szkody na zdrowiu na skutek wykonywania pewnego rodzaju pracy w warunkach, w jakich się ona wogóle odbywa lub też odbywa się w danym warsztacie.

Zanim lekarz jakiegoś przedsiębiorstwa przystąpi do kwalifikowania kandydatów do pracy, powinien on przede wszystkim dowiedzieć się, jakiego rodzaju czynności zawodowe są wykonywane przez poszczególnych pracowników danego przedsiębiorstwa, t. j. na czym ich praca polega i w jakich odbywa się warunkach. Ta znajomość jest potrzebna lekarzowi nie tylko do celów właściwego doboru, ale również do celów ewentualnej terapii ponieważ pewne schorzenia mogą powodować na skutek określonych warunków i charakteru pracy. W szczególności dotyczy to powstawania t. zw. chorób zawodowych, które są następstwem całokształtu warunków integralnych dla określonego procesu wytwórczego. Aby wyjaśnić powyższą sprawę, przytoczymy spis chorób zawodowych, które — stosownie do przepisów angielskich — uprawniają dotkniętego nimi pracownika do żądania odszkodowania. Do nich zalicza się:

1. Skutki przewlekłych zatruc ołowiem, rtęcią, fosforem, arsenem, siarkowodorem, tlenkiem niklu, nitro-amidopochodnymi węglowodorów benzolowych, *Gonioma Kassani* (drzewo afrykańskie) w tych przedsiębiorstwach, które w fabrykacji posiłkują się wymienionymi wyżej substancjami.

2. Owrzodzenia na powłokach ciała pod wpływem farb chromowych i stykania się z różnymi pły-

nami, owrzodzenia śluzówki nosa i jamy ustnej pod wpływem wdychania pyłu w przedsiębiorstwach, gdzie istnieją dane warunki pracy; owrzodzenia i nowotwory pod wpływem stykania się z drażniącymi smołami.

3. Zapalenia tkanki podskórnej na rękach i palcach, zapalenia torebki stawu kolanowego i jego kaletki maziowej, zapalenia stawu łokciowego oraz kaletek maziowych i torebek ścięgniętych przedramion i rąk, *Anchylostomiasis*, *Nystagmus* u pewnej kategorii pracowników kopalnianych.

4. Wąglik u pracowników przemysłu przetwarzającego wełnę, włosie, skórę.

5. Nosaczna u osób, z racji swego zawodu stykających się z niektórymi zwierzętami; do tych pracowników zalicza się weterynarzy, stajennych, poganiaczy bydła i t. p.

6. Owrzodzenia nowotworowe moszny u kominarzy i zdunów.

7. Choroba kesonowa u osób, pracujących w warunkach wzmożonego ciśnienia atmosferycznego.

8. Zaćma u pewnych pracowników hut szklanych.

9. Kurcz pisarski u telegrafistów.

Liczba chorób zawodowych jest niewątpliwie znacznie większa od liczby przytoczonego wyżej spisu, lecz niektóre schorzenia dlatego są pominięte, ponieważ one nie są charakterystyczne dla określonego rodzaju pracy, co, zresztą, nie stanowi przeszkody do wystąpienia pracownika o odszkodowanie, a właściwe instancje orzekają po zasięgnięciu opinii lekarza-zawodoznawcy, czy w danym przypadku ma się do czynienia z chorobą, powstałą wskutek warunków określonej pracy.

Do przyczyn trwałej niemożności wykonywania pewnych prac zaliczamy pomiędzy innymi wady narządów zmysłowych, jak np. dyschromatopsję, w szczególności t. zw. daltonizm, który uniemożliwia wykonywanie czynności sprzedawcy tkanin, farb, papieru, czynności malarza pokojowego, sygnalisty okrętowego i t. p. W kolejnictwie daltonizm stanowi dotąd przeszkodę w wykonywaniu czynności takich specjalistów, którzy w swej pracy mają obowiązek orientowania się barwnymi sygnałami, w szczególności koloru czerwonego i zielonego. Jednak zastosowanie barw wyżej wymienionych do celów sygnalizacji powinno być uzupełnione dodatkowymi urządzeniami ze względu na to, że dość znaczny odsetek mężczyzn owych barw od siebie nie odróżnia, a poza tym barwa czerwona na tle czarnym w pewnych warunkach przestaje być widoczna. Odpowiednie eksperymenty autora niniejszego referatu są obecnie w toku, i może one pozwolić wyjaśnić, jakie zestawienie kolorów mogłoby być najodpowiedniejsze dla sygnalizacji kolejowej.

Przy wykonywaniu niektórych czynności nie jest pożądane, aby pracownik posiłkował się szklami korekcyjnymi, ponieważ szybka zmiana otaczającej temperatury powoduje potnięcie szkieł, co w konsekwencji na pewien czas uniemożliwia danemu człowiekowi spostrzeganie otaczających przedmiotów, a poza tym dlatego, że ewentualne strącenie okularów w trakcie wykonywania czynności zawodowych powoduje u niektórych osób zawroty głowy; w czynnościach ztym pilota, szofera zawodowego, maszynisty i t. p. pewne wady refrakcji, wymagające noszenia szkieł korekcyjnych (jak np. krótkowzroczność), mogą stanowić przeszkodę przy wykonywaniu pracy.

Inne anomalie wzrokowe mogą również uniemoż-

liwić pracę w niektórych zawodach. Do takich anomalii zalicza się ograniczone pole widzenia, różnica ostrości wzroku pomiędzy jednym a drugim okiem, jawne lub ukryte zęzy i t. p. Podkreślić tu jeszcze należy, że t. zw. kurza ślepotą może niekiedy stanowić tylko przemijającą przeszkodę przy wykonywaniu takich czynności, które muszą się odbywać również przy zmiennym oświetleniu. Odpowiednia terapia ten niepożądany stan wzroku usuwa; z przypadkami hemeralopii spotykaliśmy się dość często u szoferów, przez czas dłuższy pozbawionych pracy, skutkiem czego oni gorzej się odżywiali, a szczególnie cierpieli z powodu braku odpowiednich tłuszczów.

W tych przypadkach, kiedy pracownik musi porozumiewać się z publicznością lub odbierać sygnały słuchowe znaczne przytępienie słuchu może stanowić przeszkodę przy wykonywaniu obowiązków, lecz o trwałości takiego stanu uszu może zdecydować tylko otiatra.

Inne zmysły w olbrzymiej większości zawodów rozstrzygającego znaczenia nie mają, a w tych nielicznych, zresztą, przypadkach, kiedy pracownik posilkuje się węchem, smakiem, dotykiem w swej czynności, praktyka zawodowa wyodrębnia odpowiednie narzędzia zmysłowe. Powyższe dotyczy np. cukierników, kucharzy, krawców i t. p.

Sprawność układu nerwów obwodowych potrze-

ba jest we wszystkich zawodach, lecz w niektórych dopuszczalne są nieznaczne odchylenia od normy. Wiedząc, jakie ruchy ma wykonywać w pewnej pracy dany człowiek, po stwierdzeniu niektórych braków w funkcjonowaniu u niego nerwów obwodowych, można osądzić, czy może on do danej pracy się nadawać.

Niewydolność układów krążenia i oddychania, mogąca być przyczyną słabej odporności na zmęczenie natury fizycznej lub psychicznej staje się niekiedy trwałym przeciwwskazaniem do zajmowania się takimi zawodami, które charakteryzują się długotrwałością pracy i koniecznością wykonywania znacznie większych wysiłków lub nader wysokiego napięcia nerwowego, ponieważ danemu człowiekowi w tych warunkach może wogóle sił zabraknąć, może się załamać fizycznie i psychicznie. Tutaj należą zawody t. zw. niebezpieczne, np. pewne czynności w przemyśle wojennym, w awiacji, a nawet i na kolei, jak np. czynność „dyżurnego ruchu“ na stacjach o dużej frekwencji, maszynisty i t. p.

Niektóre ułomności ciała lub cechy morfologiczne mogą również stanowić przeciwwskazanie trwałe do wykonywania pewnych czynności zawodowych.

Streszczając powyższe, należy powiedzieć, że omawiana tu niemożność wykonywania pewnych czynności zawodowych jest uwarunkowana integralnymi właściwościami samej pracy i bezwzględnie wyłącza zatrudnianie tutaj niektórych ludzi. (C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	13 XII— 19 XII	20 XII— 26 XII	27 XII— 31 XII	1 I— 2 I. 1937
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	202 (19)*	157 (19)	165 (9)	292 (2)
Dur rzekomy	1 (0)	0	0	0
Dur osutkowy	49 (2)	33 (4)	40 (4)	9 (0)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	13 (1)	2 (0)	4 (0)	1 (0)
Płonica	488 (16)	313 (9)	292 (7)	72 (2)
Błonica	449 (27)	361 (26)	329 (22)	73 (8)
Zapal. op. mózg.	21 (4)	21 (6)	10 (2)	4 (2)
Odra	1900 (12)	686 (11)	599 (8)	186 (5)
Krztusiec	249 (24)	220 (3)	97 (5)	12 (3)
Malaria	0	0	1 (0)	0
Gorączka połogowa	28 (7)	22 (8)	17 (5)	2 (1)
Chor. Heine-Medina	0	2 (0)	0	0
Zap. mózg. śpiączk.	0	0	1 (0)	0
Choroba Banga	0	0	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	491 (182)	299 (120)	267 (145)	56 (32)
Róża	96 (6)	127 (16)	87 (4)	30 (0)
Jaglica	424 (0)	223 (0)	198 (0)	48 (0)
Twardziel	2 (0)	2 (0)	1 (2)	0
Wąglik	0	1 (0)	1 (0)	0
Nosaczyna	0	0	0	0
Włośnica	5 (0)	0	0	0
Wścieklizna	0	0 (1)	0	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Instytut Spraw Społecznych wysłał d. 28.I. r. b. do redakcji „Warsz. Czas. Lek.“ list z komunikatem o mającej się odbyć w d. 31.I oraz 1 i 2.II r. b. Konferencji w sprawie opieki lekarskiej na wsi, prosząc o zamieszczenie go w piśmie i o wydelegowanie delegata redakcji. Niestety, list, wysłany do redakcji, miał adres administracji, skąd przysłany został do redakcji już po zamknięciu Konferencji. Stąd brak w piśmie naszym wiadomości o tej doniosłej sprawie i nieobecność naszego delegata na Konferencji. Mamy nadzieję, że o konferencji i jej wynikach będziemy mogli

czytelników powiadomić. Przy tej sposobności prosimy szanownych interesantów o zwracanie uwagi na adres redakcji.

— Z dniem dzisiejszym wprowadzamy dział p. t. Colloquium terminologicum, o którym wzmiankę dajemy w innym miejscu.

— Zarządzeniem Ministra oświaty Uniwersytet Stefana Batoryego w Wilnie został otwarty d. 27 stycznia r. b.

— Konkurs na pracę naukową. Celem uczczenia pamięci Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego podpisane organizacje ogłaszają konkurs naukowy na pracę nad rakiem. Warunki konkursu: 1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach. 3. Tematem pracy mogą być spostrzeżenia kliniczne jak również doświadczalne z zakresu nowotworów złośliwych. 4. Zgłaszane na konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać odnośne piśmiennictwo rodzime. 5. Prace konkursowe podpisane obranym przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w dwóch egzemplarzach najpóźniej do dnia 12 maja 1937 r. pod adresem — Polski Komitet do Zwalczania Raka — Karowa 21 — gmach Towarzystwa Higienicznego. 6. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 7. Do oceny prac zostanie powołany Sąd Konkursowy. 8. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I—700, II—600, III—300 zł. 9. Prace nagrodzone będą ogłoszone w czasopiśmie Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka p. t. „Nowotwory“ z zaznaczeniem, że praca ta została nagrodzona na konkursie. 10. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród. Pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs. Instytucje organizujące konkurs: 1. Polski Komitet do Zwalczania Raka. 2. Instytut Radowy im. Skłodowskiej-Curie. 3. Łódzkie Towarzystwo Zwalczania Raka. 4. Wileński Komitet do Zwalczania Raka. 5. Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie. 6. Łucki Komitet do zwalczania Raka. 7. Stowarzyszenie Asystentów Uni-

wersytetu Jagiellońskiego. 8. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Poznańskiego.

— Subwencje na badanie raka i chorób wenerycznych. Polska Akademia Umiejętności rozda w kwietniu b. r., z funduszu śp. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1936 na badania przyrodnicze i lekarskie, przede wszystkim mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Zgłaszający się o subwencje powinni wykazać, iż umieją pracować samodzielnie naukowo i dołączyć spis, względnie odbitki prac już drukowanych. W podaniu podany być musi temat i plan zamierzonej pracy oraz kwota potrzebna do jej wykonania. Pierszeństwo mają prace o charakterze doświadczalnym. W bardzo wyjątkowych wypadkach może Komitet zezwolić na wykonywanie pracy subwencjonowanej za granicą, lecz subwencja nie może służyć na pokrycie kosztów podróży i utrzymania. Ubiegający się o subwencje mają wносить podania do Polskiej Akademii Umiejętności do dnia 1 marca 1937 r. Subwencje mogą być przyznane tylko na podania, bardzo silnie dotychczasowym dorobkiem naukowym petentów uzasadnione.

— Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego podaje do wiadomości następujące wnioski przyjęte przez XVI Zjazd Psychiatrów Polskich i Psychiatricznego członków Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dnia 8.XII. 36 r. w Chełmie. 1. Ze względu na stan nauki o dziedziczności w psychiatrii polskiej i potrzeby tej nauki uznano za konieczne utworzenie Instytutu badania dziedziczności w psychiatrii. 2. Ze względu na konieczność należytej jednolitej opieki nad psychicznie chorymi oraz dalszego programowego rozwoju szpitalnictwa psychiatrycznego w Polsce, zdecydowano zwrócić się do Ministerstwa Opieki Społecznej z przedstawieniem potrzeby utworzenia Inspektoratu psychiatrycznego. 3. Zdecydowano zwrócić się do Ministerstwa Opieki Społecznej z gorącą prośbą o bezzwłoczne zaopiekowanie się prawnymi podstawami bytu naszych szpitali psychiatrycznych, by im zapewnić minimum pewności egzystencji, której dziś nie posiadają. 4. Wejście w życie nowej ustawy o pielęgniarzach zniewala nasze Zakłady psychiatryczne do usunięcia pewnej liczby doświadczonych sił pielęgniarskich i przyjęcie na ich miejsce absolwentów istniejących szkół pielęgniarskich; ponieważ szkoły te nie dają ich wychowankom dostatecznego przygotowania do pracy przy psychicznie chorych, XVI Zjazd

Psychiatrów Polskich zwraca się do Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą o wydanie zarządzeń, mających na celu przygotowanie potrzebnej liczby odpowiednio wykwalifikowanych sił pielęgniarskich. 5. Celem uzgodnienia opinii polskiego świata psychiatrycznego w sprawie sterylizacji, jako środka zapobiegawczego w chorobach psychicznych, zdecydowano powołać komisję, która przedłoży swoje wnioski w tej sprawie na następnym XVII Zjeździe Psychiatrów Polskich.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

8.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Seksja kliniczna.

R. Truszkowski. Rola kory nadnercza w patologii ogólnej i w klinice.

11. II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne.

Dr A. Pietrasiewicz. Nowa organizacja sądownictwa dyscyplinarnego Izby Lekarskich.

Colloquium terminologicum.

Otwierając „Colloquium terminologicum“, proponuję Sz. Panom Kolegom zwracanie się w razie jakichkolwiek wątpliwości terminologicznych do Redakcji „Warsz. Czasopisma Lek.“ z oznaczeniem: „Colloquium terminologicum“.

Stanisław Justman.

Łódź, 8.I. 1937 r.

I. Odruch ścięgnowy czy ścięgnisty?

Dla utworzenia przymiotników pochodnych od rzeczowników język polski posiada między innymi końcówki: *owy, ny, ysty, istry*. Pierwsze 2 końcówki oznaczają przynależność do przedmiotu, a więc: ogrodowy — przynależy do ogrodu, polny — przynależy do pola, skórny — przynależy do skóry i t. p. Ostatnie 2 końcówki (właściwie jedna tylko *istry*, zmieniająca eufonicznie pierwszą literę na twarde *y* po dźwiękach *rz, cz, sz*) oznaczają bądź podobieństwo (ziemisty, złocisty, ognisty i t. p.), bądź pewną, nie wielką zwykle zawartość (żelazisty, krwisty i t. p.). Ponieważ nam chodzi o odruch, pochodzący z ścięgna, a zatem doń do pewnego stopnia przynależy, przeto należy mówić: „odrch ścięgnowy“, a nie „ścięgnisty“.

Stanisław Justman.

Łódź, 8.I. 1937 r.

Résumé des articles originaux.

L. REZNIK. Sur le tubage duodénal.

Après avoir donné les indications pour le diagnostic et la thérapie l'auteur passe à la technique du tubage et les causes de ses fréquents échecs (spasme du pylore, contournement de la sonde molle dans l'estomac). L'auteur présente une sonde semi-rigide en gomme de L. Camus, qui permet de vaincre le spasme du pylore et qui ne se contourne pas dans l'estomac. On réalise de telle façon ce que Camus appelle „cathétérisme actif, rapide et direct du duodénum“. Sur 422 tubages duodénaux effectués à l'hôpital Poznański de Lodz avec la sonde de

Camus on n'a eu que 30 échecs, ce qui présente un pourcentage de 7%.

H. LEWENFISZ. Un nouveau type du bronchoscope.

L'auteur décrit un appareil pour la bronchoscopie construit par lui, muni d'une source de lumière proximale, avec prédominance des rayons lumineux parallèles. L'appareil d'éclairage se déplace à l'aide d'une roue dentelée, ce qui permet un accès facile au tube bronchoscopique. Les crochets, qui servent à l'extraction des corps étrangers, sont munis d'un appareil d'éclairage distal, grâce auquel on obtient une visibilité parfaite des champs visuels éloignés.

TREŚĆ: L. REZNIK. O zgłębnikowaniu dwunastnicy. — E. HERMAN. Niezwykły zespół pourazowy: livedo racemosa universalis u osobnika z objawami piramidowo-pozapiramidowymi i zaburzeniami psychicznymi. — H. LEWENFISZ. Nowy typ bronchoezofagoskopu. — N. ZADOWA. Nowe pojęcia o odruchach (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — P. MACEWICZ. Kto jest powołany do orzekania o przydatności do zawodu? — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. REZNIK. Sur le tubage duodénal. — E. HERMAN. Syndrome particulier¹ intenses troubles vasomoteurs de la peau chez un individu présentant phénomènes extrapyramidaux, pyramidaux et troubles psychiques. — H. LEWENFISZ. Un nouveau type du bronchoscope. — N. ZAND. Acquisition récentes sur les réflexes (Rev. gén.) — P. MACEWICZ. Qui est qualifié d'apprécier l'aptitude pour un métier?